L’autopercezione degli anziani ospedalizzati: analisi di un caso presso l’Unità Operativa di Geriatria dell’Ospedale San Gerardo di Monza

Di Carla Facchini *(Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università degli Studi di Milano-Bicocca)*, Pamina Baccella *(Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università degli Studi di Milano-Bicocca)*, Alice Corno *(Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università degli Studi di Milano-Bicocca)*, Andrea Mazzone *(Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università degli Studi di Milano-Bicocca)*, Giorgio Annoni *(Dipartimento di Medicina Clinica e Prevenzione, Clinica Geriatrica, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Azienda Ospedaliera San Gerardo, Monza)*

Negli ultimi anni, a fronte del progressivo invecchiamento della popolazione registrato nei paesi occidentali, sempre maggior interesse hanno destato gli studi volti ad indagare i meccanismi della senescenza, con l’obiettivo di mettere a punto strategie idonee ad incrementare la longevità. Tuttavia, non si può ignorare che, non di rado, prolungare la vita significa anche prolungare il periodo di disabilità e morbilità dell’individuo. Il progresso della medicina, sia dal punto di vista diagnostico che dal punto di vista terapeutico, ha portato infatti anche ad un effetto che si potrebbe definire paradosso, ovvero il prolungamento del periodo di malattia (Christensen et al., 2009).L’obiettivo principale dovrebbe quindi essere, prima ancora che l’aumento della longevità, garantire un’adeguata qualità della vita preservando il più a lungo possibile l’autonomia dell’individuo.

Esistono in letteratura numerosi studi che hanno preso in esame il problema della qualità della vita nel soggetto anziano (Hambleton e Keeling, 2009). È chiaro che definirne con precisione i determinanti non è cosa agevole, anche perché si entra in un campo estremamente soggettivo. La maggior parte delle ricerche ha evidenziato come la salute sia l’elemento più rilevante nel definire la qualità di vita percepita dall’individuo. D’altra parte, in molti casi esiste una discrepanza tra le oggettive condizioni di salute e la percezione che ne ha la persona. Il benessere non si può quindi misurare unicamente in termini di malattia / assenza di malattia. L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce, infatti, la salute come “uno stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale” e non soltanto come assenza di malattia (WHO, 2006).

Nello stesso tempo, la salute non è l’unico determinante nel giudizio che un soggetto dà della propria vita, ma esistono anche altri fattori che, in alcuni casi, possono “pesare” di più, in positivo o in negativo, rispetto alla salute stessa(Alesii et al., 2006). A questo proposito può essere interessante considerare un’indagine, intitolata “Il tempo della terza età”, condotta dal CENSIS nel 2007 intervistando un campione di 1000 anziani rappresentativi della realtà nazionale. Ciò che emerge con maggior forza è l’importanza attribuita alla vita relazionale come determinante del benessere. Si possono citare, ad esempio, un paio di dati significativi: il 95% degli intervistati si diceva convinto che una vita ricca di relazioni ed impegnata incidesse positivamente sulla salute; il 43% affermava addirittura di aver sperimentato in prima persona che una vita ricca di relazioni riduceva la necessità di assumere farmaci. Quasi tre anziani su quattro ritenevano che fosse necessario investire nella costituzione di luoghi di aggregazione più ancora che su dispositivi utili a rendere le abitazioni più comode e consone alle loro necessità.

La solitudine è risultata essere la principale preoccupazione, ancor più delle limitazioni funzionali e della perdita di autonomia (Censis,2007). Se nel caso delle malattie acute il principale sforzo è diretto alla risoluzione delle stesse e, quindi, alla

guarigione, il problema della qualità della vita diventa ineludibile per i soggetti che, come la maggior parte dei pazienti anziani, sono affetti da patologie croniche. L'interesse per questa tematica appare dunque intrinsecamente connaturato alla geriatria, branca della medicina che più di ogni altra propone un approccio multidimensionale al paziente.

Gli obiettivi dello studio

In questo breve lavoro abbiamo voluto indagare alcuni aspetti inerenti la qualità della vita in un particolare gruppo di anziani. Si tratta di un campione che si discosta sensibilmente da quello "generale" preso in considerazione dal CENSIS,in quanto costituito da soggetti anziani in contatto con la realtà ospedaliera.

L'esiguità numerica del campione potrebbe senz'altro essere un limite della nostra ricerca, ma riteniamo che i dati da noi ottenuti possano essere comunque interessanti proprio in virtù della specificità della nostra analisi. In molti altri studi relativi alla qualità della vita, infatti, esiste una netta cesura tra soggetti sani e soggetti malati, per cui il problema salute emerge come variabile talmente importante da lasciare in ombra tutte le altre. Andando invece a considerare una popolazione di soggetti accomunati dall'esistenza di una qualche problematica sanitaria, una popolazione dunque più omogenea da questo punto di vista, siamo in grado di ridurre notevolmente il peso di questa importante variabile, e questo ci consente, da una parte, di dare rilievo maggiore al problema dell'autopercezione della propria salute e, dall'altra, di indagare anche su altre variabili.

Partendo da queste premesse, ci siamo concentrati su quattro aree:

1. La percezione del proprio stato di salute, il "peso" della malattia sulla vita della persona e dei suoi familiari, la necessità di assistenza;
2. La rete familiare e sociale, intesa come composizione e frequenza dei contatti, nonché il ruolo esercitato dal soggetto all'interno della propria famiglia;
3. Il rapporto con il Medico Curante e la percezione dell'adeguatezza delle cure e dell'assistenza;
4. Il tono dell'umore ed il giudizio generale sulla propria vita passata e presente.

Lo scopo che ci siamo prefissati è stato quello di cercare di identificare i fattori che giocano un ruolo maggiore nel determinare il benessere soggettivo, partendo dal presupposto che questo potrebbe non essere strettamente o esclusivamente correlato alle oggettive condizioni di salute.

Caratteristiche del campione

Nel periodo marzo-giugno 2011 abbiamo reclutato 110 pazienti ricoverati nella Struttura Complessa Clinicizzata (S.C.C.) Geriatria dell'Ospedale San Gerardo di Monza in regime di degenza ordinaria o di Day Hospital e abbiamo somministrato loro un questionario composto da una prima parte diretta a raccogliere dati anagrafico-anamnestici e da una seconda parte dedicata alla percezione soggettiva della propria qualità di vita. Il livello di autonomia è stato valutato utilizzando le scale B-ADL (Basic Activities of Daily Living) e IADL (Instrumental Activities of Daily Living); il Charlson Comorbidity Index è un indicatore del numero e del peso delle patologie croniche dalle quali il soggetto è affetto. Relativamente allo stato cognitivo, sono stati considerati deteriorati i pazienti che già presentavano in anamnesi una storia di deterioramento cognitivo o che avevano un punteggio al MMSE (Mini Mental State Examination) inferiore a 24/30. Sono ovviamente stati esclusi dall'indagine tutti quei soggetti che, a causa di un deterioramento cognitivo severo, non sarebbero stati in grado di partecipare all'intervista.

La nostra popolazione è equamente suddivisa tra maschi (49%) e femmine (51%), con un'età media di 82.2 anni. I pazienti intervistati andavano da un minimo di 65 anni ad un massimo di 99 anni e provenivano per la maggior parte dalle regioni

settentrionali. Il livello di scolarità è risultato abbastanza basso: più del 60% dei soggetti ha una licenza elementare o non possiede alcun titolo di studio, mentre soltanto il 3% ha conseguito la laurea. Dal punto di vista della storia lavorativa, il campione è piuttosto eterogeneo, con una leggera prevalenza degli operai non qualificati (circa il 30%). I pazienti presentavano un buon livello di autonomia funzionale (B-ADL medio di 4.8/6) con un Charlson Comorbidity Index medio di 3.8; come facilmente intuibile, le patologie più rappresentate sono quelle cardiovascolari. Un paziente su tre presentava un deterioramento cognitivo di grado lieve-moderato, che non ha comunque inficiato la possibilità di partecipare all'indagine.

Più del 50% degli intervistati è sposato e vive quindi con il coniuge (talvolta con dei figli non sposati ancora in casa). I vedovi rappresentano invece il 38% del campione. Complessivamente, soltanto un quinto dei pazienti vive da solo; un altro quinto si divide equamente tra coloro che abitano con un figlio (sposato o meno) e coloro che sono assistiti da badante 24 ore su 24. Meno di un paziente su dieci vive con un altro familiare (fratello/sorella o nipote). Il numero medio di figli è relativamente basso (1.4) considerando la classe di età cui appartengono i pazienti. Abbiamo chiesto ai pazienti come fosse composta la loro rete familiare e amicale.

Al di là dei figli e dei nipoti, più della metà degli intervistati ha ancora fratelli e/o sorelle in vita e uno su tre ha altri parenti. Come facilmente intuibile, la frequenza degli incontri tende a ridursi quasi progressivamente considerando i parenti meno stretti. È interessante notare che, in alcuni casi, i rapporti con fratelli o sorelle sono più stretti di quelli con i nipoti. Agli intervistati è stato anche domandato se fossero ancora in grado di prestare un aiuto ai loro familiari nella vita quotidiana. Complessivamente soltanto quaranta pazienti hanno risposto affermativamente. L'aiuto più frequente è quello prestato con i nipoti o quello prestato in casa, ma qualcuno ha anche riferito di fare commissioni per i propri familiari o di offrire un contributo di tipo economico.

Per quanto riguarda la rete amicale, gli intervistati si sono suddivisi in modo abbastanza equo tra coloro che non hanno più amici viventi, o che non sono più in grado di vederli, e coloro che invece continuano a frequentarli. È da sottolineare che in quest'ultimo gruppo quasi tutti hanno riferito di incontrare gli amici una o più volte alla settimana. Gli incontri avvengono più frequentemente all'esterno delle mura domestiche, con una vasta gamma di opzioni che vanno dal bar/ristorante ai centri per gli anziani, dai giardini pubblici alla chiesa, dal cinema fino ai centri sportivi.

Va sottolineato che, nella nostra indagine, abbiamo scelto di focalizzarci sui veri e propri incontri con amici e parenti, ma molti intervistati hanno raccontato di utilizzare il telefono per mantenere i contatti, quando non è possibile fare altrimenti per difficoltà fisiche o per lontananza. Al di là dei dati oggettivi sulla composizione della rete sociale, abbiamo anche domandato ai pazienti se si sentissero soli: il 60% degli intervistati ha risposto di non avvertire mai una sensazione di solitudine; solo il 13% ha ammesso di soffrirne spesso, mentre per tutti gli altri si tratta di un'esperienza occasionale. Agli intervistati è stato chiesto se avessero bisogno di assistenza nella loro vita quotidiana. Il 51% ha risposto affermativamente: più nello specifico, il 17% ha riferito un'elevata necessità di aiuto, mentre il 34% ha dichiarato di averne bisogno soltanto in poche attività. La figura del caregiver è prevalentemente rappresentata da un familiare (figlio, coniuge o altro), non necessariamente con vivente: circa il 60% di coloro che sono assistiti da un figlio non condivide infatti la stessa abitazione. Un paziente su tre è assistito da badante (convivente o meno), figura generalmente ben accettata e giudicata positivamente: i due terzi hanno definito il loro rapporto con la badante buono o addirittura ottimo, mentre nessuno si è espresso in termini negativi.

Autopercezione dello stato di salute e giudizio sulla propria vita

Dal momento che la nostra indagine è stata condotta su una popolazione di anziani ospedalizzati, sarebbe stato possibile ipotizzare una valutazione negativa sul proprio stato di salute da parte della maggioranza dei soggetti. Invece il 65% degli intervistati ha giudicato la propria salute positivamente, mentre solo il 35% in termini negativi o appena sufficienti. Questo dato conferma quanto già detto nelle premesse, ovvero l'esistenza di una discrepanza tra gli aspetti oggettivi e la percezione soggettiva dell'individuo. Tuttavia è interessante notare che, nonostante questa visione sostanzialmente positiva, circa la

metà dei pazienti ha dichiarato di ritenere che i problemi di salute condizionino in modo significativo la propria vita, in particolare lamentando limitazioni nelle attività della vita quotidiana fino alla dipendenza funzionale.

Questo aspetto è stato evidenziato frequentemente, a differenza della vera e propria sofferenza fisica che soltanto pochi hanno citato. Il 30% degli intervistati ha dichiarato inoltre di ritenere che le proprie problematiche di salute influenzino la vita dei familiari, e anche in questo caso la necessità di assistenza nella vita quotidiana è risultata nettamente più frequente rispetto a difficoltà di natura economica o ad aspetti di tipo emotivo.

Nella parte finale dell'intervista abbiamo rivolto la nostra attenzione ad una visione più generale, dunque non necessariamente incentrata sul problema salute, che gli anziani hanno della loro vita, facendo una distinzione tra il vissuto relativo alla vita passata e la percezione della vita attuale. Per quanto riguarda la vita passata, predomina un giudizio molto o abbastanza positivo per la maggior parte degli intervistati; soltanto pochi pazienti si sono dichiarati poco o affatto soddisfatti. La distribuzione delle risposte cambia considerando il giudizio sulla vita attuale. Tra chi ha giudicato molto soddisfacente la propria vita passata, soltanto uno su tre ha riconfermato lo stesso giudizio anche per la situazione attuale: anche se comunque i più si sono definiti abbastanza soddisfatti, le risposte negative sono più frequenti. La famiglia è certamente l'elemento di maggior gratificazione, tanto per gli uomini quanto per le donne, tanto in relazione al passato, quanto in relazione al presente. Nel cercare di definire quali fossero le principali preoccupazioni degli anziani, abbiamo ottenuto delle risposte molto variegate.

La malattia e la dipendenza dagli altri sono indubbiamente gli elementi ricorrenti, anche se non va trascurato il fatto che circa un intervistato su quattro ha dichiarato di non avere alcuna preoccupazione. Una discreta quota di pazienti ha citato paure relative alla salute dei familiari e alla famiglia in generale: preoccupazioni dunque non incentrate sul sé, ma proiettate sulle persone care. Solo pochi intervistati hanno indicato la solitudine e la morte come fonte di ansia.

Poiché la nostra indagine partiva dall'intento di ricercare quali fossero i fattori legati ad una buona qualità della vita, abbiamo rivolto questa domanda direttamente ai nostri pazienti, i quali hanno individuato la salute e gli affetti familiari come elementi fondamentali, sottolineando, peraltro, la preminenza della salute, che ha ottenuto il doppio dei "consensi". Anche se questo risultato è in accordo con quanto emerso in molte ricerche, fa riflettere il particolare contesto di indagine: i pazienti intervistati sono stati colti in una fase della loro vita nella quale si trovano a fronteggiare un problema "acuto" di salute, e dunque è facile supporre che alla salute attribuiscano un ruolo preminente.

Se suddividiamo i pazienti in base al livello di soddisfazione per la loro vita attuale (soddisfatti vs. insoddisfatti), è possibile individuare alcune caratteristiche che differenziano in modo significativo i due gruppi. Nel nostro campione i soggetti più soddisfatti hanno un miglior livello di autonomia, hanno una buona percezione delle loro condizioni di salute, ritengono che i loro problemi di salute abbiano condizionato poco la loro vita e quella dei loro familiari, hanno un buon tono dell'umore e sono soddisfatti della loro vita passata.

Alcune di queste conclusioni possono apparire abbastanza ovvie, tuttavia ci sono almeno due aspetti da sottolineare. In primo luogo, la soddisfazione dei pazienti non appare correlata a dati più oggettivi come l'entità delle comorbidità: la percezione della salute, dunque, non va necessariamente di pari passo con le vere e proprie condizioni oggettive di salute dell'individuo, ma sembra essere maggiormente influenzata dal vissuto soggettivo del paziente. In secondo luogo emerge l'importanza del mantenimento dell'autonomia funzionale dell'individuo, un elemento cardine alla luce della moderna definizione di salute proposta dall'OMS e comunemente accettata. Nel nostro campione non solo la percezione del proprio stato di salute e il grado di soddisfazione attuale, ma anche la percezione della vita passata è risultata essere significativamente diversa nei pazienti autonomi rispetto ai pazienti dipendenti. Il grado di autonomia, infatti, non si correla solo con lo "stato fisico" del paziente, ma ha importanti ripercussioni sociali ed emotive, e diventa quindi un obiettivo fondamentale nel caso degli anziani.

Rapporto con il medico

Il problema della cronicità ha, negli ultimi decenni, rivoluzionato gli orizzonti della medicina. All'inizio del secolo scorso il medico si trovava a gestire, con risorse a disposizione ancora limitate, problematiche per lo più acute; oggi,il confronto con i pazienti cronici è diventato parte fondamentale del lavoro quotidiano. Dal punto di vista del medico, diventa quindi inevitabile chiedersi come impostare il suo rapporto con i suoi pazienti e quale ruolo la sua figura assume nel loro vissuto personale.

Per questa ragione abbiamo incluso nella nostra intervista alcune domande relative al rapporto con il Medico Curante, prendendo in considerazione due aspetti: la frequenza di accesso al servizio di medicina generale e il grado di soddisfazione degli intervistati. Circa il 75% dei pazienti ha affermato di recarsi dal proprio Medico Curante una volta al mese o meno, spesso soltanto per il rinnovo delle prescrizioni terapeutiche. Qualcuno ha infatti espresso l'opinione che il Medico di Medicina Generale sia diventato ormai poco più di un impiegato che si limita a smistare i problemi ai vari specialisti. Tuttavia, la quasi totalità dei pazienti si è dichiarata soddisfatta del proprio Medico Curante, pur sottolineando alcuni aspetti da migliorare: riduzione dei tempi di attesa, visite più approfondite, maggiore presenza e disponibilità (anche per le visite domiciliari) e soprattutto un rapporto medico-paziente meno freddo e distaccato che lasci maggiore spazio all'ascolto.

Questa ultima considerazione è di particolare interesse perché ci porta a spostare la nostra attenzione dagli aspetti tecnici della professione a quelli relazionali. Molto spesso i pazienti attribuiscono molta più importanza alla qualità del rapporto umano che alle competenze professionali del loro medico. Chiedono di avere di fronte una persona che non sia soltanto in grado di gestire le loro problematiche fisiche ma che si faccia in qualche modo carico anche della dimensione sociale ed emotiva della loro vita.

Per il geriatra, il punto di partenza per questo tipo di relazione è la valutazione multidimensionale, lo strumento attraverso il quale le problematiche di salute dell'individuo possono essere inserite in un panorama più ampio, comprendente gli aspetti relativi all'emotività e al vissuto soggettivo, il contesto di vita, la rete assistenziale e sociale. Si tratta di un compito molto più ampio della semplice cura della malattia, ma è evidente che, essendo il paziente anziano quasi per definizione un paziente cronico, non considerare il problema della qualità della vita significherebbe svolgere il proprio lavoro soltanto a metà. Il medico non dovrebbe mai dimenticare che non deve tanto curare un corpo, quanto prendersi cura di una persona nella sua interezza.

BIBLIOGRAFIA

Alesii A, Mazzarella F, Mastrilli F et al. The elderly and quality of life: current theories and measurements. G Ital Med Lav Erg 2006;28(3 Suppl 2):99103.
Censis, Il tempo della terza età. Indagine Censis salute – La Repubblica, 2007.
Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. Lancet 2009,374 (9696):1196-1208.
Hambleton P, Keeling S. The jungle of quality of life: mapping measures and meanings for elders. Australas J Ageing 2009;28(1):3-6.
WHO-Constitution of the World Health Organization – Basic Documents. Organizzazione Mondiale della Sanità, Ottobre 2006.