

LA TUTELA DELLA SALUTE DEI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI ACUTI E CRONICI

MARIO BO *

Ringraziamo il Prof. Mario Bo per il prezioso contributo che riportiamo integralmente. L'attuazione corretta dell'identificazione della salute come «la capacità di adattarsi e mantenere l'autosufficienza» determina il superamento delle negative carenze dell'ipermedicalizzazione e dell'assistenzialismo/badanza nei riguardi di tutte le persone malate, comprese quelle colpite da patologie invalidanti e da non autosufficienza.

Emerge altresì l'assoluta necessità di evitare l'attribuzione di competenze istituzionali a settori separati preposti uno alla cura degli infermi acuti e l'altro ai pazienti cronici non autosufficienti.

L'evoluzione demografica degli ultimi decenni ha portato, nella nostra Regione e nel nostro Paese, ad un aumento percentuale ed assoluto dei soggetti anziani ultrasessantacinquenni. All'interno di questa fascia di popolazione l'incremento più consistente in termini assoluti ha riguardato i grandi anziani, e cioè i soggetti ultraottantenni.

L'invecchiamento è un processo che trasforma un individuo sano in uno fragile, con minori riserve in molti sistemi fisiologici, ed un'esponenziale aumento della vulnerabilità alla maggior parte delle malattie ed alla morte.

Il cambiamento demografico e l'invecchiamento delle popolazioni hanno determinato un incremento drammatico di incidenza e prevalenza di numerose patologie "tipiche" dell'età anziana, quali malattie neurodegenerative (demenze in primis), cardio e cerebrovascolari (infarti, ictus, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco), metaboliche (diabete), pneumologiche (bronco pneumopatie croniche ostruttive), onco-ematologiche (tumori solidi, linfomi e leucemie, mielodisplasie). Nel contempo i rilevanti progressi medici, farmacologici e stru-

mentali verificatisi in diversi settori della medicina e della chirurgia hanno consentito di migliorare significativamente la prognosi di molte di queste malattie un tempo parzialmente o completamente incurabili. Conseguentemente, molte più persone vivono più a lungo di prima con malattie croniche, soggette a cure complesse ed a periodiche complicanze o riacutizzazioni.

Lo scenario sanitario attuale (non solo della nostra Regione ma di tutto il Paese e della maggior parte dei Paesi occidentali) è quindi caratterizzato da una crescente prevalenza di persone sempre più anziane e con un maggior carico di patologie sottoposte a cure croniche. In particolare, nel corso degli ultimi anni, è aumentata in modo drammatico, nella nostra Regione così come nella maggior parte dei Paesi occidentali, la prevalenza di pazienti anziani complessi, con rilevanti polimorbilità nel contesto di una fragilità clinica che li pone ad alto rischio di complicanze. Sebbene una rilevante percentuale di questi pazienti goda di condizioni di discreto benessere ed indipendenza, quasi la metà di loro va incontro nel corso della vita ad una parziale o totale perdita di autonomia funzionale per cause sanitarie.

In conseguenza di questi radicali cambiamenti demografico-epidemiologici, la stessa definizione di malattia e di salute è cambiata negli anni. La precedente definizione di "malattia" come qualsiasi alterazione del benessere fisico, psichico e sociale, nella sua onnicomprensività portava inevitabilmente ad una ingiusta commistione di problematiche sociali e sanitarie, oltre che ad un consistente rischio di ipermedicalizzazione conseguente all'attribuzione di un concetto di malattia per qualsiasi alterazione dello stato di benessere. Attualmente, in armonia con i sopra descritti cambiamenti epidemiologici si tende ad identificare la "salute" come "la capacità di adattarsi e mantenere l'autosufficienza" in presenza ed a dispetto di danni e compromissioni sociali, fisici ed emotivi (F. Goodle, BMJ, 2012).

* Presidente della Sezione Piemonte-Valle d'Aosta della Società italiana di geriatria e gerontologia e Professore aggregato della Struttura complessa della Divisione universitaria Geriatria e malattie metaboliche dell'osso, Ospedale S. Giovanni Battista - Molinette, Torino.

Per lo meno nei Paesi occidentali, il concetto di “autosufficienza” è stato quindi sostanzialmente equiparato alla “salute”.

La non autosufficienza (da leggersi quindi come perdita di salute) può essere parziale o completa, acuta-temporanea o cronica, con una ricca varietà di sfumature e di zone intermedie. La non autosufficienza totale identifica per lo più quei pazienti nei quali alla perdita delle funzioni basali del vivere quotidiano si accompagna l'impossibilità di manifestare il proprio sentire e le proprie personali esigenze (dolore, caldo, freddo, fame, sete, ecc.), situazione che si osserva per lo più nel contesto di malattie con severa compromissione neurocognitiva. Più comunemente la non autosufficienza è parziale, laddove il paziente sia dipendente da terzi per l'espletamento delle attività basali del vivere quotidiano ma sia nel contempo in grado di manifestare, più o meno congruamente, il proprio sentire e le proprie esigenze.

In ragione della o delle malattie alla base della perdita di autosufficienza (= salute) la perdita parziale o totale di autonomia potrà essere acuta o cronica. Nella maggior parte delle malattie “mediche” la prognosi consente di identificare quei pazienti che sono sostanzialmente destinati ad una cronica ed irreversibile progressiva perdita di autonomia (demenze ed esiti di malattie cerebrovascolari, malattie neurodegenerative, malattie oncoematologiche, malattie metabolico-degenerative, malattie cardio-respiratorie avanzate e refrattarie, ecc.).

Esistono altresì alcune condizioni cliniche, prevalentemente secondarie a traumi o a malattie intercorrenti, nelle quali può sussistere una parziale o totale non autonomia temporanea, passibile tuttavia di un recupero più o meno completo. Occorre infine sottolineare come il concomitare di plurime patologie, perdita di autonomia, età anziana e fragilità facciano sì che il decorso di questi pazienti non autosufficienti cronici sia costellato da plurimi episodi di instabilizzazione o riacutizzazione, così come dal sorgere di nuove complicanze o patologie relative alla peculiare vulnerabilità del paziente, tali da richiedere frequentemente l'esigenza di cure ospedaliere a varia intensità.

Detto sommariamente di queste grossolane differenze e categorizzazioni, due elementi costituiscono quindi il comune denominatore di tutte queste condizioni di non autosufficienza: la presenza di una o più malattie alla base della perdita di salute e la necessità di cure e assistenze volte alla fase cronica così come alle complicanze e riacutizzazioni che ne segnano il decorso. Implicitamente ne scaturiscono quindi alcune considerazioni:

a) il dovere di considerare la non autosufficienza per malattia/e a qualsiasi età ed in particolare nell'anziano, come un problema di salute;

b) il diritto di questi pazienti ad usufruire di livelli adeguati di cure all'interno di una rete di servizi (ospedalieri, territoriali, domiciliari, ecc.) in relazione allo stato delle malattie ed alle esigenze di cure acute o croniche;

c) il diritto a ricevere prioritariamente a domicilio cure e prestazioni adeguate da personale (medico, infermieristico, operatori socio-sanitari, ecc.) qualificato nei diversi settings di cura;

d) il diritto dei pazienti anziani a ricevere cure mediche, per malattie acute e croniche, nei settings di cura più idonei a minimizzare l'insorgenza e l'impatto delle più comuni complicanze relative alla convenzionale degenza ospedaliera (delirium e declino funzionale) al fine di preservare o migliorare l'autonomia funzionale e l'autosufficienza.

L'accettazione ed il rispetto di questi principi rappresentano un cardine irrinunciabile nell'organizzazione sanitaria dei principali Paesi occidentali, non solo per il bene primario dei pazienti, ma anche nell'interesse dell'amministrazione politica ed economica dei Paesi.

È infatti ampiamente documentato dalla letteratura medico-scientifica contemporanea che una corretta e specialistica gestione dei servizi sanitari per pazienti non autosufficienti (Rsa, strutture intermedie e riabilitative, prestazioni socio-sanitarie domiciliari, reparti ospedalieri) si traduce non solo in una miglior qualità delle prestazioni erogate ma anche in consistenti risparmi economici per l'amministrazione pubblica, principalmente derivanti da un minor ricorso alle cure ospedaliere.