

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELL'ANZIANO IN MEDICINA GENERALE. UNA RICERCA DELL'ACCADEMIA ALTOATESINA DI MEDICINA GENERALE

Ricerca

GIULIANO PICCOLIORI, HEINZ HARALD ABHOLZ, ELENA GEROLIMON
Accademia Altoatesina di Medicina Generale, Bolzano

Le informazioni sullo stato di salute della popolazione anziana si basano prevalentemente su dati ospedalieri, emersi da ricoveri o visite specialistiche, o su interviste telefoniche. Entrambe le fonti presentano grossi limiti; inoltre, i fattori sociali e psicologici, che contribuiscono in misura determinante alle condizioni generali, non vengono considerati.

La cura globale delle persone anziane è un'attività caratteristica della Medicina Generale. A causa del progressivo invecchiamento della popolazione, l'assistenza alle persone anziane richiederà ai Medici di famiglia sempre più tempo ed impegno. Ciò nonostante sappiamo da alcuni studi che i Medici di Medicina Generale (MMG) spesso non hanno piena conoscenza dei problemi di salute dei propri assistiti, non solo nella sfera psico-sociale, ma anche in quella più strettamente medica.

Un gruppo di lavoro europeo in rappresentanza di 7 Paesi ha sviluppato, nel corso di 8 anni di studio, un questionario d'*assessment* (valutazione) per persone anziane basato su evidenze scientifiche. Si tratta di uno strumento di rilevamento strutturato e multidimensionale detto STEP – *Standardised assessment for Elderly patients in the Primary care* – che indaga non solo disturbi e reperti somatici, ma anche lo stato funzionale, i problemi sociali, lo stato psico-mentale ed i comportamenti a rischio.

OBIETTIVI

1. Quali problemi di natura bio-psico-sociale presentano gli anziani con più di 70 anni?
2. Quali tra questi problemi sono conosciuti al medico e quali, invece, fino a quel momento sconosciuti, emergono attraverso l'esecuzione del *Geriatric Assessment*?
3. Medico e paziente valutano la rilevanza dei problemi di salute nello stesso modo?

METODI

Ogni medico partecipante ha reclutato, in modo randomizzato, 30 pazienti > 70 tra i suoi assistiti. In base a criteri d'esclusione predefiniti solo una parte di essi è stata quindi sottoposta

all'*assessment*. I medici ricercatori hanno fatto compilare ai pazienti reclutati il questionario STEP nella sala d'aspetto o in ambulatorio. I pazienti dovevano rispondere a 33 quesiti; in caso di bisogno potevano chiedere aiuto all'assistente d'ambulatorio o al medico (a seconda dell'organizzazione ambulatoriale). Medico ed assistente d'ambulatorio dovevano evitare nella maniera più assoluta di suggerire o influenzare le risposte. Al termine, l'assistente o il medico stesso eseguivano una breve visita medica, quindi trasferivano tutti i dati raccolti in una scheda-risultati che veniva, successivamente, esaminata dal medico. Nel caso in cui egli valutasse i problemi dichiarati come rilevanti, lo annotava in una casella apposita. Allo stesso modo segnalava in un'altra colonna i problemi a lui nuovi, cioè sconosciuti. Successivamente discuteva con il paziente i risultati e gli chiedeva di esprimere la rilevanza dei problemi emersi.

RISULTATI

Allo studio hanno partecipato 45 MMG (1/4 dei MMG eleggibili per lo studio in Alto Adige), 77% appartenenti al gruppo etnico tedesco e 23% a quello italiano; media assistiti in carico: 1.961 (SD 494,01) di cui 12% > 70 anni; età media dei medici: 49 anni (SD 5,5); 28,7% esercita in una zona urbana, il 71,3% in una zona rurale.

In totale sono stati intervistati 894 assistiti (media: 19,9 pazienti per ricercatore), 39% maschi con età media 77 (DS 5,44) anni e 61% donne con età media 77,6 anni (SD 5,52); 80% appartengono al gruppo etnico tedesco e 20% a quello italiano.

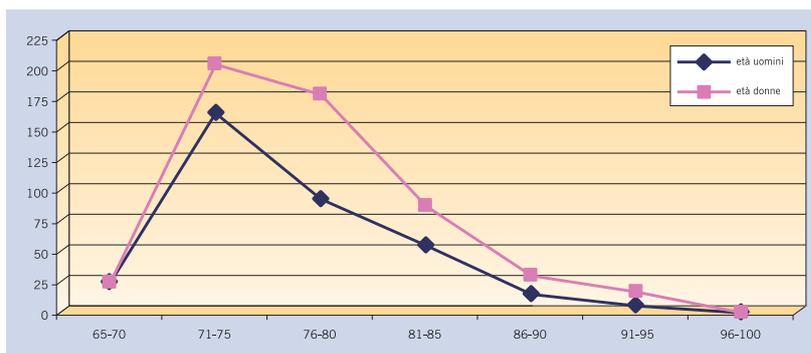


Figura 1
Distribuzione per classi d'età.

NUMERO E TIPO DEI PROBLEMI RILEVATI

In media ogni paziente ha dichiarato poco più di 13 problemi su 40 possibili: le donne 14 (SD 4,8) e gli uomini 12 (DS 4,6). In Tabella I la lista dei primi 20 problemi rilevati in ordine di frequenza. Qualche esempio: il 91% dichiara di non avere eseguito la vaccinazione antipneumococco nel corso dei 6 anni precedenti; il 56% dichiara disturbi articolari. Emergono notevoli differenze di prevalenza a sfavore delle donne specie per problemi quali insonnia, umore depresso, dolori cronici ed incontinenza.

Fra i problemi considerati dal questionario ne troviamo alcuni che sono assai frequenti, ma che non debbono essere considerati necessariamente tali (evidenziati in giallo). È questo il caso della vaccinazione contro il pneumococco e il richiamo contro il tetano e la difterite. L'utilità di entrambe in età avanzata è controversa ed una loro mancata effettuazione può non essere considerato un problema reale; il calo delle prestazioni fisiche massimali è da ritenersi ovviamente fisiologico con l'avanzare dell'età; i contatti con l'ospedale, sia ambulatoriali che di degenza, e la mancanza di attività sportiva difficilmente possono essere considerati dei problemi, dove il medico può realmente intervenire. Sono comunque informazioni di un certo interesse

soprattutto in un'ottica di *public health*. Non tenendo conto di questi problemi non-problemi o problemi spuri, perché non sicuramente rilevanti, il numero medio di problemi dichiarati per paziente scende da 13 a 7,8.

Come prima esposto, i medici ricercatori dovevano dichiarare se i problemi presentati dagli intervistati fossero o no a loro sconosciuti, e cioè nuovi: il 58% degli intervistati presenta almeno un problema "nuovo", come dire che più del 41% non presenta problemi nuovi; il 36% dei pazienti presenta, però, due o più problemi. In termini assoluti, solo il 17% di tutti i problemi rilevati dal test era nuovo per il medico. Tradotto in medie questo significa che ogni paziente presenta 1,4 problemi nuovi per il medico sul totale di 7,8 (sempre non considerando i problemi "non-problemi").

La Tabella II elenca i primi 20 problemi (senza i "non-problemi") ordinati in base alla frequenza del loro stato di "sconosciuti al medico".

In questo modo abbiamo ottenuto la graduatoria dei problemi che più spesso sfuggono al medico.

Il test dell'orientamento (come *pre-screening* per la demenza) risulta molto spesso positivo (43%) e prevalentemente sulla base di un disturbo della memoria a breve termine (nel 90% dei positivi). Probabilmente dovremmo sottoporre i nostri pazienti anziani più spesso

TABELLA I
Epidemiologia dei problemi rilevati dallo STEP

	PROBLEMA	PAZIENTI	% SUL TOTALE DEGLI INTERVISTATI	DONNE % SUL TOTALE DELLE INTERVISTATE	UOMINI % SUL TOTALE DEGLI INTERVISTATI
1	Vacc. antipneumococco non effett.	811	91	91	90
2	Copert. Vacc. Tetano-difterite	722	81	83	77
3	Mas. prest. fisica – scarsa	679	76	79	70
4	Attività sportiva (non)	646	72	74	69
5	Disturbi articolari	498	56	62	45
6	Visita specialistica nell'ultimo anno	439	49	48	52
7	Problemi dentali	413	46	48	43
8	Orientamento – test patologico	383	43	45	39
9	Vacc. Antinfluenzale – non effett.	319	36	32	41
10	Insonnia	326	36	43	26
11	Servizi assistenziali – uso di	319	37	41	27
12	Umore depresso	330	37	45	24
13	Mobilità – problemi di	282	32	39	19
14	Dolori moderato - gravi cronici	303	34	40	24
15	Pressione sanguigna elevata	291	32	35	28
16	Attività quotidiane – difficoltà a svolgere	302	34	37	28
17	Incontinenza	287	32	41	17
18	Ambiente domestico – problemi nel	276	31	36	22
19	Problemi di vista	246	27	30	23
20	Ricoveri ospedalieri nell'ultimo anno	240	27	25	29

TABELLA II
I primi 20 problemi senza i non problemi in ordine di frequenza come "nuovo"
sul totale degli intervistati.

PROBLEMA	FREQUENZA DEI SINGOLI PROBLEMI IN % SUL TOTALE DEGLI INTERVISTATI	FREQUENZA DEL PROBLEMA NUOVO (SCONOSCIUTO) AL MEDICO IN % SUL TOTALE DEGLI INTERVISTATI CHE DICHIARANO IL PROBLEMA	FREQUENZA DEL PROBLEMA NUOVO (SCONOSCIUTO) AL MEDICO IN % SUL TOTALE DEGLI INTERVISTATI
1 Test dell'orientamento – patologico	43	26	11
2 Incontinenza vescicale	32	28	9
2 Problemi ai denti	46	19	9
4 Umore depresso	37	24	9
5 Insonnia	36	21	8
6 Ambiente domestico – problemi nel	31	21	6
7 Problemi di vista	27	21	6
8 Stipsi cronica	21	27	6
1 Disturbi articolari	56	9	5
9 Problemi alle gambe	24	21	5
11 Dispnea	25	19	5
12 Pressione arteriosa fuori range	32	14	4
13 Cadute	14	31	4
14 Calo di peso negli ultimi 6 mesi	12	33	4
15 Dolori moderato/gravi cronici	34	11	4
16 Mobilità – problemi di	31	12	4
17 Dolore toracico	24	14	3
18 Servizi assistenziali – uso di	37	9	3
19 Attività quotidiane – problemi a svolgere	34	10	3
20 Problemi d'udito	22	14	3

al *Mini Mental State Test* oppure chiedere più spesso a loro e anche ai loro familiari se accusano disturbi di memoria. Una diagnosi precoce di demenza ci consente, quantomeno, di preparare il paziente stesso e la rete sociale di sostegno alla futura e progressiva perdita di autosufficienza.

Anche l'incontinenza vescicale (32%) risulta essere molto frequente, specie nelle donne. Troppo spesso (nel 29%) essa non viene riconosciuta dal medico (con inevitabili ricadute negative sulla qualità di vita fino alla compromissione della vita sociale) con mancati interventi potenzialmente migliorativi (terapia comportamentale, farmaci, interventi chirurgici). Molti pazienti presentano segni di umore depresso (37%, con prevalenza di donne) ed anche in questo caso il medico non ne è a conoscenza in un quarto dei pazienti, con inevitabili mancati trattamenti, come nel caso dell'insonnia (36%) non nota al medico in 1 caso su 5. Di stipsi cronica soffre più del 20% degli intervistati; con la consulenza alimentare e consigli sullo stile di vita potremmo ottenere risultati positivi. Dietro al frequente problema della dispnea si può nascondere un'insufficienza cardiaca

oppure una BPCO fino a quel momento sconosciute. La presenza negli ultimi 6 mesi di cadute frequenti e calo di peso significativo non sono particolarmente comuni, spesso, però, sono ignoti al medico (31-33%) anche se possono rappresentare dei segnali d'allarme importanti: la tendenza alle cadute può celare malattie cardiovascolari di varia natura come ad esempio insufficienza cardiaca, tachi-bradiaritmie, valvulopatie, insufficienza vertebrobasilare; problemi neurologici come una sindrome di Parkinson possono manifestarsi inizialmente in questo modo. Infine, cadute frequenti possono essere dovute agli effetti collaterali da farmaci, informazione questa che ci può indurre a modificare la terapia. Il calo di peso può essere invece il primo segno di una malattia neoplastica o di un disturbo endocrino. Dolori moderato-gravi (34%) sono, come atteso, assai frequenti e nel 10% dei pazienti non ne siamo al corrente.

Si è anche cercato di analizzare la possibile correlazione tra la durata del rapporto medico-paziente e quantità di problemi nuovi, partendo dall'ipotesi che quanto più lunga e profonda è la conoscenza, tanti meno problemi nuovi emergeranno: in effetti sembra esservi una diretta

correlazione tra i due fattori considerati: da più tempo dura la relazione medico-paziente, meno sono i pazienti che presentano problemi fino ad allora sconosciuti al medico (Fig. 2). Un risultato quasi identico lo otteniamo se consideriamo come fattore il giudizio soggettivo espresso dal medico – buono, scarso – sul livello di conoscenza del paziente: migliore è il giudizio minore è la quota di pazienti con almeno un problema nuovo (Fig. 3).

I dati hanno anche confermato un'altra ipotesi, che in periferia, nelle zone rurali – dove si suppone che medico e paziente si conoscano meglio – si riscontrano meno problemi nuovi (Fig. 4).

COS'È IMPORTANTE PER IL PAZIENTE E COSA PER IL MEDICO?

Si è infine cercato di comparare la valutazione di medico e paziente sull'importanza/rilevanza dei singoli problemi di salute. Il medico, prima ancora di discutere con il paziente i risultati del questionario, doveva dichiarare sul questionario per ciascun problema emerso se questo fosse per lui rilevante. Successivamente doveva chiedere lo stesso al paziente in merito ad ogni singolo problema dichiarato. L'ipotesi era che spesso medico e paziente hanno visioni diverse quando devono valutare la rilevanza dei problemi di salute (Fig. 5).

Ben il 43% dei problemi emersi non è considerato importante per nessuno. Il 13,6% lo è solo per il medico, il 15,6% solo per il paziente ed il 27,5% per entrambi.

Se invece prendiamo in considerazione solo i problemi nuovi per il medico, il risultato è diverso (Fig. 6). La quota di problemi non rilevanti per nessuno scende al 27% mentre quella rilevante per il paziente sale a più del 30%, quindi quasi si raddoppia. Il 24% è rilevante per medico e paziente ed il 18% solo per il medico. Più in generale più del 70% dei problemi nuovi in media viene considerato importante, quindi probabilmente vale la pena di impegnarsi per far emergere il sommerso. Gli altri settori rimangono quasi invariati, ma il significato è che

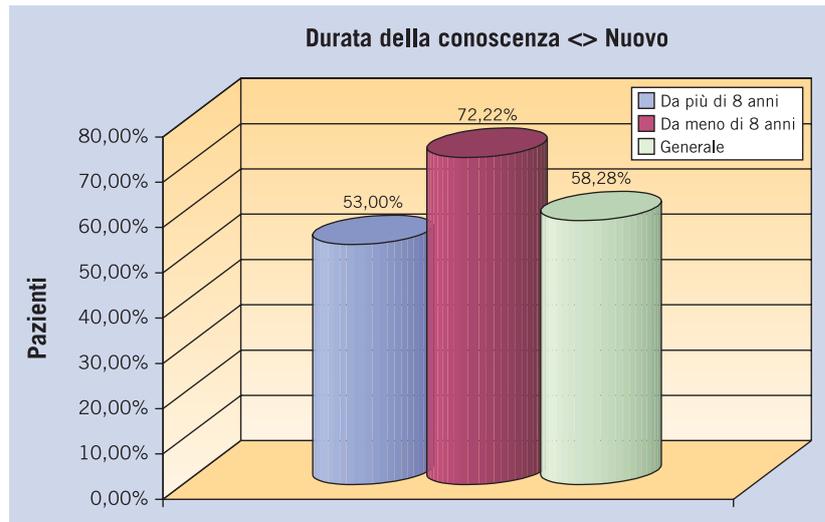


Figura 2

Durata della relazione e percentuale di pazienti con almeno un problema nuovo.

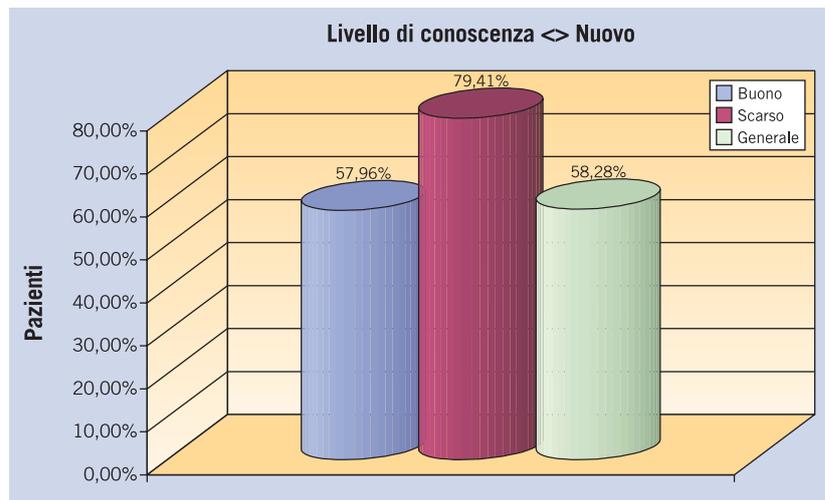


Figura 3

Livello soggettivo di conoscenza e percentuale di pazienti con almeno un problema nuovo.

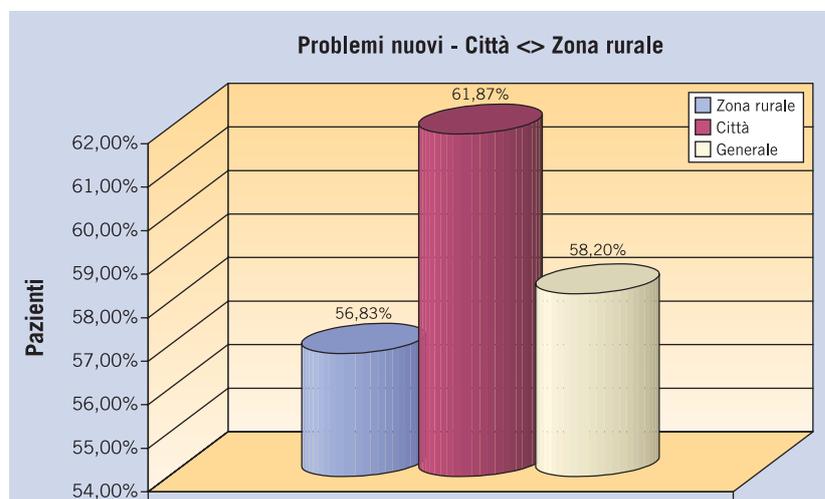


Figura 4

i problemi nuovi per il medico sono in genere anche importanti e lo sono soprattutto per il paziente.

Dal dato di fatto che nel 49% (viola 18,2% + giallo 30,6%) circa dei casi c'è disaccordo tra medico e paziente sull'importanza da dare al problema, possiamo trarre due conseguenze:

1. noi medici dobbiamo impegnarci di più nel capire i bisogni reali dei nostri pazienti;
2. noi medici dobbiamo imparare a comunicare più efficacemente al paziente l'importanza delle nostre raccomandazioni diagnostiche e terapeutiche, affinché lui le possa veramente comprendere e condividere.

In Tabella III qualche esempio concreto. In generale si può affermare che i medici sono meno sensibili agli aspetti di tipo psico-sociale, come già visto in analoghi rilevamenti; viceversa i pazienti sembrano valutare meno rilevanti le diagnosi mediche circoscritte.

CONCLUSIONI

Nel nostro studio solo il 17% dei problemi rilevati era sconosciuto al medico – di questi comunque circa 2/3 sono rilevanti per medico o paziente. Anche se altri studi non sono direttamente confrontabili perché sono stati utilizzati altri strumenti, comunque negli studi effettuati in un setting ambulatoriale, da 1/3 al 50% dei problemi rilevati sono nuovi. La nostra ipotesi di partenza potrebbe così trovare conferma. In un ambito di medicina primaria con una stretta relazione medico-paziente ed una cultura dove il Medico di famiglia gioca un ruolo ancora importante, con strumenti come il *Geriatric Assessment* possono essere rilevati meno nuovi problemi che in altri sistemi/ambiti. Nonostante la stretta relazione medico-paziente vi è

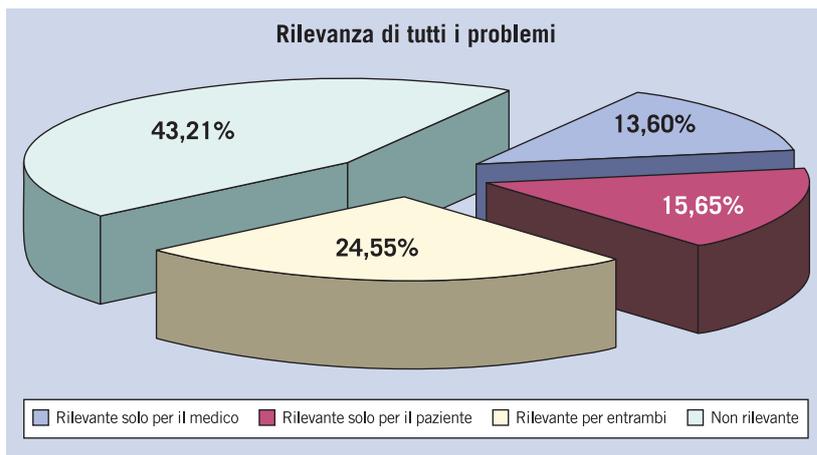


Figura 5

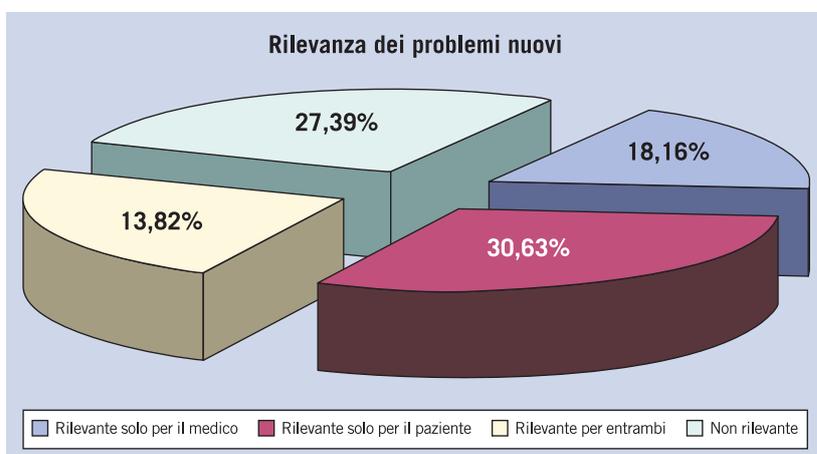


Figura 6

una notevole discordanza di valutazione sulla rilevanza dei problemi di salute tra medico e paziente.

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano i servizi di medicina di base delle aziende sanitarie di Bolzano, Merano, Brunico e Bressanone.

Bibliografia disponibile a richiesta

TABELLA III Titolo				
PROBLEMA	PROBLEMA DICHIARATO DAL % DEL TOTALE DEGLI INTERVISTATI	NUOVO PER IL MEDICO NEL % DEL TOTALE DEGLI INTERVISTATI CHE DICHIARANO IL PROBLEMA	NUOVO E RILEVANTE PER IL MEDICO	NUOVO E RILEVANTE PER IL PAZIENTE
Incontinenza vescicale	32	28	38	60
Insonnia	36	28	34	65
Umore depresso	37	24	54	67
Ipertensione	32	14	83	12
Attività quotidiane	34	10	34	69