

# Salute e percorsi di cura degli anziani

## Bibliografia minima e ragionata

### Aree tematiche

- *Policy*
- Bisogno/Domanda di assistenza
- Promozione/Prevenzione
- Sicurezza domestica
- Sicurezza stradale
- Accesso al sistema
- Prevenzione ospedalizzazione
- Sicurezza e qualità assistenza territoriale
- Sicurezza e qualità assistenza in struttura
- Dignità delle cure
- Dignità nelle fasi terminali della vita
- Punto di vista anziani
- Approfondimenti (indicatori, variabilità, servizi emergenza-urgenza, aderenza al trattamento, casi clinici)

### **Policy**

[Anderson G. For 50 years OECD countries have continually adapted to changing burdens of disease; the latest challenge is people with multiple chronic conditions. Background paper for OECD Conference on Meeting the challenge of ageing and multiple morbidities . Wednesday 22 June 2011.](#)

Il rapporto offre una generale ricognizione della evoluzione dei sistemi sanitari dei Paesi dell'OECD nei 50 anni passati rispetto a cinque dimensioni: la ricerca biomedica e sui servizi sanitari, la formazione delle professioni sanitarie, il finanziamento dei sistemi, la produzione dei servizi e la misurazione della qualità. In particolare, si concentra su come ciascuna delle cinque dimensioni ha cercato nel passato di rispondere al *burden of disease* e come sarà necessario rispondere nel futuro all'aumento della prevalenza e dei costi per le persone con condizioni multiple di cronicità.

[European Commission - Directorate-General for Research and Innovation. Aims and scope of a pilot European Innovation Partnership in the field of active and healthy ageing. Annex III, Europe 2020 Flagship Initiative Innovation Union. SEC \(2010\), 1161.](#)

L'obiettivo strategico dell'*European innovation partnership* consiste nell'aumentare di due anni gli anni medi di vita in buona salute entro il 2020. Il perseguimento di questo obiettivo avverrà sia attraverso lo sviluppo di politiche innovative e di *business models* orientati ad una maggiore integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali e all'incremento delle forme di assistenza al domicilio e l'auto-cura, sia ricercando e impiegando test clinici, medicinali e trattamenti per contrastare i disturbi cronici maggiormente correlati all'età (Alzheimer, Parkinson, diabete, disturbi cardiovascolari e altri).

Attraverso l'*Innovation Partnership* la Commissione europea intende raggruppare assieme un'ampia platea di attori del settore pubblico, privato (es. industrie biomedicali, farmaceutiche, ICT, le assicurazioni) e anche rappresentanti dei gruppi e associazioni di anziani.

[Expert Group on Healthcare of Older People. Adding life to years. Report. NHS Scotland. 2002.](#)

Il rapporto si colloca all'interno delle linee strategiche di lavoro fornite dal Piano sanitario scozzese ed è stato redatto da un gruppo di esperti scozzesi ampio per composizione: pazienti, volontari, *caregiver* informali, professionisti sanitari. Viene dichiarato come nella selezione dei temi e nei contenuti sia stato utilizzato il punto di vista e la esperienza dei pazienti anziani stessi. A tal fine sono stati intervistati mediante questionario circa 500 anziani.

Nel lavoro vengono fornite una panoramica generale ed una descrizione:

del contesto demografico e degli andamenti nell'utilizzo dei servizi sanitari da parte degli anziani; delle loro esperienze positive e negative rispetto alla salute e all'assistenza ricevuta (es. accesso ai servizi, *screening*, assistenza al domicilio e in ospedale, assistenza di fine vita); dei principali problemi di salute (es. tumori, disturbi del sistema cardiocircolatorio, salute mentale, cadute e fratture); e delle discriminazioni legate all'età.

Ogni capitolo si conclude con una serie di raccomandazioni per gli organismi di governo, i servizi e i professionisti del Servizio sanitario nazionale e anche per gli Enti locali.

[Glasby J., Ham C. Improving care for people with chronic conditions in Wales. What lessons are there from Denmark and Sweden?. University of Birmingham. September 2007.](#)

La *National Leadership and Innovation Agency for Health Care*, in collaborazione con il *Welsh Government* ha commissionato all'Università di Birmingham di organizzare un tour di studio in due Paesi europei focalizzato sulla gestione delle condizioni croniche. Sono stati scelti la Danimarca e la Svezia in quanto entrambe da tempo hanno investito su servizi pubblici di qualità, presentano filosofie politiche orientate alla social-democrazia, in linea con il Wales. Inoltre, sempre in entrambe i Paesi, i governi locali rivestono un importante ruolo nel finanziamento ed erogazione dei servizi pubblici sanitari e sociali, e non ultimo, Danimarca e Svezia sono maggiormente comparabili per dimensione con il Wales, rispetto a Paesi più grandi come Francia e Italia.

[OECD. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. 2011.](#)

Nel sommario e conclusioni del documento vengono sintetizzati i punti di seguito elencati.

1. La crescente domanda di *long term care* è in linea con l'invecchiamento della popolazione e presenta significative implicazioni sul finanziamento e sul mercato del lavoro.
2. Porre maggiormente attenzione alle famiglie che assistono gli anziani è da ritenersi una *win-win solution*. Tali famiglie, e specialmente le donne, rappresentano la colonna vertebrale di qualsiasi sistema di *long term care*.
3. Tutti i Paesi OECD necessitano di un sistema di *long term care* formale, efficiente ed efficace, pur riconoscendo l'importanza di coloro che si prendono cura informalmente degli anziani.
4. Le sfide che riguardano le persone ed i professionisti della *long term care* appaiono gestibili, in particolare sono desiderabili i miglioramenti nelle condizioni di lavoro e nella qualità delle competenze di coloro che provengono dall'estero.
5. Ci sono ragioni sia di equità sia di efficienza nell'indirizzare il sistema di *long term care* verso un insieme di servizi universali e anche nei sistemi universalistici, sarebbe desiderabile concentrare i servizi dove maggiori sono i bisogni.
6. La crescente pressione sui costi del sistema, rende prioritario un maggiore *value for money*. Incoraggiare l'assistenza al domicilio è desiderabile per gli utenti, sebbene in determinate condizioni l'assistenza nelle strutture è maggiormente costo-efficace. Per migliorare il *value for money* è necessario aumentare la produttività, ridurre il gap conoscitivo sul costo-efficacia degli interventi (inclusa la prevenzione), ottimizzare la interfaccia tra salute e assistenza.

[Taylor R. Ageing, health and innovation: policy reforms to facilitate healthy and active ageing in OECD countries. Background paper for OECD Conference on Meeting the challenge of ageing and multiple morbidities. Wednesday 22 June 2011.](#)

Nella prossima decade i sistemi sanitari europei si trovano a fronteggiare una serie di sfide strutturali di natura economica, demografica e tecnologica. Il documento esplora le principali implicazioni organizzative per i sistemi sanitari derivanti da tali cambiamenti, le risposte fino ad ora

fornite, e le strategie per implementare ulteriori innovazioni organizzative e collaborazioni, illustrando come nuove tipologie di cooperazione tra gli attori del sistema possano contribuire al miglioramento degli esiti, clinici, organizzativi e finanziari. Infine, vengono analizzati alcuni esempi innovativi nella erogazione dei servizi sanitari in Olanda, Svezia e Stati Uniti, come possibili direzioni future dei sistemi sanitari.

[U.S. Department of Health and Human Services. \*\*Multiple Chronic Conditions—A Strategic Framework: Optimum Health and Quality of Life for Individuals with Multiple Chronic Conditions.\*\* December 2010, Washington, DC.](#)

Nel documento statunitense viene presentato un *framework* finalizzato al miglioramento dello stato di salute e delle funzioni delle persone attualmente sofferenti di condizioni multiple di cronicità. Nel *framework* sono contenute una serie di obiettivi e di strategie per guidare internamente l'*U.S. Department of Health and Human Services* (HHS), anche in collaborazione con attori esterni, nel perseguimento di tale finalità. L'intento è di cambiare la modalità con cui viene gestita la cronicità negli Stati Uniti, passando da un approccio focalizzato sui disturbi cronici individuali ad uno sulle condizioni multiple di cronicità.

[World Health Organization, World Bank. \*\*World report on disability.\*\* 2011.](#)

La *World Health Organization* e la *World Bank* hanno collaborato alla produzione del rapporto finalizzato ad offrire evidenze sulle politiche e sui programmi che possono migliorare la vita delle persone con disabilità ed a facilitare l'implementazione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (maggio 2008).

Il *World Report on Disability* suggerisce ad un ampio insieme di destinatari (governi, società civile, organizzazioni di persone disabili) una serie di passi per la creazione di un ambiente capacitante, per lo sviluppo di servizi di supporto e riabilitazione, per assicurare un'adeguata protezione sociale, per la realizzazione di politiche e programmi inclusivi, e per rafforzare gli aspetti legislativi.

## **Bisogni/domanda di assistenza**

[Ernst-Bravell M., Mölstad S. \*\*Easy-to-use definition of frailty for guiding care decisions in elderly individuals: probability or utopia?\*\* \*Aging Health.\* 2010; 6\(6\): 697–699.](#)

Secondo gli autori, a dispetto di quanto già presente nella letteratura, sarebbe necessaria una definizione di fragilità ampiamente accettata, che includa anche gli aspetti socio-demografici e le relazioni sociali, e che sia al contempo facile da misurare e utile sia per la pratica clinica ed i servizi sia per la ricerca. A tal fine viene proposta la definizione utilizzata nello *Study of Health and Drugs in the Elderly* (SHADES), uno studio longitudinale svedese condotto su un campione di 315 anziani ricoverati presso 11 strutture residenziali, che indica un set di otto *item*.

[European Commission \(Directorate General for Economic and Financial Affairs\), Economic Policy Committee. \*\*2009 Ageing report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States \(2008-2060\).\*\* \*European Economy series.\* 2009; n.2.](#)

Il rapporto è stato preparato dall'*Economic Policy Committee* (EPC) su mandato dell'*Economic and Financial Affairs Council* (ECOFIN) per aggiornare e approfondire l'usuale esercizio di proiezione della spesa correlate all'età principalmente per i settori delle pensioni, servizi sanitari (compreso *long term care*) ed educazione, sulla base delle nuove proiezioni della popolazione fornite da *Eurostat*. In particolare, vengono presentate le proiezioni dell'impatto economico derivante dall'invecchiamento della popolazione nei 27 Stati membri dell'Unione Europea nel periodo 2008–2060.

[Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics. \*\*Older Americans 2010: Key Indicators of Well-Being.\*\* Washington DC, 2010.](#)

Si tratta della quinta edizione di una serie di rapporti prodotti dal *Federal Interagency Forum* sull'invecchiamento che descrive complessivamente lo stato di salute e la condizione di benessere

della popolazione americana di età  $\geq 65$  anni. I dati utilizzati provengono da più di una dozzina di fonti nazionali. Gli indicatori sono in tutto 37 e sono raggruppati in cinque sezioni relative a: popolazione, economia, stato di salute, rischi e comportamenti relativi alla salute, assistenza. Tali indicatori sono stati selezionati in quanto rispondevano ai seguenti criteri:

- a. facili da comprendere da parte di un ampio insieme di destinatari;
- b. affidabili (promossi, raccolti e disseminati dal Governo federale);
- c. espressione della reale condizione di benessere degli anziani americani, secondo i risultati delle ricerche;
- d. bilanciati, affinché una singola sezione non prevalessesse sulle altre;
- e. rilevati periodicamente (non necessariamente annualmente) affinché potessero essere aggiornati e potessero essere apprezzati gli andamenti temporali;
- f. rappresentativi di larghi strati della popolazione anziana Americana piuttosto che di particolari gruppi.

La maggior parte dei dati utilizzati, sono stati raccolti negli anni 2007 e 2008, gli anni a cavallo della ampia crisi finanziaria americana, anche se non è possibile sostenere che tali dati riflettano l'impatto della crisi sugli anziani americani. A tal riguardo, il *Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics* ha prodotto un rapporto nel 2009.

Huisman M., Kunst AE., Mackenbach JP. **Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview.** *Social Science & Medicine.* 2003; 57: 861–873.

L'obiettivo dello studio consiste nel descrivere le diseguaglianze socioeconomiche (reddito e istruzione) nella morbidità tra gli anziani di 11 Paesi europei. Sono stati utilizzati i dati raccolti nel 1994 dall'*European Community Household Panel*. La popolazione totale dello studio è composta da circa 14 mila maschi e da 17 mila femmine, suddivisi in tre classi di età: 60–69, 70–79 e  $\geq 80$ . Per la misurazione della morbidità sono stati utilizzati tre indicatori: la salute percepita, le difficoltà nella vita quotidiana dovute a problemi fisici o mentali e la disabilità. Dai risultati emerge come esistano diseguaglianze socio-economiche nella morbidità tra gli anziani in tutti i Paesi europei e in tutte le classi di età oggetto dello studio. Le diseguaglianze paiono diminuire con l'età nel genere femminile, a differenze di quello maschile. Grecia e Irlanda mostrano ampie diseguaglianze in entrambe i generi, mentre Italia e Olanda più spesso tra gli uomini, e la Spagna tra le donne.

Ikegami N. **Institutionalized and the non-institutionalized elderly.** *Social Science & Medicine.* 1982; vol.16, iss. 23: 2001-08.

E' stata condotta una *survey* sull'intera popolazione anziana  $\geq 65$  aa. (3039), che vive sia a casa sia in strutture, di un paese rurale giapponese per indagare i fattori fisici e psico-sociali correlati alla loro condizione di istituzionalizzati o non-istituzionalizzati.

Dall'analisi emerge come all'aumentare della gravità del livello di disabilità incrementi la proporzione di anziani istituzionalizzati, tuttavia tra gli anziani maggiormente disabili solo la metà è ospitata presso una struttura. Uno dei fattori che contribuisce maggiormente a spiegare tale risultato è la capacità della famiglia di prendersi cura dell'anziano. Infatti, gli anziani che vivono a casa presentano una maggiore possibilità, rispetto a quelli istituzionalizzati, di avere a disposizione una persona in salute e che non lavora più. Inoltre, a parità di livello di disabilità, le famiglie degli anziani istituzionalizzati paiono esprimere una maggiore difficoltà soggettiva nel prendersi cura della persona, rispetto alle famiglie degli anziani non-istituzionalizzati.

L'autore conclude proponendo il livello di disabilità e la capacità della famiglia di prendersi cura dell'anziano come due importanti criteri per valutare il bisogno di istituzionalizzazione.

Rowland D. **Measuring the elderly's need for home care.** *Health Affairs.* 1989; 8, n.4:39-51.

L'obiettivo dell'autrice consiste nel testare la utilità del peggioramento nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, misurato con la scala *Activities of daily living* (ADL), quale criterio predittivo del bisogno di assistenza domiciliare da parte della persona anziana. A tal fine, viene operato nel 1984 un confronto tra la popolazione statunitense anziana che ha riportato due o più limitazioni nelle attività quotidiane, pari a circa 2 milioni di abitanti, e la popolazione anziana generale, pari a circa 26 milioni, rispetto alle caratteristiche socio-economiche, allo stato di salute,

all'utilizzo dei servizi sanitari e all'assistenza ricevuta da familiari e amici e anche da persone a pagamento. L'autore conclude che limitazioni multiple nello svolgimento delle funzioni quotidiane di vita (es. mangiare, vestirsi, lavarsi, alzarsi dal letto) consentono di definire un target di popolazione anziana con condizioni di salute ed economiche peggiori rispetto alla popolazione anziana generale e pertanto maggiormente bisognosa di assistenza domiciliare finanziata, nel caso specifico, da *Medicare*, il programma assicurativo americano per la popolazione anziana. Secondo l'autrice, nell'ambito di *Medicare*, esiste un forte sbilanciamento nel finanziamento dei servizi, a favore di quelli residenziali, rispetto a quelli domiciliari.

## Promozione della salute/ Prevenzione

Beswick AD., Rees K., Dieppe P. et al. **Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis.** *The Lancet*. 2008; Vol. 371, Iss. 9614: 725-735.

Gli autori hanno condotto una revisione sistematica, aggiornata al dicembre 2006, e una meta-analisi con i dati estratti, per valutare la efficacia pratica di diversi interventi multifattoriali territoriali nel preservare le funzioni fisiche e l'indipendenza degli anziani ( $\geq 65$ aa.) che vivono a casa. In specifico, sono stati individuati quei *randomised controlled trials* che presentavano come criteri di eleggibilità: valutazione personalizzata ed erogazione o *referral* di assistenza medica specialistica e sociale, almeno 6 mesi di *follow-up*. Gli esiti di salute considerati sono: vivere a casa al momento del follow-up, mortalità, ricoveri nelle strutture residenziali e in ospedale, cadute e funzionalità fisica.

89 trials rispondevano ai criteri di inclusione: 28 di valutazione geriatrica generale e 24 di valutazione geriatrica negli anziani fragili, 21 di assistenza territoriale post-dimissione ospedaliera, 13 di prevenzione delle cadute, e 3 di educazione di gruppo e counselling. In totale, sono stati inclusi circa 98 mila anziani (mediana=321) di cui il 44% circa appartenenti ad un unico studio.

Nel complesso, gli interventi riducono i rischi di non vivere a casa (Relative Risk 0.95, 95%, CI 0.93–0.97), di essere ricoverati presso una struttura residenziale (RR 0.87, 95%, CI 0.83–0.90) o in ospedale (RR 0.94, 95%, CI 0.91–0.97), di cadute (RR 0.90, 95%, CI 0.86–0.95) e migliorano la funzionalità fisica. Non riducono, tuttavia, la mortalità (RR 1.00, 95%, CI 0.97–1.02).

Brown S., Abdelhafiz A. **Institutionalization of older people: prediction and prevention.** *Aging Health*. 2011; Vol. 7, No. 2: 187-203.

Identificare i fattori di rischio di ricovero in strutture residenziali è di particolare interesse al fine di sviluppare strumenti predittivi e programmi di intervento orientati a ridurre gli accessi in tali strutture. Molti dei fattori di rischio legati ai pazienti riguardano il declino nelle funzioni fisiche e/o cognitive. La interazione tra *caregiver* e le caratteristiche dell'assistenza è un altro importante fattore che può contribuire ad aumentare il rischio di ricovero in strutture residenziali.

Programmi strutturati di prevenzione sembrano più efficaci rispetto al counseling individuale. Programmi di intervento tarati sui bisogni e le preferenze individuali e il continuo supporto ai pazienti ed ai loro *caregivers*, con la possibilità di accedere al geriatra, rappresentano un importante fattore di successo degli interventi.

E' necessaria ulteriore ricerca per esplorare se interventi nelle fasi iniziali dei disturbi cronici possano ritardare il declino fisico e cognitive e ridurre la istituzionalizzazione degli anziani.

Centers for Disease Control and Prevention, Administration on Aging, Agency for Healthcare Research and Quality, and Centers for Medicare and Medicaid Services. **Enhancing Use of Clinical Preventive Services Among Older Adults.** Washington, DC. 2011.

Nel documento vengono analizzati un insieme di servizi di prevenzione negli Stati Uniti (es. vaccinazioni, *screening*, *counseling*), raccomandati per gli anziani  $\geq 65$ aa dall'*U.S. Preventive Services Task Force* e/o dall'*Advisory Committee on Immunization Practices*. L'obiettivo è quello di offrire delle misure per il monitoraggio continuo dell'utilizzo dei servizi, mettere in luce le carenze nei dati a livello nazionale e dei singoli Stati americani, e stimolare politiche e programmi di prevenzione efficaci attraverso raccomandazioni. Il rapporto si articola in quattro sezioni.

La prima descrive in maniera dettagliata l'utilizzo di otto servizi di prevenzione attraverso una serie di dati recenti, aggiornati in alcuni casi al 2009, raccolti mediante *self-reported survey*, e rappresentati mediante cartografia. Gli otto servizi si riferiscono a: due vaccinazioni contro influenza e pneumococco; cinque *screening* per il cancro alla mammella e al colon-retto, per il diabete, per l'osteoporosi, per i disturbi lipidici; il *counseling* per smettere di fumare.

La seconda illustra in maniera sintetica l'utilizzo di un insieme di servizi di prevenzione aggiuntivi (es. *screening* e *counseling* per l'abuso di alcool, per la depressione e l'obesità), precisando, tuttavia, la difficoltà di disporre di dati sufficienti e tempestivi a livello nazionale e di singoli Stati.

La terza sezione offre, invece, un elenco di interventi, raccomandati dalla *Task Force on Community Preventive Services*, orientati a migliorare l'accesso e la erogazione dei servizi preventivi descritti nella prima sezione.

La quarta e ultima sezione presenta una lista di referenze bibliografiche per approfondimenti.

**Munro J., Brazier J., Davey R., Nicholl J. Physical activity for the over-65s: could it be a cost-effective exercise for the NHS?. *Journal of Public Health Medicine*. 1997; Vol. 19, No. 4: 397-402.**

L'obiettivo dello studio consiste nel fornire una stima dei probabili costi e guadagni di salute che potrebbero derivare da un programma, a finanziamento pubblico, di regolare esercizio fisico per 10.000 anziani >65 anni. Il programma a cui gli autori si riferiscono consiste nell'organizzare due volte la settimana classi di circa 30 anziani per l'attività aerobica, della durata di un'ora e mezza ciascuna, per 46 settimane all'anno, e condotte da un istruttore qualificato. Un programma di questo tipo, secondo l'analisi degli autori, consentirebbe di evitare 76 morti e 230 ricoveri per disturbi del sistema circolatorio, diabete, fratture di femore e disturbi mentali. Inoltre, assumendo che l'aspettativa media di vita a 65 anni sia pari a dieci anni, il programma costerebbe 330 sterline per anno di vita salvata, risultato migliore rispetto a quanto ottenibile con altri interventi preventivi attualmente praticati. Ad esempio, il suggerimento del medico per smettere di fumare costerebbe 700 sterline per anno di vita salvata, lo screening per il colesterolo 3.700 sterline e il trattamento dell'ipertensione con  $\beta$  bloccanti 8.500 sterline.

## Sicurezza domestica

**Health Evidence Network – WHO Europe. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?. March 2004.**

Il rapporto offre una sintesi della migliore evidenza disponibile ed un riassunto dei principali risultati e delle opzioni di policy relative alle cadute negli anziani.

I programmi di prevenzione delle cadute possono essere efficaci nel ridurre il numero di anziani che cadono ed i tassi delle cadute.

Tra le strategie, le più promettenti sembrano essere quelle mirate e orientate al cambiamento dei comportamenti ed alla modificazione dei rischi per gli anziani che vivono al proprio domicilio.

Programmi basati su interventi multifattoriali che includono anche la valutazione dei fattori di rischio si sono dimostrati efficaci, sebbene non si rilevino strumenti di *assessment* rigorosamente validati a livello internazionale.

**Hill-Westmoreland EE., Soeken K., Spellbring AM. A meta-analysis of fall prevention programs for the elderly: how effective are they?. *Nursing Research*. 2002; vol. 51, iss.1:1-8.**

Il quesito di ricerca è: Quali sono gli effetti dei programmi di prevenzione sulla proporzione di cadute negli anziani? È stata condotta una meta-analisi per sintetizzare i risultati degli studi dedicati agli interventi di prevenzione delle cadute negli anziani che hanno utilizzato un gruppo di confronto ed esiti misurabili. I risultati ottenuti dalla meta-analisi indicano che si è verificato un decremento del 4% nella proporzione di cadute degli anziani arruolati nei gruppi in trattamento con varie tipologie di interventi di prevenzione.

Swedish National Institute of Public Health. **Accidental falls in elderly people. A socioeconomic analysis and effective preventive measures.** 2009.

L'obiettivo primario del rapporto consiste nell'aumentare la conoscenza sui costi per la società, sia diretti sia derivanti dal deterioramento della qualità della vita, associati alle cadute accidentali degli anziani. Nel documento vengono, inoltre, descritti gli interventi disponibili ed efficaci nel prevenire le cadute, prendendo in considerazione anche la loro costo-efficacia. I risultati costituiscono la base per l'assunzione di decisioni e per il *priority setting*.

## Accesso al sistema

Baicker K., Chandra A., Skinner JS., Wennberg JE. **Who you are and where you live: how race and geography affect the treatment of Medicare beneficiaries.** *Health Affairs.* 2004; doi: 10.1377/hlthaff.var.33

La esistenza di differenze razziali ed etniche nell'assistenza sanitaria è ben documentata, tuttavia, vi sono anche altri importanti ragioni (come il luogo di residenza) che possono spiegare le differenze tra Regioni rispetto agli interventi sanitari. Ad esempio, le differenze nell'assistenza di fine vita paiono motivate più dal luogo di residenza che dall'etnia.

Masseria C., Giannoni M. **Equity in access to health care in Italy: a disease-based approach.** *European Journal of Public Health.* 2010; Vol. 20, n. 5: 504–510.

L'obiettivo dello studio consiste nel descrivere le diseguaglianze di reddito nell'accesso ai servizi sanitari, utilizzando un approccio basato sul disturbo. I servizi sanitari considerati sono le cure primarie, l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza ospedaliera e in emergenza-urgenza. I disturbi considerati sono l'ipertensione, l'artrite, il tumore e i disturbi cardiaci. La fonte dei dati è l'indagine Multiscopo dell'Istat 1999-2000. Dai risultati si rileva una significativa diseguaglianza di reddito nella probabilità di accedere:

- alle cure primarie, all'assistenza specialistica ed ai servizi di emergenza-urgenza, mentre non si rileva diseguaglianza nell'assistenza ospedaliera;
- all'assistenza specialistica per tre dei quattro disturbi studiati, e per tutti i disturbi nel caso delle cure primarie.

Inoltre, le variazioni nelle Regioni italiane rappresentano una ulteriore causa di diseguaglianza nell'accesso ai servizi.

Nemet GF., Bailey AJ. **Distance and health care utilization among the rural elderly.** *Social Science & Medicine.* 2000; vol.50, iss.9: 1197-1208.

L'articolo esplora la relazione tra la distanza dai servizi sanitari e il loro utilizzo da parte di un gruppo di anziani residenti nel Vermont. A tal fine è stato inviato casualmente un questionario via e-mail agli anziani residenti nel Vermont's North East Kingdom per indagare come il livello di vicinanza ai servizi sanitari del supermercato, del lavoro e dell'abitazione, unitamente all'accesso a un trasporto privato e ad altre condizioni di vita fossero associati al numero di visite presso i servizi di cure primarie. I risultati confermano l'ipotesi che la progressiva distanza dai servizi ne riduce l'utilizzo e suggeriscono, inoltre, come essa rappresenti un surrogato della ricchezza di relazioni sociali della comunità locale.

Young J., Turnock S. **Community care waiting lists and older people.** *BMJ.* 2001; 322: 254.

Nell'editoriale l'autore commenta come il tema delle liste di attesa goda di un'ampia attenzione da parte di politici e manager e visibilità pubblica quando è riferito ad interventi chirurgici, mentre è scarsamente considerato quanto è riferito all'accesso, ad esempio, a strutture residenziali e semi-residenziali, ad ausili per l'ambiente domestico delle persone disabili.

## Prevenzione ospedalizzazione

Agency for healthcare research and quality (AHRQ). **Prevention Quality Indicators (PQIs):**  
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/TechnicalSpecs41.htm#PQI41>

Da circa un decennio la statunitense Agency for Healthcare Research and Quality ha individuato un insieme di condizioni (es. Complicanze a breve e lungo termine del diabete, BPCO, scompenso cardiaco, disidratazione), validate dalla letteratura scientifica, per le quali un'appropriate e tempestiva assistenza primaria può ridurre il rischio di ospedalizzazione mediante la prevenzione della condizione morbosa, il controllo degli episodi acuti e la gestione della malattia cronica. Gli indicatori si riferiscono a tassi di ospedalizzazione relativi alle condizioni sopra accennate e si prestano al confronto tra aree geografiche.

## Sicurezza e qualità dell'assistenza territoriale

Elkan R., Kendrick D., Dewey M. *et al.* **Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis.** *BMJ.* 2001; 323: 719–724.

L'obiettivo dello studio consiste nel valutare la efficacia di programmi di *home visiting* orientati alla promozione della salute e alla prevenzione nelle persone anziane.

E' stata condotta una revisione sistematica e una meta-analisi su 15 studi di *home visiting*.

I partecipanti dei diversi studi sono persone anziane che vivono al proprio domicilio, incluso soggetti fragili a rischio di esiti di salute avversi. Le misure di esito prese in considerazione sono: mortalità, ricovero in ospedale o presso struttura residenziale, stato funzionale, stato di salute.

Dai risultati emerge come i programmi di *home visiting* in persone anziane possano ridurre la mortalità e il ricovero presso le strutture residenziali.

Hollander M., Chappell N., Havens B., *et al.* **Study of the costs and outcomes of home care and residential long term care services. Substudy 5. National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care.** February 2002.

Il *National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care* è un programma di ricerca che si compone di 15 studi condotti in Canada. Tale programma ha lo scopo di determinare se l'assistenza al domicilio sia o non sia una alternativa maggiormente costo-efficace rispetto all'assistenza ospedaliera e residenziale. In particolare, lo studio in oggetto ha lo scopo di confrontare i costi formali e informali e gli esiti delle cure delle due forme di assistenza: domiciliare vs residenziale. Inoltre, la ricerca misura i costi informali dell'assistenza identificando il carico finanziario, psicologico e sociale sostenuto dalla famiglia, dagli amici e dai volontari nel prendersi cura delle persone sofferenti sia al domicilio che in struttura.

Stuck AE., Egger M., Hammer A. *et al.* **Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis.** *JAMA.* 2002; 287: 1022–1028.

L'obiettivo dello studio consiste nel valutare l'effetto di programmi di *home visits* orientati alla prevenzione sullo stato funzionale, sul ricovero in struttura residenziale e sulla mortalità negli anziani  $\geq 65$  anni. Sono stati ricercati gli studi pubblicati in inglese, francese, tedesco, italiano e spagnolo che riportavano *randomized trials* sugli effetti delle *home visits* orientate alla prevenzione nelle persone anziane. Le banche dati consultate sono: *Medline*, *Psychinfo* ed *Embase* (Gennaio 1985–Novembre 2001). Sono stati selezionati 17 articoli (su 1349 abstracts identificati) riportanti 18 *trials*, per un totale di più di 13 mila anziani inclusi.

Dai risultati emerge come i programmi di *home visitation* orientati alla prevenzione appaiano efficaci. Gli interventi erogati sono basati su una valutazione geriatrica multidimensionale, includono diverse visite di *follow-up*, e sono mirati principalmente ad anziani con un minore rischio di morte. Sono stati osservati maggiori benefici, nei termini di sopravvivenza, tra gli anziani più giovani rispetto ai grandi anziani.



## Sicurezza e qualità dell'assistenza in struttura

Nella popolazione di età uguale o superiore ai 75 anni, che rappresenta circa il 20% della popolazione generale nel nostro Paese, ma assorbe il 50% circa della spesa sanitaria pubblica (1), si concentrano i problemi di salute a maggior carattere di cronicità e i problemi assistenziali più complessi, riconducibili a condizioni di disabilità multiple e di non autosufficienza. A queste persone, al di fuori dei pur necessari ricoveri in strutture per acuti, il nostro sistema sanitario offre due alternative: l'assistenza domiciliare e la residenza sanitaria assistita (RSA). Entrambe queste soluzioni presentano tuttavia nelle diverse regioni una notevole variabilità di copertura e di assetti. Laddove non sia sufficiente l'offerta di assistenza domiciliare, l'RSA rimane spesso l'unica destinazione possibile collocandosi, di fatto, in una posizione intermedia tra le cure per acuti, l'assistenza di fine vita e l'assistenza a disabilità gravi e gravissime (inclusi gli stati vegetativi).

Le RSA hanno avuto in Italia un rapido sviluppo, negli ultimi 15 anni, con un incremento progressivo dei posti letto, fino ad una stima, al 2007, pari a circa 270.000 – 300.000 ospiti (il 2-3% della popolazione anziana) (1)(2)(3). Una stima precisa, tuttavia, è ostacolata dalle diverse modalità di classificazione adottate dalle singole Regioni, nelle quali la denominazione corrente di RSA ha assunto significati diversi, con confini spesso mal definiti rispetto a Case Di Riposo, Case Protette, Residenze Protette, Istituti di Riabilitazione Geriatrica, Lungodegenze Riabilitative etc. (2). Molto variabili sono inoltre le condizioni strutturali e organizzative e la configurazione amministrativa; quasi inesistenti inoltre, come segnalato dal Progetto Mattoni (2), i dati disponibili sulle prestazioni offerte. Il Mattone n. 12 si è sviluppato infatti proprio per offrire soluzioni comuni alla carenza di dati sulle prestazioni erogate e di informazioni utili a costruire indici di *case-mix* assistenziale, nonostante alcune regioni avessero adottato propri strumenti, in alcuni casi basati su strumenti internazionali già validati (es. RUG, SVAMA). I risultati del Mattone 12 hanno poi dato seguito, nelle regioni, a sperimentazioni più ampie e strutturate di sistemi informativi basati su presupposti comuni.

In questo contesto generale, il monitoraggio dei più importanti problemi di qualità dell'assistenza per i soggetti accolti in RSA si presenta a tutt'oggi ancora difficile e affidato a fonti informative diverse: fonti amministrative (ad esempio: SDO e prescrizioni farmaceutiche, soprattutto con procedure di *record linkage*), valutazioni esterne di fattori strutturali e organizzativi (es. accreditamento istituzionale) e indagini *ad hoc* mirate a specifici problemi di salute. Un'indagine coordinata dal gruppo italiano PARI (4), che ha coinvolto 62 RSA distribuite in 5 regioni, ha evidenziato ben 84 problemi assistenziali: dalle ulcere da pressione alle cadute, dall'ansia alla tachicardia, dal dolore ai problemi di rapporti con i familiari o con i medici curanti. Un'indagine regionale di prevalenza condotta in Toscana, rivolta a 56 RSA a gestione pubblica (1.384 pazienti), ha rilevato una prevalenza di UdP pari al 10,2% (il 41,4% di queste a insorgenza successiva all'ammissione in RSA; il 62,4% di grado uguale o superiore al 2°) e di dolore di durata superiore a 30 gg pari al 32% (5). Un'indagine di prevalenza delle infezioni e delle lesioni da pressione, realizzata in tre aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna, ha evidenziato una frequenza elevata di questi due eventi: nelle RSA la prevalenza di infezioni era più elevata (14,6%) di quella mediamente riportata negli ospedali per acuti, nelle case protette inferiore ma sempre significativa (7,5%). Per alcune pratiche di prevenzione delle infezioni, solo 1/3 delle strutture disponeva di protocolli scritti (6). Un successivo intervento ha consentito di migliorare diversi aspetti della prevenzione delle infezioni, inclusa la sperimentazione di un sistema di sorveglianza continuativa delle infezioni, effettivamente realizzato però in solo 2 strutture su 11 (7). Uno studio condotto in alcune RSA dell'ASP Brignole di Genova (Liguria) sta mettendo a punto gli elementi determinanti per costruire "modelli operativi di risk management". Lo studio consentirà di modificare il processo assistenziale, inserendo interventi di controllo in parallelo agli atti critici del nursing e dell'attività medica.

Fattori critici comuni agli studi menzionati sono, da un lato, la difficoltà di comporre un quadro completo e unitario della qualità dell'assistenza offerta in RSA; dall'altro, l'insufficiente diffusione, tra gli operatori sanitari, di validi strumenti di *assessment*, monitoraggio e gestione dei principali problemi di salute.

### **Bibliografia**

1. Padovani G. *Il diritto negato* (pg 97 e seg.). Il Pensiero Scientifico Ed., 2008
2. Ministero della salute, Progetto Mattoni. Mattone n. 12 "Assistenza residenziale e semiresidenziale". [www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/paginaInternaMenuMattoni.jsp?id=15&menu=mattoni](http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/paginaInternaMenuMattoni.jsp?id=15&menu=mattoni)
3. Rapporto CEIS – Sanità, 2008
4. Gruppo PARI-FV. *Epidemiologia dei problemi assistenziali legati a farmaci e presidi in RSA e Distretti*. Assistenza infermieristica e ricerca 2007, 26(3)
5. ARS Toscana. *Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione. Metodi di sorveglianza e ipotesi di lavoro*. Documenti ARS n. 37, 2008.
6. Moro ML, Mongardi M, Marchi M, Taroni F. Prevalence of Long-term care acquired infections in Nursing and Residential homes of the Emilia-Romagna region. *Infection* 2007; 35: 250- 255.
7. Mongardi M., Moro M.L., Grilli E. Misure di prevenzione e controllo di infezioni e lesioni da pressione. Risultati di un progetto di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. *Dossier* 188, 2010.
8. Trabucchi M. "I vecchi la Città e la Medicina", Il Mulino, Bologna, 2005
9. Institute of Medicine. *Improving the Quality of Care in Nursing Homes*. 1986
10. Hurria A, Lachs MS, Cohen HJ, Muss HB, Kornblith AB. *Geriatric assessment for oncologists: rationale and future directions*. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2006;59:211-7

## **Dignità delle cure**

Care quality commission. **Dignity and nutrition for older people**. 2011:  
<http://www.cqc.org.uk/reviewsandstudies/inspectionprogramme-dignityandnutritionforolderpeople.cfm>

Si tratta di un programma di ispezione degli ospedali del Servizio sanitario inglese finalizzato a verificare se gli anziani sono trattati con rispetto e se il cibo e le bevande, che ricevono, rispecchiano i loro bisogni.

## **Dignità nelle fasi terminali della vita**

Kelner M. **Activists and delegators: elderly patients' preferences about control at the end of life**. *Social Science & Medicine*. 1995; vol.41, iss.4: 537-545.

Sono stati intervistati 38 anziani ricoverati in ospedale con l'obiettivo di indagare la loro attitudine nei confronti delle decisioni di fine vita, ad esempio, eutanasia, suicidio assistito, accettazione o rifiuto dei trattamenti. Dalle risposte fornite l'autore ha costruito due categorie ideali: "attivisti" e "delegatori". I primi, la maggior parte (27/38) sono anziani che vogliono partecipare ed avere voce nel processo decisionale e che hanno una ampia conoscenza dei propri diritti. I secondi, la minor parte (11/38) sono persone che preferiscono delegare le decisioni al medico oppure affidarsi al caso o ad una entità spirituale. Analizzando lo status socio-economico delle persone appartenenti alle due categorie si osserva come gli "attivisti" siano maggiormente istruiti e abbiano svolto lavori maggiormente qualificati (es. manager) rispetto ai "delegatori". L'autore conclude affermando che "attivisti" e "delegatori" potrebbero rappresentare un *continuum* misurabile mediante apposita scala.

Pautex S., Zulian GB. **End-of-life care in elderly cancer patients**. *Aging Health*. 2011; Vol. 7, No. 3: 469-475.

La questione relative a come approcciarsi alla assistenza di fine-vita ha trovato risposta mediante lo sviluppo delle cure palliative. Sebbene le carenze nella erogazione di cure palliative di qualità siano visibili in molte aree, sono stati compiuti ampi miglioramenti che consentono ai professionisti sanitari un impeccabile controllo della sintomatologia. Tuttavia, in diversi Paesi si registra una elevata sofferenza esistenziale dei pazienti e il ricorso al suicidio e all'eutanasia paiono rappresentare un'opportunità per concludere la vita in condizioni accettabili.

## Il punto di vista degli anziani

Fried TR., McGraw S., Agostini JV., Tinetti ME. **Views of older persons with multiple morbidities on competing outcomes and clinical decision-making.** *J Am Geriatr Soc.* 2008; vol. 56, iss.10: 1839-1844.

L'obiettivo dello studio consiste nell'esplorare cosa pensano degli esiti delle cure le persone anziane sofferenti di problematicità multiple. Lo studio è qualitativo, condotto mediante *focus groups* campione, e coinvolge gli anziani di età  $\geq 65$  anni che vivono al domicilio e assumono cinque o più categorie di farmaci. Agli anziani è stato chiesto se i loro disturbi o trattamenti farmacologici interagiscono, le finalità dei loro trattamenti farmacologici e le eventuali decisioni di cambiare o rinunciare alle cure. Dai risultati emerge come gli anziani partecipanti ai *focus groups*:

- siano largamente inconsapevoli della possibilità che il trattamento di uno specifico disturbo possa peggiorarne un altro, anche se molti riferiscano di aver fatto esperienza di effetti avversi derivanti da un determinato trattamento farmacologico;
- parlino di esiti di salute riferiti ad un disturbo specifico nell'ambito della discussione (es. raggiungere un determinato livello di pressione sanguigna o di lipidi), mentre parlino di esiti più ampi (es. sopravvivenza, preservazione delle funzioni fisiche) nell'ambito di un contesto decisionale;
- pesino gli esiti di salute con l'obiettivo di valutare quale sia il più importante, sebbene presentino delle mis-concezioni circa la probabilità che si verifichino i diversi esiti attesi per i rispettivi trattamenti.

Phelan EA., Anderson LA., LaCroix AZ., Larson EB. **Older adults' views of successful aging - how do they compare with researchers' definitions ?.** *J Am Geriatr Soc.* 2004; vol. 52, iss.2: 211-216.

L'obiettivo dello studio americano consiste nel determinare la percezione degli anziani riguardo ad un invecchiamento di successo e confrontare le loro percezioni con quanto presente nella letteratura. E' uno studio *cross-sectional* condotto, mediante questionario inviato per posta elettronica, su due coorti di anziani  $\geq 65$  che non soffrono di demenza. Dai risultati emerge come la definizione di invecchiamento di successo fornita dai partecipanti allo studio sia multi-dimensionale e comprenda la salute fisica, funzionale, psicologica e sociale. In contrasto, nessuno degli studi consultati presenti in letteratura utilizza tutte e quattro le precedenti dimensioni per definire l'invecchiamento di successo.

National Institute of Health. **Patient Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS):** <http://www.nihpromis.org>.

PROMIS integra i campi della psicomетria, dell'*Health Information Technology*, della ricerca clinica e della ricerca qualitative per la costruzione e validazione di strumenti in grado di misurare i sentimenti, le funzioni e le percezioni dei pazienti relativi, in generale, allo stato di salute generale, fisico, mentale e sociale, ed in specifico, a singole condizioni/disturbi.

## Approfondimenti

### Indicatori

RAND Corporation. **Assessing Care of Vulnerable Elders (ACOVE):** <http://www.rand.org/health/projects/acove.html>

Nel 2000 la *RAND Corporation*, una organizzazione statunitense non-profit di ricerca ha avviato il progetto *Assessing Care of Vulnerable Elders (ACOVE)*, uno studio dedicato alla valutazione della qualità dell'assistenza medica erogata agli anziani vulnerabili in America. Per la identificazione

della popolazione “anziani vulnerabili” i ricercatori hanno sviluppato e testato un questionario di semplice utilizzo, che indagava quattro aspetti: stato di salute percepito, difficoltà fisiche (es. afferrare e tenere stretti 10 pounds, camminare per un quarto di miglio), disabilità funzionali (es. difficoltà nel lavarsi, nel fare la spesa, nel fare le pulizie di casa), età (75-84 anni,  $\geq$  85 anni). Con la collaborazione di esperti nazionali nell’assistenza geriatrica, i ricercatori della RAND hanno identificato 22 condizioni – disturbi, sindromi, deterioramenti fisiologici e situazioni cliniche – su cui si concentra la maggior parte dell’assistenza sanitaria ricevuta dagli anziani. Sulla base della letteratura scientifica e delle opinioni degli esperti sono stati, in seguito, proposti 236 indicatori di qualità riguardanti le 22 condizioni individuate e suddivisi in quattro tipologie: prevenzione, diagnosi, trattamento e *follow-up*. Sono indicatori ottenibili sia da fonti amministrative che da registri clinici e sono strutturati nella forma IF/THEN. Ad esempio, **IF a vulnerable elder is newly diagnosed with dementia THEN a serum B12 and TSH should be performed.**

## Variabilità

Dartmouth Institute for Health Policy & Clinical Practice. **The Dartmouth Atlas of health care:** <http://www.dartmouthatlas.org>

Da più di 20 anni il *Dartmouth Atlas Project* documenta le variazioni a livello nazionale, regionale, locale e di singola struttura/medico su come le risorse sanitarie sono distribuite e utilizzate negli Stati Uniti. I dati provengono dal programma pubblico americano di assicurazione per gli anziani (*Medicare*). L’obiettivo consiste nell’offrire uno strumento che possa contribuire a comprendere le cause e le conseguenze della variazione geografica.

Linn BS., Linn MW. **Patient symptoms and physician prescribing patterns in the elderly.** *Social Science & Medicine*. 1982; vol.16, iss.17:1531-1538.

L’obiettivo dello studio consiste nel verificare se il comportamento prescrittivo dei medici è differente a seconda dell’età di pazienti che presentano la medesima diagnosi.

NHS *et al.* **The NHS Atlas of Variation in Healthcare. Reducing unwarranted variation to increase value and improve quality.** 2010.

Nel documento vengono analizzate attraverso mappe e grafici le variazioni dei valori di una serie di indicatori di qualità ed esito delle cure, raggruppati per problemi clinici (es. problemi metabolici, neurologici, di visione, di circolazione), per tipologia di servizio (es. screening, servizi diagnostici) e anche per fascia di età (anziani). L’obiettivo del lavoro è quello di stimolare, primariamente, i clinici e coloro che pianificano i servizi ed allocano le risorse a ricercare le variazioni non giustificabili (*unwarrented*) e ad affrontarne le cause ed i *drivers*.

Vetter NJ., Jones DA., Victor CR. **Variations in care for the elderly in Wales.** *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1981; 35: 128-132.

L’obiettivo dell’articolo consiste nel cercare di spiegare le ragioni delle marcate variazioni nella erogazione di servizi sociali e sanitari per gli anziani  $\geq$ 65 aa. nelle 8 contee del Wales, nell’anno 1977, attraverso la descrizione della relazione tra servizi sanitari e sociali per gli anziani, la spesa pro-capite sanitaria e sociale, la condizione socio-economica di ciascuna contea (misurata come percentuale di occupati nella contea appartenenti a un gruppo di lavoratori altamente o scarsamente qualificati) e la mortalità e disabilità degli anziani  $\geq$ 65 aa..

Dall’analisi emergono come principali relazioni statisticamente significative quelle tra condizione socioeconomica della contea e tipologia di servizi offerti (residenziali vs domiciliari) e sempre tra condizione socioeconomica e la mortalità e la disabilità della popolazione anziana. In particolare:

- nelle contee più ricche (più elevata percentuale di lavoratori qualificati, es manager) si osserva una maggiore dotazione di servizi residenziali (coeff. regr.: 0.30) e minore di servizi domiciliari (coeff. regr.: -0.74), mentre nelle contee più svantaggiate (più elevata percentuale di lavoratori non qualificati) una dotazione minore di servizi residenziali (coeff. regr.: -0.76) e maggiore di servizi domiciliari (coeff. regr.: 0.50);

- nelle contee più ricche si osserva, inoltre, una minore mortalità (coeff. regr.: -0.75), e disabilità (coeff. regr.: -0.82) rispetto alle contee più svantaggiate.

Non si osservano, invece, associazioni statisticamente significative tra la spesa per i servizi sanitari e sociali e la loro offerta.

### **Servizi emergenza-urgenza**

Jones JS. **Geriatric emergency care: an annotated bibliography.** *Annals of Emergency Medicine.* 1992; Vol. 21, Iss. 7: 835-841.

La raccolta bibliografica è stata curata dalla *Society for Academic Emergency Medicine*. Sono stati selezionati gli articoli maggiormente recenti, ultimi cinque anni, relativi agli aspetti generali della erogazione dell'assistenza in emergenza-urgenza per gli anziani. Il lavoro si rivolge in particolare a clinici ed accademici.

### **Aderenza al trattamento**

Cárdenas-Valladolid J., Martín-Madrado C., Salinero-Fort MA. *et al.* **Prevalence of adherence to treatment in homebound elderly people in primary healthcare: a descriptive, cross-sectional, multicentre study.** *Drugs Aging.* 2010; 27(8): 641–651.

Attraverso uno studio descrittivo, multicentrico e *cross-sectional* è stata definita la prevalenza della aderenza ai trattamenti da parte di anziani confinati al proprio domicilio, che assumevano quattro o più categorie di farmaci, e sono stati identificati dei fattori predittivi di non-aderenza. Nella città di Madrid (Spagna) un gruppo di infermieri appositamente formati ha intervistato un campione di anziani e di loro *caregivers* (medici e infermieri). La aderenza ai trattamenti è stata misurata mediante la *Morisky's self-reported scale*. Dai risultati dello studio emerge come il 65% degli anziani aderiscano ai trattamenti e che il carico dei *caregivers*, le difficoltà di udito e nello svolgimento delle attività quotidiane rappresentino dei significativi predittori di non-aderenza.

### **Casi clinici**

Boult C., Wieland GD. **Comprehensive Primary Care for Older Patients With Multiple Chronic Conditions. "Nobody Rushes You Through".** *JAMA.* 2010; 304(17):1936-1943.

Nell'articolo viene descritto il caso di una anziana di 77 anni con condizioni multiple di cronicità (ipertensione con ipertrofia ventricolare sinistra, disturbo polmonare cronico ostruttivo, osteoartrite con dolore cronico alla spalla destra), che vive sola nel proprio appartamento, e vengono identificati alcuni modelli e processi in grado di migliorare la assistenza territoriale di tali casistiche.

Burns R. **A 70-year-old man trying to decide if he should continue driving.** *JAMA.* 2011; vol 305, n.9.

Nell'articolo viene descritto il caso di una persona di 70 anni, con una storia clinica di disturbo di Parkinson, ipertensione e fibrillazione atriale alle prese con la decisione relativa a continuare o meno a guidare la macchina. Il caso si conclude ponendo al lettore (il clinico) una serie di domande: Quali evidenze scientifiche sono disponibili per determinare la capacità della persona di guidare e qual è la loro accuratezza nell'identificazione dei guidatori a rischio? Quali Linee guida esistono per i guidatori a rischio? Cosa raccomanderebbe all'anziano del caso in questione?

Kane RL. **Finding the Right Level of Posthospital Care. "We Didn't Realize There Was Any Other Option for Him".** *JAMA.* 2011;305(3): 284-293.

Nell'articolo viene presentato il caso di una famiglia statunitense alla prese con la individuazione delle alternative possibili, per i genitori anziani, nella fase successiva al ricovero ospedaliero e vengono illustrate le diverse soluzioni e le relative implicazioni.

Reuben DB. **Medical Care for the Final Years of Life "When You're 83, It's Not Going to Be 20 Years".** *JAMA.* 2009; 302(24):2686-2694

Nell'articolo viene presentato il caso di un anziano di 83 anni con problematiche da caduta accidentale, che vive assieme alla moglie sofferente di demenza, e viene proposto un approccio per la gestione del caso sia dal punto di vista del singolo clinico che del sistema di servizi, articolato in obiettivi a breve, medio e lungo termine.

[Steinman MA., Hanlon JT. \*\*Managing Medications in Clinically Complex Elders. "There's Got to Be a Happy Medium". JAMA. 2010; 304\(14\):1592-1601.\*\*](#)

La assunzione di diverse categorie di farmaci da parte dell'anziano è un fenomeno comune. Il politrattamento farmacologico rappresenta un fattore di rischio per problematiche legate sia al comportamento prescrittivo del professionista, sia alla aderenza al trattamento da parte dell'anziano, sia agli esiti di salute (es. eventi avversi). Utilizzando il caso di un anziano che assume diverse tipologie di farmaci, l'articolo sintetizza l'evidenza scientifica e descrive un approccio affinché i professionisti possano migliorare la somministrazione e l'impiego, comprese le controindicazioni, di alcune classi di farmaci.