

Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica
e strutturale nell'assistenza all'anziano



Quaderni
del Ministero
della Salute



Ministero della Salute

Ministro della Salute: Ferruccio Fazio
Direttore Scientifico: Giovanni Simonetti
Direttore Responsabile: Paolo Casolari
Direttore Editoriale: Daniela Rodorigo
Vicedirettore esecutivo: Ennio Di Paolo

Comitato di Direzione

Francesca Basilico (con funzioni di coordinamento); **Massimo Aquili** (Direttore Ufficio V Direzione Generale Comunicazione e Relazioni Istituzionali); **Silvio Borrello** (Direttore Generale Sicurezza degli Alimenti e della Nutrizione); **Massimo Casciello** (Direttore Generale Ricerca Scientifica e Tecnologica); **Giuseppe Celotto** (Direttore Generale Personale, Organizzazione e Bilancio); **Gaetana Ferri** (Direttore Generale Sanità Animale e del Farmaco Veterinario); **Giovanni Leonardi** (Direttore Generale Risorse Umane e Professioni Sanitarie); **Romano Marabelli** (Capo Dipartimento Sanità Pubblica Veterinaria, Nutrizione e Sicurezza degli Alimenti); **Concetta Mirisola** (Segretario Generale del Consiglio Superiore di Sanità); **Fabrizio Oleari** (Capo Dipartimento Prevenzione e Comunicazione); **Filippo Palumbo** (Capo Dipartimento Qualità); **Daniela Rodorigo** (Direttore Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali); **Giuseppe Ruocco** (Direzione Generale Farmaci e Dispositivi Medici); **Francesco Schiavone** (Direttore Ufficio II Direzione Generale Comunicazione e Relazioni Istituzionali); **Rossana Ugenti** (Direttore Generale Sistema Informativo); **Giuseppe Viggiano** (Direttore Generale Rappresentante del Ministero presso la SISAC)

Comitato Scientifico

Giampaolo Biti (Direttore del Dipartimento di Oncologia e Radioterapia dell'Università di Firenze); **Alessandro Boccanelli** (Direttore del Dipartimento dell'Apparato Cardiocircolatorio dell'Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata – Roma); **Lucio Capurso** (Presidente del Consiglio di Indirizzo e Verifica degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri – Roma); **Francesco Cognetti** (Direttore del Dipartimento di Oncologia Medica dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena Irccs – Roma); **Alessandro Del Maschio** (Direttore del Dipartimento di Radiologia dell'Ospedale San Raffaele Irccs – Milano); **Vincenzo Denaro** (Presidente della Facoltà di Medicina e Chirurgia e Responsabile dell'Unità Operativa Ortopedia e Traumatologia del Policlinico Universitario Campus Biomedico – Roma); **Massimo Fini** (Direttore Scientifico dell'Irccs S. Raffaele Pisana – Roma); **Enrico Garaci** (Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità – Roma); **Enrico Gherlone** (Direttore del Servizio di Odontoiatria dell'Ospedale San Raffaele Irccs – Milano); **Maria Carla Gilardi** (Ordinario di Bioingegneria Elettronica e Informatica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano – Bicocca); **Renato Lauro** (Rettore dell'Università Tor Vergata – Roma); **Gian Luigi Lenzi** (Ordinario di Clinica Neurologica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università la Sapienza – Roma); **Francesco Antonio Manzoli** (Direttore Scientifico dell'Istituto Ortopedico Rizzoli – Bologna); **Attilio Maseri** (Presidente della Fondazione "Per il Tuo cuore - Heart Care Foundation Onlus" per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari – Firenze); **Maria Cristina Messa** (Ordinario del Dipartimento di Scienze Chirurgiche presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano – Bicocca); **Sergio Ortolani** (Coordinatore dell'Unità di Malattie del Metabolismo Osseo e Reumatologia – Irccs Istituto Auxologico Italiano – Milano); **Roberto Passariello** (Direttore dell'Istituto di Radiologia – Università La Sapienza – Roma); **Antonio Rotondo** (Direttore del Dipartimento di Diagnostica per Immagini – 2ª Università di Napoli); **Armando Santoro** (Direttore del Dipartimento di Oncologia Medica ed Ematologia – Irccs Istituto Clinico Humanitas – Rozzano, Mi); **Antonio Emilio Scala** (Presidente della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Vita/Salute San Raffaele – Milano); **Giovanni Simonetti** (Direttore del Dipartimento di Diagnostica per Immagini, Imaging Molecolare, Radioterapia e Radiologia Interventistica del Policlinico Universitario Tor Vergata – Roma); **Alberto Zangrillo** (Ordinario di Anestesiologia e Rianimazione dell'Università Vita/Salute San Raffaele e Direttore dell'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione Cardiocirurgica dell'Ospedale San Raffaele Irccs – Milano)

Comitato di Redazione

Massimo Ausanio, **Carla Capitani**, **Amelia Frattali**, **Francesca Furiozzi**, **Milena Maccarini**, **Carmela Paolillo**, **Alida Pitzulu**, **Claudia Spicola** (Direzione Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali del Ministero della Salute), **Antonietta Pensiero** (Direzione Generale Personale, Organizzazione e Bilancio del Ministero della Salute)

Quaderni del Ministero della Salute

© 2010 - Testata di proprietà del Ministero della Salute

A cura della Direzione Generale Comunicazione e Relazioni Istituzionali

Viale Ribotta 5 - 00144 Roma - www.salute.gov.it

Consulenza editoriale e grafica: Wolters Kluwer Health Italy S.r.l.

Stampa: Poligrafico dello Stato

Registrato dal Tribunale di Roma - Sezione per la Stampa e l'Informazione - al n. 82/2010 del Registro con Decreto del 16 marzo 2010

ISSN 2038-5293

Pubblicazione fuori commercio

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. Nessuna parte di questa pubblicazione potrà essere riprodotta o trasmessa in qualsiasi forma o per mezzo di apparecchiature elettroniche o meccaniche, compresi fotocopiatura, registrazione o sistemi di archiviazione di informazioni, senza il permesso scritto da parte dell'Editore

Le ragioni di una scelta e gli obiettivi

Perché nascono i Quaderni

Uniformare e fissare, nel tempo e nella memoria, i criteri di appropriatezza del nostro Sistema salute.

È l'ambizioso progetto-obiettivo dei *Quaderni del Ministero della Salute*, la nuova pubblicazione bimestrale edita dal dicastero e fortemente voluta dal Ministro Ferruccio Fazio per promuovere un processo di armonizzazione nella definizione degli indirizzi guida che nascono, si sviluppano e procedono nelle diverse articolazioni del Ministero.

I temi trattati, numero per numero, con taglio monografico, affronteranno i campi e le competenze più importanti, ove sia da ricercare e conseguire la definizione di *standard* comuni di lavoro.

La novità è nel metodo, inclusivo e olistico, che addensa e unifica i diversi contributi provenienti da organi distinti e consente quindi una verifica unica del criterio, adattabile volta per volta alla *communis res*. La forma dunque diventa sostanza, a beneficio di tutti e ciò che è sciolto ora coagula.

Ogni monografia della nuova collana è curata e stilata da un ristretto e identificato Gruppo di Lavoro, responsabile della qualità e dell'efficacia degli studi. Garante dell'elaborazione complessiva è, insieme al Ministro, il prestigio dei Comitati di Direzione e Scientifico.

Alla pubblicazione è affiancata anche una versione telematica integrale sfogliabile in rete ed edita sul portale internet del Ministero www.salute.gov.it; qui è possibile il costante approfondimento dei temi trattati grazie alla semplicità del sistema di ricerca e alla scaricabilità dei prodotti editoriali; tra questi spiccano le risultanze dei pubblici convegni mirati che, volta per volta, accompagnano l'uscita delle monografie nell'incontro con le articolazioni territoriali del nostro qualificato Sistema salute.

Non ultimo, il profilo assegnato alla Rivista, riconoscibile dall'assenza di paternità del singolo elaborato, che testimonia la volontà di privilegiare, sempre e comunque, la sintesi di sistema.

Paolo Casolari
Direttore Responsabile

Giovanni Simonetti
Direttore Scientifico

Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica
e strutturale nell'assistenza all'anziano

GRUPPO DI LAVORO

Roberto Bernabei, Pierugo Carbonin, Mauro Di Bari, Luigi Di Cioccio,
Massimo Fini, Fabrizia Lattanzio, Niccolò Marchionni, Giulio Masotti,
Fabrizio Oleari, Filippo Palumbo, Giuseppe Paolisso, Franco Rengo,
Giovanni Simonetti, Marco Trabucchi, Stefano Maria Zuccaro



Si ringraziano gli Esperti:

Angela Abbatecola, Barbara Barbato, Claudia Bauco, Bruno Bernardini,
Stefano Bonassi, Enrico Brizioli, Silvia Bustacchini, Francesco Cacciatore,
Massimo Calabrò, Alberto Cester, Antonio Cherubini, Andrea Corsonello,
Walter De Alfieri, Walter Gianni, Matteo Grezzana, Iacopo Iacomelli,
Giovanni Lamura, Francesco Landi, Rosa M Lipsi, Stefano Magnolfi,
Alberto Pilotto, Maddalena Rimediotti, Renzo Rozzini, Cristiana Vitale



Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano

Indice

Prefazione	pag. IX
Foreword	pag. XII
Sintesi dei contributi	pag. XV
1. Un nuovo paradigma bio-demografico in una società che invecchia	pag. 1
2. Invecchiamento "attivo" e prevenzione	pag. 19
3. L'approccio all'anziano fragile	pag. 39
4. Assistenza continuativa nella rete integrata dei servizi	pag. 59
5. La geriatria nell'ospedale per acuti	pag. 73
6. I nodi della rete: post-acuzie e riabilitazione	pag. 85
7. I nodi della rete: l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	pag. 95
8. I nodi della rete: le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)	pag. 105
9. I Centri Diurni	pag. 119
10. La discriminazione dell'anziano in campo sanitario: il rischio dell'ageismo	pag. 125
11. Anziani e farmaci	pag. 133



Prefazione

L'Italia è fra i Paesi con la più alta percentuale di anziani. Il rapporto annuale 2007 dell'ISTAT ha documentato che al gennaio 2007 vi erano, in totale, 59,1 milioni di persone, di cui 11,8 milioni le persone di età superiore a 65 anni, pari al 19,9% della popolazione totale. Tra il 1980 e il 2005 la percentuale di ultrasessantacinquenni è aumentata del 50%, mentre quella di ultraottantenni di oltre il 150%. All'inizio degli anni Ottanta la vita media era di circa 71 anni per gli uomini e di 77 anni per le donne. Attualmente, la vita media ha raggiunto i 77 anni per gli uomini e gli 83 anni per le donne.

Il rapporto dell'ISTAT mostra che, tra la popolazione degli ultrasessantacinquenni, il 40% è affetto da almeno una malattia cronica, il 18% ha limitazioni funzionali nelle attività della vita quotidiana (disabilità), il 68% delle persone con disabilità presenta almeno 3 malattie croniche, l'8% è confinato in casa.

Gli ultrasessantacinquenni risultano, quindi, essere i maggiori utilizzatori delle risorse sanitarie; condizione che ha indotto il Servizio Sanitario a un'attenta riflessione circa la necessità di ripensare culturalmente e riconsiderare strutturalmente le prestazioni sanitarie erogabili.

Tale cambiamento demografico, unito all'incremento delle aspettative di vita, ha comportato, da una parte, il tramonto di quella visione ospedalocentrica dei servizi sanitari che ha caratterizzato il XX secolo e, dall'altra, ha visto emergere nuove problematiche sanitarie, sociali ed economiche che hanno indotto a ripensare le strategie sanitarie, soprattutto in merito alla gestione della cronicità e alla prevenzione della disabilità. Il cambiamento ha comportato, inoltre, il passaggio da un approccio esclusivamente d'organo a una visione olistica: il passaggio dalla cura della malattia al prendersi carico della persona nella sua interezza.

La persona anziana non è da considerare solo una persona da assistere, ma una persona con proprie esigenze, le cui peculiarità derivano dall'interazione dell'organismo con l'ambiente e con le esperienze vissute nel corso degli anni. Lo stato funzionale dell'individuo non coincide con le sue patologie, ma è il frutto dell'interazione tra queste, con altri fattori quali condizioni economiche, sociali (isolamento e povertà), ambientali, neuropsicologiche e oggettive.

Questo Quaderno manifesta l'impegno del Sistema Sanitario a favorire l'integrazione tra prevenzione e cura, da una parte, e bisogni sociosanitari di questa fascia della popolazione, dall'altra, con la consapevolezza che, per risultare ef-



ficace, un intervento sanitario necessita di un'adeguata continuità di risposta sul territorio.

All'avanzare dell'età si collega il concetto di fragilità, che, a sua volta, richiama le condizioni di disabilità, comorbilità e polipatologia.

La fragilità è intesa come maggiore vulnerabilità dell'individuo allo stress, comporta una limitazione delle attività quotidiane dovuta alla presenza di pluripatologie e un deterioramento della salute e dello stato funzionale, che predispone a esiti negativi con alcuni indicatori specifici illustrati all'interno del Quaderno.

Il Sistema Sociosanitario viene pertanto chiamato a rispondere in maniera adeguata a questi mutamenti nell'assetto demografico della popolazione, considerando che l'invecchiamento non è una malattia, non è prevedibile, né curabile, pertanto vi può essere un invecchiamento normale, così come un invecchiamento patologico (associato appunto alla presenza di più problematiche).

Con il paziente anziano si rende necessario il superamento del tradizionale approccio medico, concentrandosi su una valutazione multidimensionale centrata sulla persona, che consideri la totalità e la complessità del paziente geriatrico, valutandone lo stato cognitivo, la funzione fisica, il tono dell'umore e le condizioni socioeconomiche.

L'impegno che vede coinvolto il Sistema Sanitario riguarda, oltre la cura, anche gli interventi di prevenzione primaria nei confronti delle malattie cronico-degenerative che possono ritardare gli effetti negativi dell'invecchiamento e il decadimento funzionale, favorendo ciò che viene descritto come invecchiamento attivo.

L'elaborazione di specifici percorsi assistenziali e terapeutici adeguati, controllati e validati consente di individuare l'anziano fragile, per migliorare la qualità della vita, ridurre la disabilità fisica, cognitiva e comportamentale e, al tempo stesso, diminuire i ricoveri impropri, con una conseguente riduzione della spesa sociosanitaria.

L'obiettivo primario della medicina geriatrica è ridurre al minimo gli esiti negativi delle malattie croniche ottimizzando il funzionamento delle capacità residue, per far raggiungere alla persona la migliore qualità di vita possibile.

Il nuovo approccio nei confronti della cura dell'anziano e la flessibilità degli strumenti di valutazione consentono di affrontare il concetto di continuità delle cure per questa popolazione, che prevede la possibilità di seguire il paziente anche in luoghi di cura diversi.

La politica sanitaria si muove, pertanto, nella direzione di un'assistenza continuativa che, basandosi su un'adeguata integrazione funzionale tra le componenti sanitarie ospedaliere e territoriali e tra i servizi sociali, assicuri la continuità dei servizi per gli anziani.

Compatibilmente con le condizioni sanitarie, sociali e abitative della persona anziana, l'impegno del SSN è volto all'incremento delle cure domiciliari per mantenere l'anziano al proprio domicilio, privilegiando, ove possibile, le cure domiciliari all'istituzionalizzazione.

La presa in carico globale necessita di un'adeguata costruzione di una rete di servizi sul territorio per il paziente anziano, prevedendo anche il coinvolgimento di nuove figure professionali adeguatamente formate e specializzate. Pertanto, i servizi devono essere organizzati in rete con il coinvolgimento dei soggetti istituzionali e sociali impegnati nella promozione e nella tutela della salute degli anziani, realizzando una continuità fra ospedale, strutture residenziali e territorio e la predisposizione di percorsi assistenziali e riabilitativi personalizzati appropriati, in grado di fornire quelle risposte flessibili e differenziate delle quali le persone anziane hanno bisogno.

Prof. Ferruccio Fazio
Ministro della Salute



Foreword

Italy is a Country with a high number of elderly people. According to the 2007 ISTAT (National Institute for Statistics) report, of a total population of 59.1 million (January 2007); 11.8 million people were over 65 years (19.9% of the total population). Between 1980 and 2005, we saw a 50% increase in people aged over 65 years, and a 150% increase of the population above 80 years of age. The life expectancy was 71 years in men and 77 years in women in the early 1980s. This is now 77 years in men and 83 years in women.

The ISTAT report showed that 40% of people over 65 years of age suffer from at least one chronic disease, 18% are limited in their activities of daily living, 68% of whom suffer from at least three chronic conditions, and 8% are confined at home.

Since people over 65 years of age utilise a large part of health resources, the Italian National Health System (NHS) is reassessing the health services it can provide to the elderly, both from a cultural and structural point of view.

This demographic change, together with the increased life expectancy, has led to a shift from the hospital-centric vision of the health services to new health-related socio-economic issues: these issues have in turn resulted in a reassessment of the NHS strategies, mainly with regard to the management of chronic health conditions and disability prevention. Further, the demographic change has caused a shift from a focus on specific organs to a holistic vision, which means a shift from curing the given disease to a more complete and comprehensive patient care.

The elderly must be viewed as people with specific needs, which originate from the interaction of the body with the environment, and with past life experience. The functional status of each elderly individual does not derive solely from age-associated health issues, but also from the interaction of pathologies with other factors such as economic, social (isolation and poverty), environmental, neuropsychological and objective conditions.

This Quaderno shows how the Italian NHS aims to promote an improved integration between prevention and cure on the one hand, and social and health needs of this population on the other recognising that the efficacy of health interventions requires an adequate continuity and follow-up at local level. As age

increases, fragility becomes apparent, and it correlates with disability and comorbidity.

Fragility can be described as an increased vulnerability to stress, and can limit daily activities due to a number of different concomitant conditions, also including a gradual decrease in health status and functional ability. This in turn increases the risk of negative outcomes as described by some specific parameters outlined in the current Quaderno issue.

The Health and Social System should therefore provide adequate responses to the demographic changes in the population that we described, also taking into account that ageing is not a disease, is unpredictable and non-curable, and we can witness a normal ageing process as well as a pathological one (with one or more conditions).

When dealing with an elderly patient, the traditional medical approach is not sufficient and it is necessary to focus on a comprehensive geriatric assessment centered on a patient care with the individual at the centre. Such an approach thus considers the geriatric patient in his entirety and complexity, with particular attention to cognitive ability, body function, general mood, and social and economic conditions.

In addition to curing, the Italian NHS is at the forefront of primary prevention of chronic-degenerative diseases, aiming to postpone any negative effects of ageing and of functional decay. Through prevention, the Italian Health Service intends to promote an “active ageing”.

Adequate, controlled and validated care and therapeutic paths allow us to identify frail elderly people in order to improve their quality of life, limit their physical, cognitive and behavioural disability and, at the same time, avoid unnecessary hospitalisation and consequently reduce social and health expenditure.

The primary objective of geriatric medicine is to minimise all negative outcomes of chronic diseases thus optimising the functionality of residual abilities with a view of improving as much as possible the quality of life of the individual.

This novel approach to the care of elderly patients and flexibility of available evaluation tools allows the Health Service to reach care continuity for this population, which makes it possible to follow the patients in different care settings.

The healthcare policy aims at a continuous assistance in the services offered to elderly people based on a functional integration between local health units, hospital structures, and social services.



Within the framework of the specific health, social and lodging conditions of each aged person, the Italian NHS aims at improving in-home care in order to keep the elderly within their home environment and favour this over care at Institutions.

In order to implement such a policy, it is necessary to create an appropriate network of services at a local level for elderly patients, managed by adequately trained and specialised professionals.

As a consequence, all services need to be organised within a network that involves all institutional and social stakeholders that are at the forefront of the promotion and safeguard of the health of the elderly, thus creating a connection between hospitals, long-term care facilities and local units. Thanks to this network, it should be possible to provide personalised care and rehabilitation programmes with appropriate, varied and flexible responses that meet the evolving needs of an aging population.

Prof. Ferruccio Fazio
Minister of Health

Sintesi dei contributi

1. Un nuovo paradigma bio-demografico in una società che invecchia

In Italia e nella maggior parte dei Paesi sviluppati, la durata media della vita all'inizio del Terzo Millennio ha raggiunto valori che fino ai primi anni del '900 erano inimmaginabili. Attualmente in Italia, la vita media ha infatti raggiunto i 77 anni per gli uomini e gli 83 anni per le donne.

I guadagni in termini di sopravvivenza sono ovviamente il frutto combinato delle migliori condizioni di vita della popolazione e dei continui progressi in medicina e nell'organizzazione sanitaria.

In questo primo Capitolo si analizza nel dettaglio l'evoluzione della speranza di vita, con riferimento al ruolo giocato dalle malattie cardiovascolari e dai tumori sulla mortalità totale. Si affrontano poi multimorbilità, fragilità e disabilità, la cui prevalenza aumenta appunto con l'aumentare dell'età. Il Capitolo si conclude con una sezione dedicata al fabbisogno assistenziale per le persone anziane, che, subendo un netto incremento, necessiterà pertanto di una serie di iniziative capaci di migliorare l'attuale efficienza dei servizi, in modo da favorire un'ottimizzazione delle risorse.

2. Invecchiamento "attivo" e prevenzione

L'aumento dell'aspettativa di vita ha consentito a una parte degli individui di raggiungere un'età avanzata in buone condizioni di salute, ma ha determinato anche una crescita del numero di anziani affetti da malattie croniche e disabilità. Nella prima

parte del Capitolo vengono trattate le diverse definizioni di invecchiamento: invecchiamento "attivo" (definizione dell'OMS per gli anziani che conservano fino alla fine dei loro giorni una capacità funzionale che consente loro una vita autonoma e priva di disabilità), invecchiamento "di successo", invecchiamento "normale", "patologico" ecc.

Si analizzano poi i fattori determinanti l'invecchiamento attivo, in particolare i fattori sociali che possono influenzare lo stato di salute, i fattori economici, ambientali e individuali, gli stili di vita, che riguardano l'attività fisica, la dieta, il fumo, l'abuso di bevande alcoliche e le vaccinazioni.

La parte conclusiva del Capitolo analizza i criteri generali di prevenzione per le persone di età avanzata.

3. L'approccio all'anziano fragile

Il 50% dei soggetti con età superiore ai 65 anni presenta morbidità croniche multiple, con conseguenti problemi di mobilità o difficoltà nello svolgimento delle attività della vita quotidiana in almeno il 40% dei casi; il 10% dei soggetti con età superiore ai 70 anni, inoltre, ha uno stato di salute instabile. Nella letteratura geriatrica ci si riferisce a questi soggetti con il termine di soggetti "fragili". Il Capitolo affronta nel dettaglio la fragilità, analizzandone i modelli interpretativi, gli strumenti di misura e gli interventi mirati alla prevenzione. Sempre nell'ambito della fragilità si dà ampio spazio alla medicina geriatrica, una medicina per molti aspetti diversa da quella "tradizionale", alla Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD) e all'intervento individualizzato globale.

4. Assistenza continuativa nella rete integrata dei servizi

Attualmente i principi sui quali si basa l'assistenza continuativa si possono dire pienamente recepiti

nel nostro Paese, almeno sul piano culturale; occorre tuttavia definire quale sia stato finora il livello di realizzazione di tali principi nelle singole realtà sociosanitarie locali e regionali.

Considerando poi la rilevanza del problema della non autosufficienza in Italia e la carenza di una strategia di assistenza continuativa, occorre disegnare un possibile percorso di assistenza nelle sue diverse fasi, dalla segnalazione del problema alla sua valutazione, alla presa in carico, fino alla valutazione delle attività e degli esiti. Per fare ciò si è individuato nel Distretto l'ambito di gestione del percorso assistenziale, nel quale si colloca una nuova realtà, il Punto Unico di Accesso (PUA), che è il luogo fisico in cui viene ricevuta la domanda iniziale, viene coordinata l'erogazione dei servizi e vengono ospitate le figure responsabili delle equipe assistenziali.

5. La geriatria nell'ospedale per acuti

L'invecchiamento della popolazione ha, tra le sue conseguenze, anche un aumento significativo dei ricoveri ospedalieri di pazienti anziani. Tuttavia, se il ricovero in ospedale è un evento sempre più frequente al crescere dell'età, l'ospedalizzazione rappresenta per molti anziani anche un fattore di rischio di declino funzionale e cognitivo, per la comparsa di altre sindromi geriatriche e, in ultima analisi, di istituzionalizzazione e morte.

Queste conseguenze possono però essere prevenute con un approccio di cura adeguato, che in ospedale si realizza nelle Unità Geriatriche per Acuti (UGA), analizzate nel dettaglio in questo Capitolo.

Si affrontano anche le criticità e le possibili soluzioni della Geriatria in Ospedale: l'esiguità numerica delle UGA, la geriatria nel PS/DEA, i collegamenti con il territorio, le incertezze legate alla nuova realtà dell'Ospedale per Intensità di Cure (OIC), i limiti del sistema DRG.

6. I nodi della rete: post-acuzie e riabilitazione

Garantire la continuità assistenziale e una corretta e rispettosa transizione tra ospedale e territorio è un'esigenza ormai imprescindibile e in alcuni Paesi riveste una caratteristica di vera e propria emergenza sanitaria e sociale. Non sempre, infatti, all'espandersi delle fasce di popolazione più anziane e fragili è corrisposto un pronto adeguamento della risposta assistenziale, in particolare per la gestione della post-acuzie all'atto della dimissione ospedaliera.

Le risposte sono state diversificate e variabili e in Italia la risposta ha avuto, nelle diverse realtà regionali, articolazioni ancora più complesse. In generale, è comunque riconducibile ai diversi setting assistenziali, in cui il reparto di Post-Acuzie, analizzato nel dettaglio in questo Capitolo, rappresenta un elemento cruciale.

7. I nodi della rete: l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è un servizio in progressivo sviluppo nella rete dei servizi, anche se il suo grado di diffusione risulta ancora diverso tra le realtà regionali. L'ADI è regolamentata, sotto il profilo gestionale e organizzativo, con modalità differenziate nelle singole Regioni e attualmente l'unico documento di riferimento è la relazione della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), in cui le cure domiciliari vengono descritte come l'insieme dei trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, prestati da personale qualificato direttamente al domicilio del paziente.

In questo Capitolo, in merito all'ADI si analizzano gli obiettivi, l'integrazione sociosanitaria, la strutturazione del servizio, il coordinatore del caso e la Valutazione Multidimensionale, la gestione clinica

dell'anziano e il ruolo del geriatra, le evidenze scientifiche e, infine, le criticità e le possibili soluzioni.

8. I nodi della rete: le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono Istituti di ricovero, una volta denominati Case di Riposo o Strutture protette, che accolgono persone anziane non autosufficienti, non più in grado di rimanere al proprio domicilio per la compromissione anche molto grave delle loro condizioni di salute e autonomia. Tuttavia, in questi anni lo sviluppo dell'autonomia regionale ha portato a una moltiplicazione dei modelli di assistenza residenziale, con la relativa molteplicità di definizioni e sistemi organizzati.

In questo Capitolo, in merito alle RSA si analizzano la condizione clinica degli ospiti, i criteri generali sull'organizzazione, le Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), gli standard assistenziali, il ruolo del medico e, infine, i Nuclei Alzheimer.

9. I Centri Diurni

Il Centro Diurno è una struttura assistenziale intermedia, semiresidenziale, a valenza sanitaria e sociale indicata per l'anziano che presenta disabilità grave e disagio sociale.

I Centri Diurni si suddividono in Centri Diurni per anziani con disabilità generica e in Centri Diurni Alzheimer. Dei primi si analizzano nel dettaglio gli standard e i requisiti strutturali e funzionali, le finalità e le strategie, l'accesso e la presa in carico, le prove di efficacia, mentre per i Centri Diurni Alzheimer si affrontano la definizione e la tipologia dei pazienti, i servizi offerti, gli standard e i requisiti strutturali e funzionali, le finalità e le strategie, l'accesso e la presa in carico, le prove di efficacia.

Conclude il Capitolo una sezione dedicata alle criticità e alle possibili soluzioni.

10. La discriminazione dell'anziano in campo sanitario: il rischio dell'ageismo

L'ageismo è un fenomeno definito come “un processo sistematico di stereotipia e discriminazione contro le persone, per la loro condizione di essere anziane, allo stesso modo dei termini discriminatori di razzismo e sessismo”. Tuttavia, qualsiasi forma di discriminazione basata sull'età in medicina è eticamente inaccettabile e deve essere bandita.

In questo Capitolo si affrontano le diverse tipologie di ageismo (discriminazione diretta e discriminazione indiretta), il ruolo dell'ageismo sia nello sviluppo della tecnologia in campo medico sia nell'utilizzo di questa da parte dell'anziano, la ridotta partecipazione degli anziani nella ricerca scientifica e l'abuso nei confronti dell'anziano.

In conclusione, il Servizio Sanitario Nazionale è chiamato a rigettare ogni forma di ageismo, considerato che la Costituzione Italiana e il Codice Deontologico sanciscono l'equità del diritto di accesso alle cure.

11. Anziani e farmaci

Il notevole incremento delle fasce d'età più avanzate nei Paesi industrializzati, insieme con i progressi della medicina, ha ampliato il numero di persone affette da patologie croniche multiple e trattate con regimi polifarmacologici complessi. Inoltre, i pazienti anziani con comorbidità multiple sono spesso esclusi dagli studi clinici randomizzati (RCT) e le informazioni sulla sicurezza dei farmaci nella popolazione anziana sono molto scarse.

In questo capitolo si affrontano lo stato dell'arte nella ricerca farmacologica in ambito geriatrico, le reazioni avverse, le interazioni farmacologiche, l'aderenza ai regimi polifarmacoterapici, i farmaci potenzialmente inappropriati, il sovra- e il sottotrattamento e, infine, la prescrizione “off-label”.



1. Un nuovo paradigma bio-demografico in una società che invecchia

1.1. La transizione demografica ed epidemiologica

Come è ben noto, in Italia, così come nella maggior parte dei Paesi sviluppati, la durata media della vita all'inizio del Terzo Millennio ha raggiunto valori che fino ai primi anni del '900 erano inimmaginabili. Basti pensare che all'inizio del XX secolo un neonato in Italia poteva attendersi di vivere in media poco più di 41 anni, uomo o donna che fosse. Poco dopo più di un secolo, nel 2007, un neonato può attendersi di vivere mediamente 78,7 anni e una neonata ben 84, ponendo così la popolazione italiana tra le più longeve, non solo in Europa, ma anche nel mondo. La differenza di anni di vita guadagnati dagli uomini e dalle donne (pari rispettivamente a 37,1 e 42,2 anni) nell'arco temporale considerato mette in luce una diversa evoluzione della sopravvivenza, sperimentata con intensità, modalità e tempi differenti dai due sessi.

I guadagni in termini di sopravvivenza sono ovviamente il frutto combinato delle migliori condizioni di vita della popolazione, dei continui progressi in medicina e nell'organizzazione sanitaria, che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età. È ormai noto che i miglioramenti delle condizioni di sopravvivenza

raggiunti dall'Italia, come dalla maggior parte dei Paesi sviluppati fino agli anni Sessanta, sono attribuibili principalmente al crollo della mortalità infantile e anche alla diminuzione della mortalità in età giovanile. A partire dagli anni Ottanta, invece, il declino della mortalità sta interessando le età adulte e soprattutto e in misura sempre più rilevante le età anziane (*Figura 1.1*), così che un numero sempre più elevato di persone raggiunge e supera la soglia dei 90 anni: nel 2009 erano il 7 per mille abitanti e ci si aspetta che diventino il 21 per mille nel 2030, con un fattore moltiplicativo pari a 3. Tuttavia, già nel 2006 (ultimo dato disponibile) il numero di morti di sesso femminile e di età superiore a 90 anni è stato in Italia pari a circa 76.000 (di cui 73.000 vedove o nubili), corrispondente a circa il 27% del totale delle morti femminili.

L'analisi delle variazioni della speranza di vita alla nascita e nell'età anziana degli ultimi cinquant'anni, dal 1960 a oggi, mette in evidenza quanto appena affermato e cioè come siano soprattutto queste ultime età a essere interessate dai maggiori guadagni di sopravvivenza, in particolar modo con riferimento alle donne. Il ritmo di crescita della speranza di vita a 65 anni accelera notevolmente rispetto a quello alla nascita (*Figura 1.2*). A partire dagli anni Ottanta, inoltre, si osserva

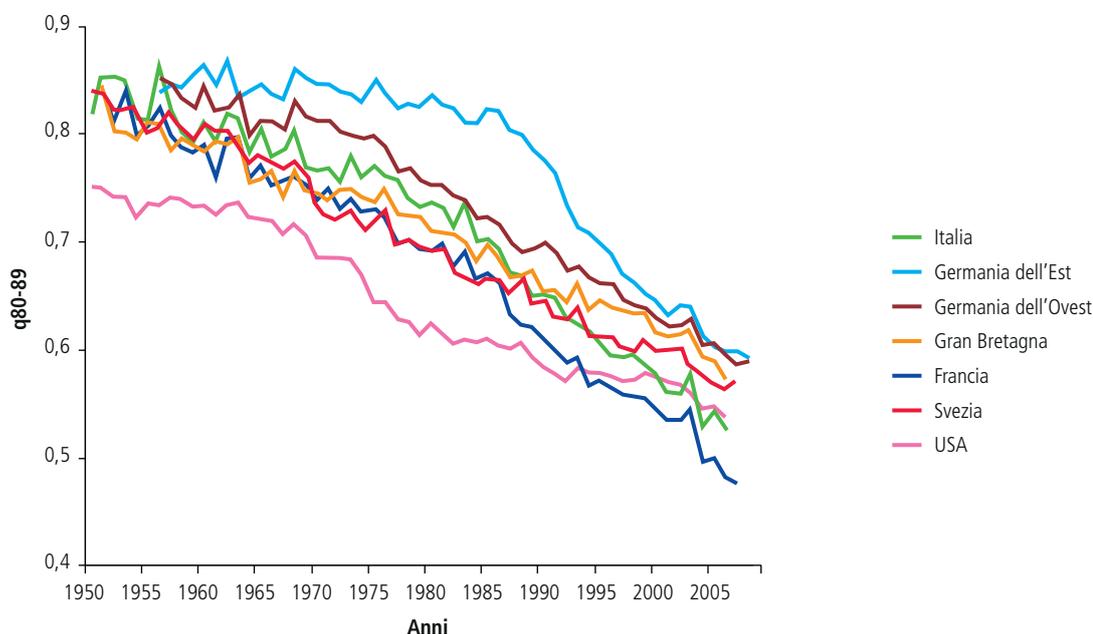


Figura 1.1 Probabilità di morti femminili a 80-89 anni (q80-89) in alcuni Paesi sviluppati dal 1950 al 2005. Analogo fenomeno è presente anche negli uomini. Emblematico per l'importanza dei fattori socioeconomici è il comportamento osservato nella Germania dell'Est, dove il fenomeno del calo della mortalità è risultato evidente e simile a quello nella Germania dell'Ovest solo dopo la riunificazione (modificata graficamente da Christensen et al., 2009).

un'impennata anche più intensa della curva relativa alla vita media a 80 anni, con una pendenza più accentuata per il sesso femminile rispetto a quello maschile per entrambe le età (vedi *Figura 2*). Esaminando in dettaglio l'evoluzione della speranza di vita femminile, dal 1960 al 2007 si osserva un aumento del 43% per le sessantacinquenni e di circa il 61% per le ottantenni, con un guadagno pari a 6,5 e a 3,7 anni, rispettivamente. Pertanto, nel 2007 una sessantacinquenne poteva sperare di vivere mediamente ancora 21,6 anni, mentre un'ottantenne ancora 10 anni circa (*Tabella 1.1*).

Per gli uomini gli incrementi degli indicatori in esame sono stati meno evidenti, attestandosi al 7% per la speranza di vita a 65 anni e al 15% per quella a 80 anni, avendo guadagnato rispettivamente 4,7 e 2,5 anni. Questo fa sì che i primi po-

tessero contare, nel 2007, su un'attesa media di vita di quasi 18 anni, mentre i secondi su circa 8 anni. In sintesi, lungo tutti i 47 anni di calendario, fra il 1960 e il 2007, la durata media della vita alla nascita è cresciuta un po' più di 3 mesi l'anno (vedi *Tabella 1.1*).

Questa eccezionale sopravvivenza è andata al di là di qualsiasi previsione o proiezione. Infatti, in due lavori su *Science* nel 1998 e nel 2003, Vaupel ipotizzava che l'età di 85 anni fosse il massimo di durata di vita media raggiungibile per la specie umana. In realtà questo limite era già stato superato dalle donne giapponesi nel 1996. Attualmente le Nazioni Unite, basandosi sulle opinioni di un panel di esperti per le loro proiezioni al 2045-2050, stimano che la durata media della vita alla nascita per i Paesi economicamente più avanzati arrivi a 79,9 anni (per l'Italia 82,5) per gli uomini

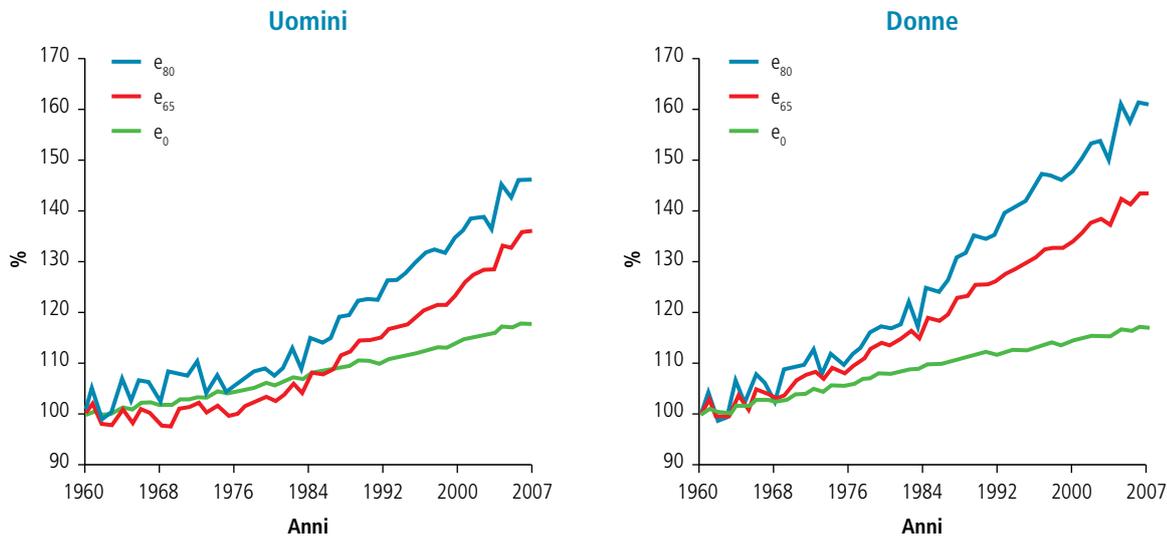


Figura 1.2 Numeri indici (1960 = 100) della speranza di vita alla nascita (e_0), a 65 anni (e_{65}) e a 80 anni (e_{80}) per sesso dal 1960 al 2007. Fonte: Human Mortality Database e Istat (HMD, 2010; Istat, 2010 c).

Tabella 1.1 Speranze di vita (in anni), anni di vita guadagnati e incrementi relativi (%) alle età indicate, in Italia (anni 1960 e 2007)

	Speranza di vita alle diverse età					
	Uomini			Donne		
	e_0	e_{65}	e_{80}	e_0	e_{65}	e_{80}
1960	66,7	13,1	5,4	71,7	15,1	6,1
2007	78,7	17,9	7,9	84,0	21,6	9,8
Differenza	12,0	4,7	2,5	12,3	6,5	3,7
Incrementi relativi (%)	18,0	36,2	45,8	17,2	43,4	60,7

e_0 , nascita; e_{65} , 65 anni; e_{80} , 80 anni.

Fonte: Human Mortality Database e Istat (HMD, 2010; Istat, 2010 c).

e a 85,6 anni (per l'Italia 88,4) per le donne. Per formulare ipotesi esplicative della mortalità differenziale per sesso e per età è essenziale, com'è ovvio, fare riferimento alle differenti cause di morte. La differenza di speranza di vita alla nascita tra uomini e donne è da attribuire soprattutto al diverso ruolo giocato dalle malattie cardiovascolari e dai tumori sulla mortalità totale: sono queste, principalmente, le cause responsabili del divario tra i sessi. Se si considera la diversa incidenza delle principali cause di morte sulla mortalità totale –

nelle diverse fasce di età e separatamente per uomini e donne – si osserva (Figura 1.3) che nella mortalità:

- il peso delle malattie cardiovascolari dal 1971 al 2000 è mediamente diminuito in tutte le età e in misura maggiore per le donne (restano comunque la principale causa di decesso per entrambi i sessi dopo i 65 anni);
- il peso dei tumori presenta una diminuzione più contenuta e addirittura un aumento per alcune età (gli uomini beneficiano di una mag-

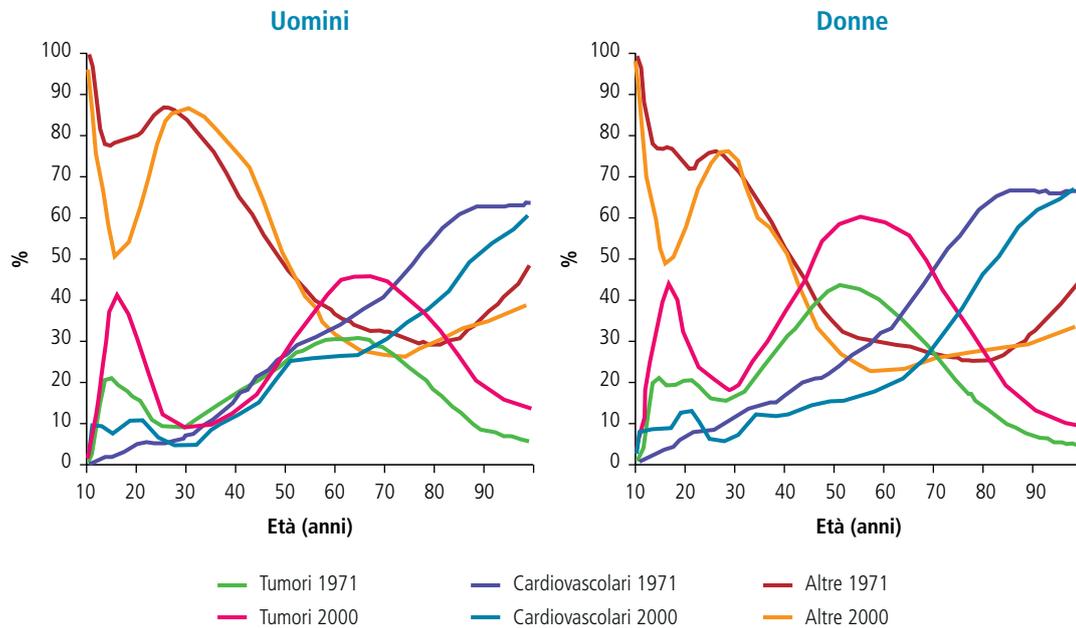


Figura 1.3 Rapporti (%) tra le probabilità di morte per i tumori, le malattie cardiovascolari, le altre cause e la probabilità totale (anni 1971 e 2000) [modificata graficamente da De Simoni et al., 2005].

giore diminuzione della mortalità rispetto all'altro sesso, almeno fino ai 60 anni di età);

- il peso delle cause accidentali (in particolare gli incidenti stradali) è particolarmente elevato per le età giovanili.

Che si muoia sempre meno dopo gli 80 anni è prima di tutto spiegato dalla progressiva diminuzione della mortalità cardiovascolare osservata nelle persone anziane in tutti i Paesi sviluppati, compresa l'Italia.

Questo vale per il calo della mortalità, nonostante in tutti i Paesi sviluppati si registri un aumento di alcune malattie croniche e comorbidità (diabete, ipercolesteremia, ipertensione, e così via) nelle persone anziane.

La diminuzione della mortalità che si è registrata negli ultimi decenni e che ha interessato particolarmente le età giovani e adulte ha prodotto un aumento degli anziani senza precedenti. Questi,

oltre a essere sempre più numerosi, vivono anche più a lungo, grazie al più recente declino della mortalità in queste età.

Il processo relativo alla mortalità e il forte declino della fecondità, che negli ultimi decenni ha ridotto drasticamente la popolazione nelle età giovanili, hanno quindi profondamente modificato, e modificheranno in futuro, la struttura per età della nostra popolazione (Figura 1.4). È interessante osservare il cambio di forma delle piramidi della popolazione italiana dall'inizio del XX secolo ai nostri giorni. Si è passati da una forma piramidale classica osservata nel 1901, caratterizzata da una base ampia dovuta all'elevata natalità e da un vertice molto assottigliato dovuto a un'altrettanto elevata mortalità, a quella attuale, che presenta, invece, un notevole restringimento alla base, derivante dalla diminuzione delle nascite e delle protuberanze nelle classi di età adulte e anziane. Tale

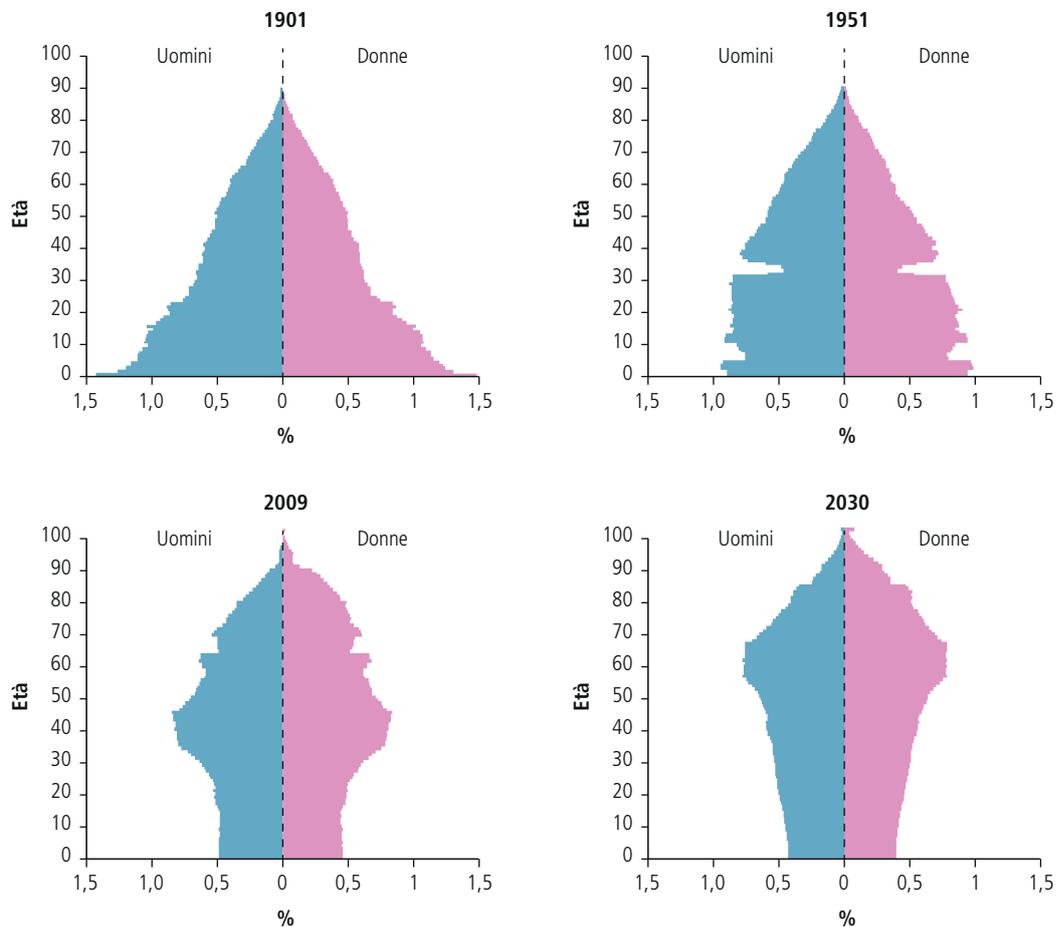


Figura 1.4 Distribuzione per età e per sesso della popolazione italiana al 1901, al 1951, al 2009 e al 2030 (valori in percentuale). Fonte: Human Mortality Database e Istat (HMD, 2010; Istat, 2008 e 2010 b).

fenomeno non sembra arrestarsi: infatti, secondo le recenti previsioni pubblicate dall'Istat nel 2009, la futura struttura della popolazione nel 2030 sarà quella caratterizzata da una base ancora più stretta (vedi *Figura 1.4*) a fronte di un vertice molto allargato.

La percentuale di coloro che superano i 65 anni rispetto al totale della popolazione è passata dal 6,2% agli inizi del secolo scorso al 20% del 2009 e si stima arrivi al 26,5% nel 2030 (*Tabella 1.2*). Anche la percentuale di ultraottantenni è aumentata notevolmente, passando da poco meno dell'1% nel 1901 al 5,6% nel 2009 e si stima rag-

giunga quasi il 9% nel 2030. L'invecchiamento della popolazione è avvenuto a un ritmo via via crescente. Basti pensare che l'indice di vecchiaia, ossia il rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e quella con meno di 15 anni, è balzato da 18 anziani per ogni 100 giovanissimi nel 1901 a 143 nel 2009, per arrivare a un valore stimato di 205 nel 2030: un aumento del 1038%. All'epoca in cui Bismark in Germania introdusse la previdenza per i pensionati, intorno al 1901, in Italia vi erano 10 ultrasessantacinquenni per ogni 100 persone in età lavorativa; attualmente ve ne sono 31 e si presume che possano arrivare a 44 (mentre

Tabella 1.2 Indicatori della struttura per età in Italia dal 1901 al 2030 (valori in percentuale)

Anni	(P_{65+}/P_T)	(P_{80+}/P_T)	Indice di vecchiaia (P_{65+}/P_{0-14})	Indice di dipendenza della popolazione anziana (P_{65+}/P_{15-64})	Indice di ricambio della popolazione attiva (P_{15-19}/P_{60-64})
1901	6,2	0,7	18,3	10,4	262,7
1921	6,8	0,7	21,6	11,0	267,6
1951	8,2	1,1	30,8	12,5	219,8
1961	9,6	1,4	38,2	14,6	165,3
1991	15,1	3,4	93,2	22,0	133,7
2001	18,5	4,2	129,2	27,4	87,9
2009	20,1	5,6	143,4	30,6	83,5
2030*	26,5	8,8	205,3	43,6	60,8

* Proiezione (ipotesi centrale).

Fonte: Human Mortality Database e Istat (HMD, 2010; ISTAT, 2008 e 2010 b).

tutti gli ultrasessantacinquenni godono di una pensione, a lavorare nelle età 15-64 anni è circa il 70%). Per ogni 100 persone di età 60-64 anni (che uscivano perciò dal mercato del lavoro) nel 1901, ve ne erano 263 di età 15-19 (che vi entravano); nel 2009 per ogni 100 ve ne sono 84 e nel 2030 potrebbero essere solo 61. Le proiezioni dell'Istat includono già circa 150.000 immigrati netti l'anno.

Si pongono anche, in conseguenza di tale invecchiamento, nuove e pressanti esigenze di conoscenza dei fabbisogni assistenziali ed economici.

1.2. Morbosità, fragilità e disabilità nell'età avanzata

Gran parte delle patologie più frequenti nell'intera popolazione ha una prevalenza e un'incidenza crescente in rapporto all'età. Le *Figure 1.5* e *1.6* riportano i dati riferibili agli eventi acuti cardiovascolari e alla malattia di Alzheimer, ma trend simili sono evidenziabili anche, per esempio, per la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), il diabete e i tumori.

I dati della *Figura 1.5* riflettono i risultati dell'OxVACS Study (*Oxford Vascular Study*). Si tratta

di uno studio longitudinale condotto su oltre 90.000 casi seguiti per 4 anni. Si evince come il numero degli eventi e la loro incidenza aumentino progressivamente con l'aumentare dell'età. Gli eventi non fatali ammontano al 78% e di questi il 47% è stato osservato nei casi in cui l'età era ≥ 75 anni.

Nella *Figura 1.6* sono stati considerati solo i dati relativi ai Paesi dell'Europa dell'Ovest. Le principali peculiarità legate alla multimorbosità sono: il peggioramento dell'indice prognostico, l'atipia di presentazione e la polifattorialità dei quadri clinici.

La *Figura 1.7* mostra come la multimorbosità o presenza di più patologie nello stesso soggetto aumenti nettamente con l'aumentare dell'età.

L'età avanzata è caratterizzata dalla comparsa della fragilità, la cui prevalenza aumenta con l'età, in particolare dopo i 75 anni (*Figura 1.8*). La presenza di fragilità manifesta, messa in evidenza nel modello di Fried et al. (2001), è correlata con l'aumento della disabilità, della multimorbosità e della mortalità.

La maggiore sopravvivenza degli italiani e l'elevata prevalenza della multimorbosità e della fragilità nell'anziano determinano inevitabilmente un in-

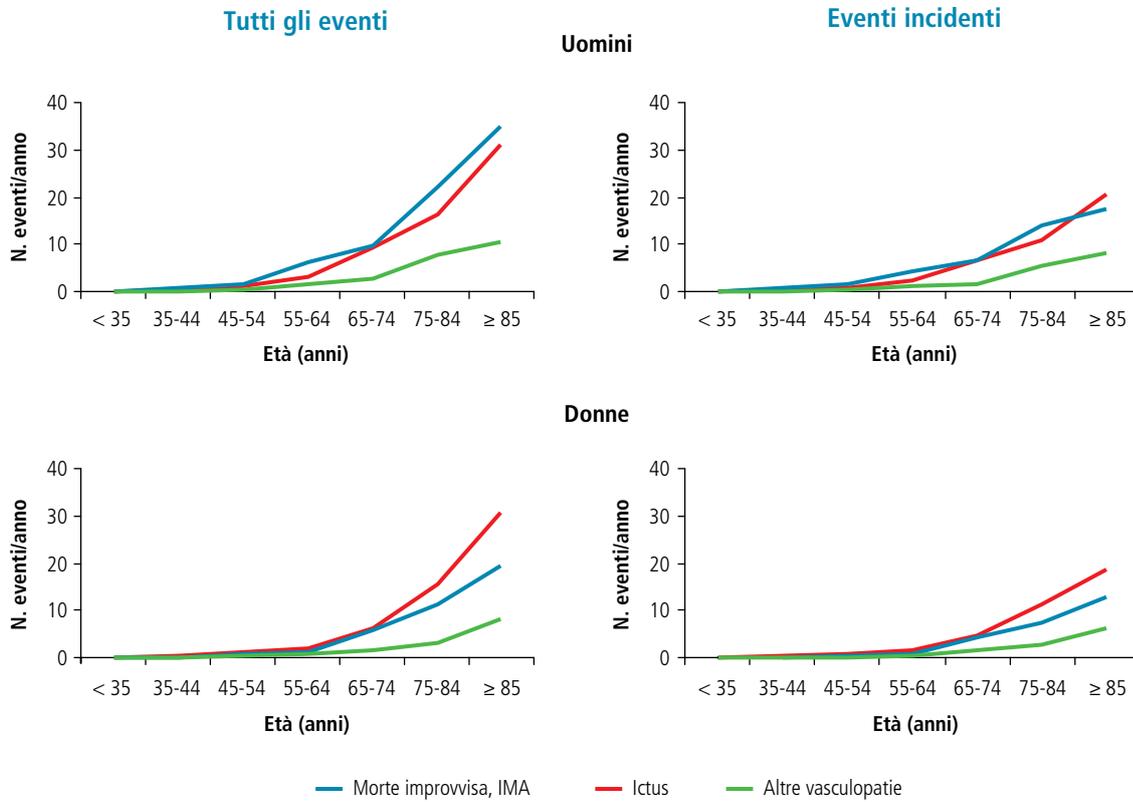


Figura 1.5 Morbosità per nuovi eventi cardiovascolari per età e tipologia di eventi (valori per 1000). IMA, infarto miocardico acuto (elaborata graficamente da Rothwell et al., 2005).

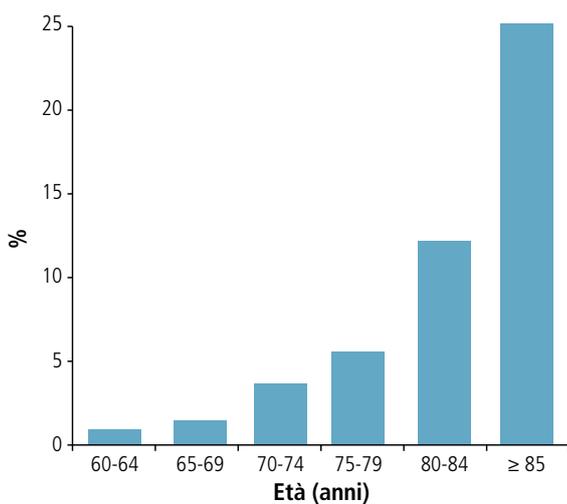


Figura 1.6 Prevalenza stimata della malattia di Alzheimer (modificata graficamente da Ferri et al., 2005).

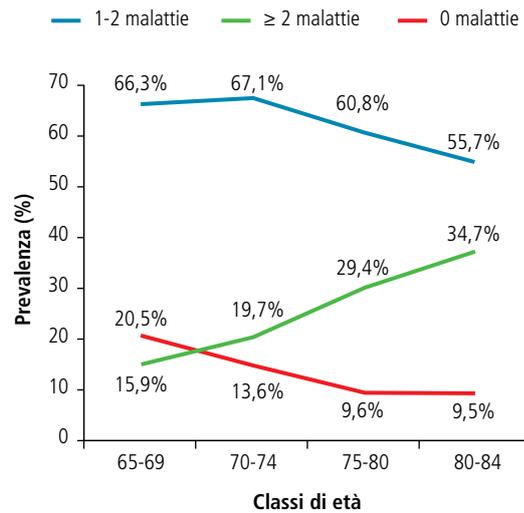


Figura 1.7 Dati sulla multimorbidità nella popolazione italiana rilevati a domicilio secondo l'Istat. Fonte: Istat, 2010.

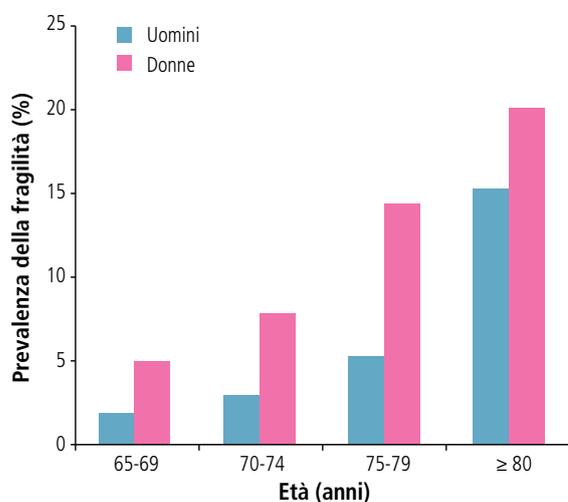


Figura 1.8 Prevalenza della fragilità in un campione di popolazione americana partecipante al *Cardiovascular Health Study* (4491 caucasici) [modificata graficamente da Hirsch et al., 2006].

cremento della disabilità con l'età. Secondo le ultime stime Istat, rese note nel maggio 2010, in Italia nel 2004-2005 le persone con disabilità di età superiore a 6 anni che vivono in famiglia sono circa 2.600.000 (4,8% della popolazione di 6 anni

e più che vive in famiglia), oltre 2 milioni hanno più di 65 anni e di questi più della metà (circa 1.200.000) ha più di 80 anni (*Figura 1.9*). Se a queste si aggiungono anche le persone residenti nei presidi sociosanitari si arriva a un totale di 2.800.000 disabili. Sono soprattutto le donne a essere svantaggiate, svantaggio che aumenta con l'età (*Tabella 1.3* e vedi *Figura 1.9*): quasi la metà (49%) delle donne di 80 anni e oltre presenta disabilità, mentre l'analoga percentuale per gli uomini è pari al 36% (vedi *Figura 1.9*).

Se si considera la curva dei sopravvissuti, si osserva che un numero crescente di persone raggiunge età sempre più avanzate e che il livello di disabilità più grave coincide con l'ultimo periodo di vita, specie per le donne (*Figura 1.10*).

Numerose indagini negli Stati Uniti e in Europa dimostrano una tendenza alla riduzione del tasso di disabilità negli ultimi anni, così come sembrerebbe esservi una tendenza della disabilità a spostarsi in avanti nelle età. Tuttavia, altri studi forniscono dati esattamente opposti o comunque contrastanti tra loro e pertanto la tendenza della

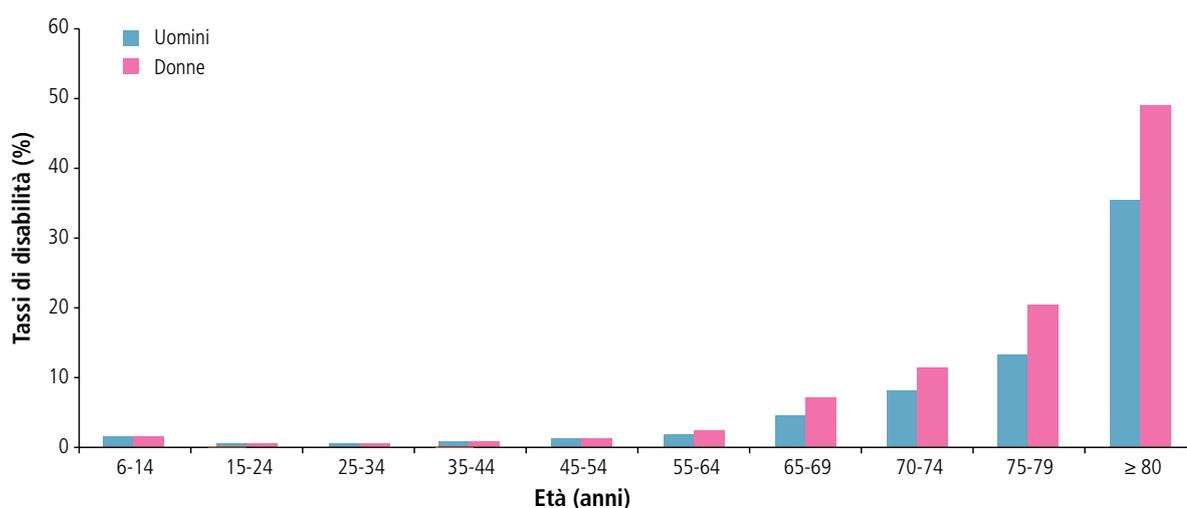
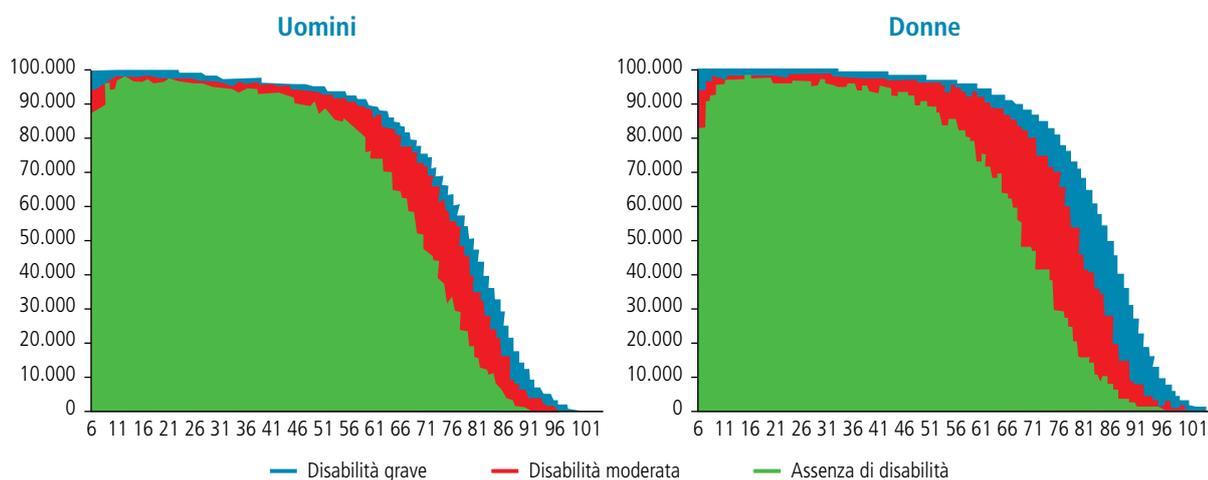


Figura 1.9 Tassi di disabilità per cento persone di 6 anni e più che vivono in famiglia per classe di età e sesso (anni 2004-2005). Fonte: Istat, 2005.

Tabella 1.3 Prevalenza della disabilità, lieve e grave, a 65-74 anni e ≥ 75 per uomini e donne (anni 1994, 1999-2000 e 2004-2005) [valori in percentuale]*

Età Anno	Confinamento	Movimento		ADL (Funzioni)		Comunicazione	
		Lieve	Grave	Lieve	Grave	Lieve	Grave
Uomini							
<i>65-74</i>							
1994	3,3	28,1	4,1	0,5	5,6	13,2	2,0
1999-2000	2,4	23,8	4,0	9,2	3,9	2,9	1,9
2004-2005	2,2	22,9	2,7	7,2	3,7	10,7	1,2
<i>75+</i>							
1994	14,2	45,0	16,3	24,4	22,7	30,0	8,2
1999-2000	13,0	38,7	12,4	19,8	18,4	27,4	7,8
2004-2005	11,9	42,5	12,8	20,7	18,6	25,5	6,7
Donne							
<i>65-74</i>							
1994	4,2	38,4	6,4	18,2	5,5	13,4	2,0
1999-2000	4,1	32,7	5,5	15,0	5,0	12,4	1,5
2004-2005	3,5	33,2	4,8	14,1	4,3	10,0	1,6
<i>75+</i>							
1994	17,3	52,6	21,3	28,6	28,6	34,3	7,2
1999-2000	19,2	40,9	18,6	24,6	26,8	27,7	8,6
2004-2005	18,9	46,8	18,5	25,4	26,4	26,6	7,8

* Tassi standardizzati con la popolazione italiana del censimento 2001.
Elaborata graficamente da Salvini et al., 2009.

**Figura 1.10** Funzione di sopravvivenza per livello di disabilità (libera, lieve e grave). Italia 2006 (modificata graficamente da Egidi et al., 2010).

disabilità a ridursi nei prossimi anni non è affatto certa; sono necessarie ulteriori conferme, anche perché non si riesce ancora a capire quanto il cre-

scenze numero di obesi possa modificare l'attuale prevalenza della disabilità nell'intera popolazione e negli anziani.

1.3. Il fabbisogno assistenziale nel prossimo futuro

Qualsiasi tipo di previsione del fabbisogno assistenziale e della corrispondente spesa necessiterebbe di una conoscenza precisa degli attuali trend di invecchiamento, di malattie e di disabilità, oltre che di dati attendibili sull'attuale spesa complessiva dell'assistenza agli anziani in Italia.

Tuttavia, alla luce delle considerazioni precedenti, si può ipotizzare in futuro un incremento di tale spesa considerando un aumento della disabilità e delle principali malattie legate alla forte crescita di persone di età molto avanzata. In relazione all'aumento della popolazione la previsione dell'Istat sul numero delle persone disabili per i prossimi 20 anni è di un aumento del 65-75% a seconda dello scenario considerato sui tassi di disabilità (*Figura 1.11*). Naturalmente la disabilità varia in funzione dell'evento morboso su cui è molto più difficile fare delle proiezioni. Nella *Figura 1.12* si può osservare una previsione dell'aumento del numero di eventi acuti cardiovascolari che si potrebbe verificare

negli ultraottantenni fino al 2051, aumento che, rispetto al 2005, si stima essere del 280%.

Per fare un altro esempio, secondo la previsione fatta dai maggiori esperti del settore, il numero dei casi di malattia di Alzheimer in Europa dal 2001 al 2041 aumenterà di oltre il 100% (*Figura 1.13*). Invecchiamento della popolazione, mutamento del quadro nosologico, modificazioni nell'incidenza e nella prevalenza della disabilità e variazione dei costi delle prestazioni sono i fattori principali tenuti in conto dalla Ragioneria Generale dello Stato per valutare la spesa di medio-lungo periodo per il sistema pensionistico e quello sociosanitario (*Tabella 1.4*). I dati mostrano come nel periodo 2005-2060 la spesa pensionistica, per effetto delle riforme in atto, dovrebbe diminuire, sia pure di poco, dopo essere cresciuta fino al 2040. La spesa sanitaria invece, in percentuale sul Prodotto Interno Lordo (PIL) e al netto della componente di assistenza continuativa o LTC (*Long-Term Care*), dovrebbe aumentare dal 5,9% al 7,4%, cioè con un incremento del 25%; la sola spesa per LTC dovrebbe aumentare dall'1,6% al 3,1% del PIL, con

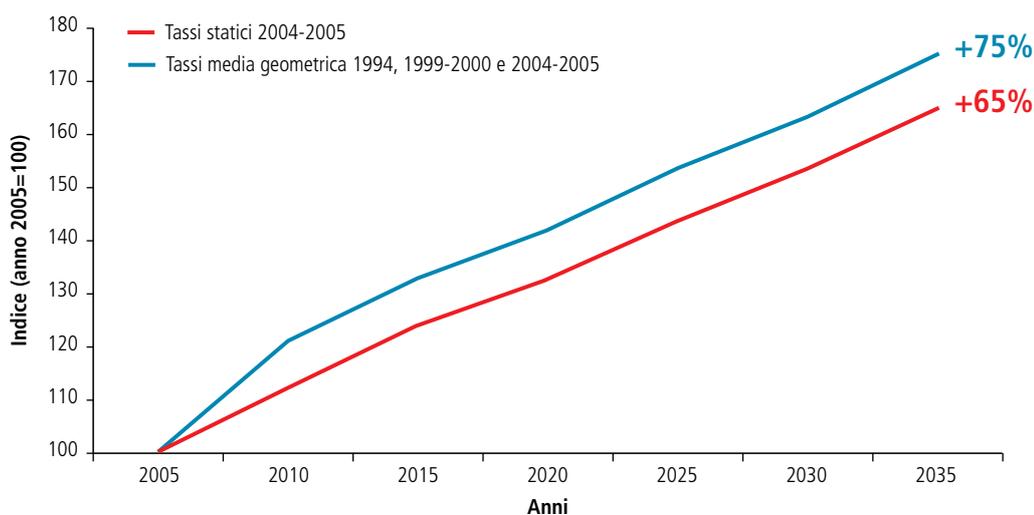


Figura 1.11 Proiezione del numero di persone con disabilità secondo due ipotesi (tassi statici 2004-2005 e media geometrica anni 1994, 1999-2000 e 2004-2005). Numeri indici (2005 = 100). Fonte: Istat (2010 a).

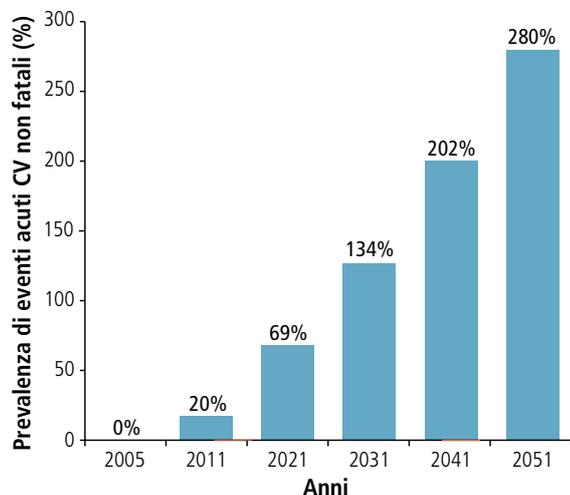


Figura 1.12 Proiezione della prevalenza di eventi acuti cardiovascolari (CV) non fatali negli ultraottantenni sulla base dell' *Oxford Vascular Study* (modificata graficamente da Rothwell et al., 2005).

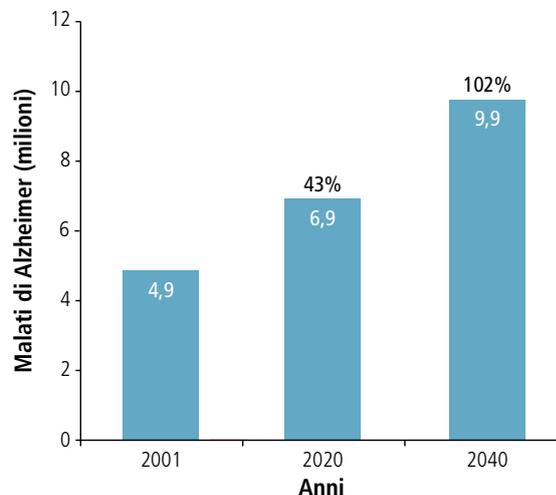


Figura 1.13 Stima dell'aumento del numero di casi di malattia di Alzheimer nelle popolazioni dell'Europa dell'Ovest (modificata graficamente da Ferri et al., 2005).

Tabella 1.4 Tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario – aggiornamento 2009 – Scenario nazionale base

		2005	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Risultato delle previsioni – Spesa in % del PIL								
Pensioni	(a)	13,9	15,2	15,0	15,5	15,8	14,6	13,4
Sanità*	(b)	6,7	7,4	7,6	8,1	8,6	8,9	8,9
di cui componente LTC	(c)	0,8	1,0	1,0	1,1	1,2	1,4	1,5
LTC*	(d)	1,6	1,9	2,0	2,2	2,5	2,9	3,1
Totale	(a+b-c+d)	21,5	23,6	23,6	24,7	25,7	25,0	23,9

* Le previsioni scontano le ipotesi del *reference scenario*.
LTC, *Long-Term Care*.

Fonte: Ragioneria Generale dello Stato, 2010.

un incremento quindi del 94%. Al di là di possibili diverse valutazioni in relazione alle metodologie di calcolo impiegate, sembra fuori di dubbio che l'aumento della spesa per le cure di lungo periodo sarà, per il nostro Paese, più rilevante dell'intero quadro socio-sanitario-previdenziale.

Se si osserva (*Figura 1.14*) il profilo per età delle componenti di spesa pubblica per la LTC si nota, in particolare, un netto aumento dai 75 anni in

poi sia per la spesa sanitaria sia per l'indennità di accompagnamento, soprattutto per le donne.

Considerando la sola componente demografica, dovuta per buona parte all'invecchiamento della popolazione, la spesa risulta più che raddoppiata dal 2005 al 2060 (*Figura 1.15*). L'andamento previsto del numero di indennità, in aumento nel periodo considerato, è legato ai cicli demografici e in particolare alla tendenza delle nascite nel se-

condo dopoguerra e al *baby-boom* degli anni Sessanta.

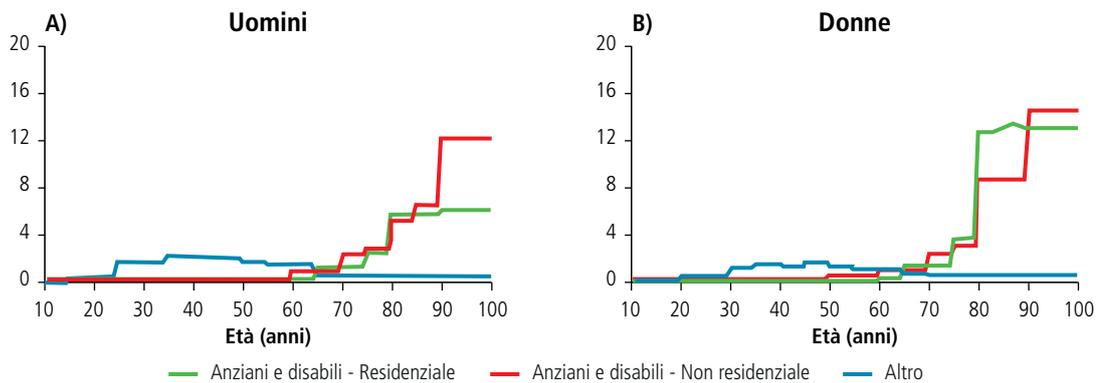
In Italia il principale strumento di supporto alle persone con disabilità e alle loro famiglie è rappresentato dal sistema dei trasferimenti monetari, di tipo sia pensionistico sia assistenziale. Vi è una carenza di servizi di assistenza formale da parte del sistema sociale, carenza che ricade inevitabilmente sulle famiglie, che continuano a svolgere e a farsi carico della maggior parte delle attività di cura e di aiuto ai loro componenti in condizione di disabilità.

Il problema dell'assistenza e della cura diventa ancora più impegnativo tenendo conto:

- della trasformazione della famiglia per la diminuzione o l'assenza dei figli e l'aumento della rottura delle unioni;
- della maggiore partecipazione della donna al mercato del lavoro (arrivata al 50,7%, valore peraltro molto basso rispetto ad altri Paesi europei);
- della bassissima percentuale di anziani che ricevono un aiuto statale (2,1%) e spesso non adeguato ai reali bisogni rispetto alla media europea pari al 6-7%.

L'Italia, come la maggior parte dei Paesi europei, è impegnata nell'individuazione delle politiche più idonee a gestire la crescita del fabbisogno di LTC che il forte invecchiamento della popolazione ne-

Componente sanitaria (spesa procapite in rapporto al valore medio)



Indennità di accompagnamento (rapporto tra indennità e popolazione)

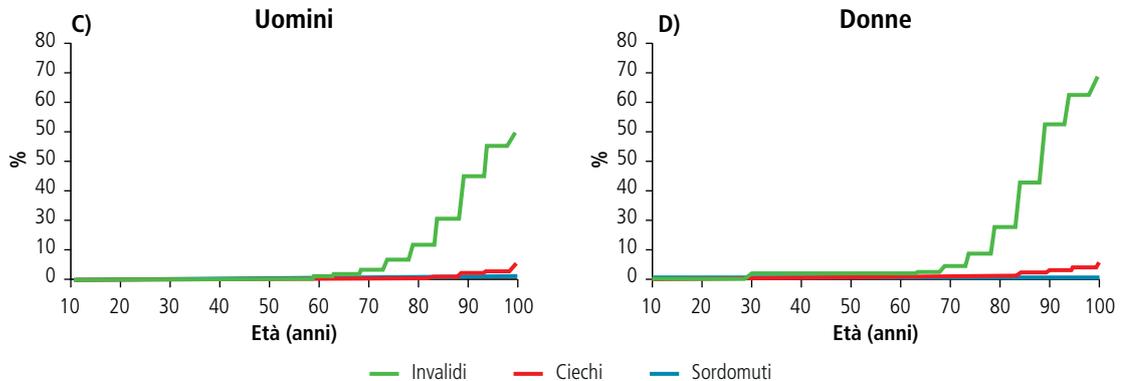


Figura 1.14 Profilo per età delle componenti di spesa pubblica per LTC (*Long-Term Care*) in Italia: componente sanitaria (A e B) e indennità di accompagnamento (C e D) [anno 2009]. Fonte: Ragioneria Generale dello Stato, 2010.

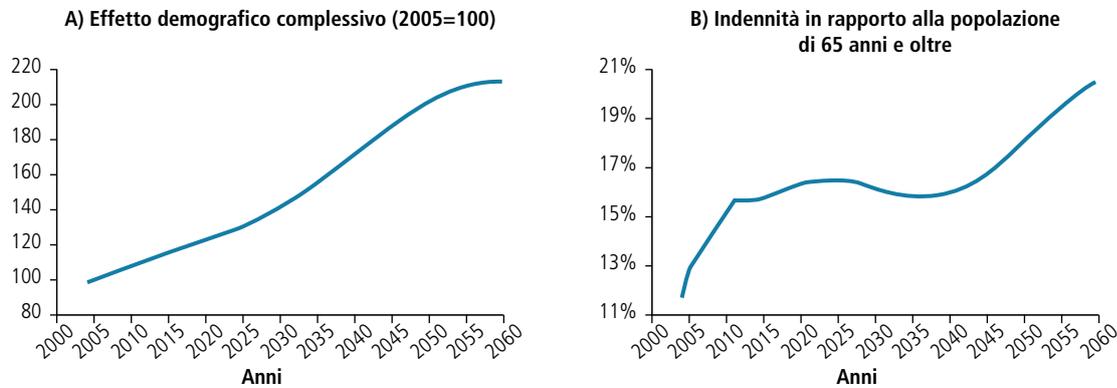


Figura 1.15 Componente sanitaria della spesa pubblica per LTC (*Long-Term Care*): [effetto demografico complessivo (A) e per indennità di accompagnamento (B)]. Fonte: Ragioneria Generale dello Stato, 2010.

cessariamente comporta. In tale ottica, l’immigrazione di personale straniero rappresenta certamente una delle possibili soluzioni, sia come sostegno della forza lavoro attiva, sia per il crescente ruolo svolto da assistenti privati a pagamento per anziani, le cosiddette “badanti”, svolto in prevalenza da donne, chiamate a soddisfare una domanda assistenziale sempre più estesa e complessa.

L’impiego di assistenti familiari straniere è attualmente in corso su vasta scala soprattutto nei Paesi dell’Europa Mediterranea. Questo fenomeno è in parte alimentato dalla diffusione di politiche pubbliche basate su trasferimenti monetari – piuttosto che sull’erogazione di servizi – che hanno finito con l’attrarre un gran numero di lavoratori non qualificati, principalmente nel settore domestico, con modalità occupazionali di sovente irregolari. Le stime esistenti, per quanto imprecise a causa dei limiti connessi all’elevato grado di lavoro sommerso, parlano, per esempio, per la Grecia di un quarto della popolazione immigrata (circa l’80% delle donne immigrate) impiegata nel settore e per la Spagna di una crescita del numero di permessi di soggiorno per lavoro domestico che passa da 33.000 nel 1999 a quasi 230.000 nel 2006. In Italia, mentre la popolazione in età anziana e il

fabbisogno assistenziale di LTC aumentano, diversi fenomeni stanno influenzando in modo negativo la disponibilità di assistenti informali. Il primo riguarda la riduzione del supporto familiare per gli anziani a seguito dei recenti mutamenti che hanno interessato la struttura delle famiglie italiane, con una forte diminuzione delle famiglie multi-generazionali e delle coppie con figli e l’aumento delle famiglie uni-personali. Un’ulteriore tendenza è rappresentata dall’incremento del tasso di partecipazione femminile al mercato del lavoro, cresciuto tra il 1994 e il 2004 dal 42% al 51%. Tali cambiamenti rappresentano una sfida al modello tradizionale di welfare italiano, che ha generalmente assicurato assistenza agli anziani non autosufficienti tramite il contributo del sostegno familiare non retribuito; questo spiega perché un crescente numero di famiglie italiane è ricorso, per meglio svolgere tale funzione, al sostegno di assistenti stranieri a pagamento spesso conviventi con la persona anziana da accudire. Altri elementi che hanno giocato a favore di questa trasformazione sono un approccio tendenzialmente “familista” (che considera l’assistenza agli anziani un “affare di famiglia”) e una generalizzata avversione per il ricovero dell’anziano in strutture residenziali; pertanto, non sorprende

che, in Europa, l'Italia presenti una delle più alte percentuali di donne di 55-64 anni "inattive" a seguito delle responsabilità familiari di cura (il 30% di tutte le donne, rispetto a una media UE15 del 10%). Un ruolo rilevante è certamente giocato dall'insufficiente diffusione di servizi "formali" di assistenza. Quelli domiciliari raggiungono infatti solo il 4,9% della popolazione sopra i 65 anni, si limitano a poche ore a settimana e sono per lo più concentrati nelle regioni del Nord. Analogamente, la distribuzione di strutture residenziali penalizza il Sud del Paese e non consente di ospitare complessivamente più del 3% della popolazione anziana. Altri tasselli del mosaico da considerare sono, inoltre, la notevole riduzione della durata media dei ricoveri ospedalieri, il conseguente aumento delle ammissioni inappropriate di pazienti anziani in strutture residenziali e la storica carenza di personale infermieristico rispetto a quello medico (5,4 contro il 4,2 per 1000 abitanti), che riflette la mancata redistribuzione di risorse dal settore delle acuzie a quello delle cure continuative. L'orientamento prevalentemente monetario del sistema di welfare italiano (in cui predominano le "provvidenze economiche" piuttosto che l'erogazione di servizi) si riflette nel fatto che le persone completamente non autosufficienti hanno diritto a ricevere, indipendentemente dal reddito, un'"indennità di accompagnamento" che ammonta a 480 euro al mese (783 euro in caso di cecità totale). A questa misura, percepita da circa un decimo di tutti gli italiani over 65, si aggiunge spesso un "assegno di cura", introdotto da molte autorità locali, che in genere si attesta sui 300-500 euro mensili, per una somma complessiva di 800-1000 euro circa al mese. Tale cifra ha finito con il diventare anche l'importo della remunerazione corrisposta al personale immigrato assunto privatamente dalle famiglie italiane per assicurare l'assistenza continuativa ai propri membri non autosufficienti. L'evol-

uzione storica del fenomeno è stata molto rapida: mentre nel 1991 solo il 16% delle 181.000 assistenti familiari registrate era straniero, nel 2007 lo era oltre il 90% delle circa 700.000 lavoratrici a domicilio. Dati più recenti stimano un 72% di persone di origine straniera tra i quasi 1.485.000 lavoratori subordinati (colf e badanti) oggi operanti nel settore. Un elevato numero di questi assistenti familiari stranieri, soprattutto donne, coabita con le persone anziane assistite e proviene soprattutto dall'Europa dell'Est, pur rimanendo forti i flussi anche da Sud America e Paesi asiatici come Filippine e Sri Lanka. Se si considerano solo le famiglie direttamente coinvolte nell'assistenza informale a un parente anziano non autosufficiente, ben il 13% di queste risulta ricorrere all'aiuto di un assistente familiare a pagamento. Le famiglie che hanno più probabilità di scegliere questa soluzione sono quelle coinvolte in pesanti compiti di assistenza, quali la gestione di un familiare demente (oltre una famiglia italiana su quattro) o gravemente disabile (oltre un terzo delle famiglie). A questo proposito l'assunzione della badante, specialmente se convive con l'assistito, sembra indurre una sorta di "effetto di sostituzione" nei confronti dei servizi di assistenza formali (ADI e SAD), tranne nei casi rappresentati dagli anziani in condizioni fisiche e psichiche gravemente compromesse che necessitano di "supervisione continua" (a volte anche 24 ore su 24), per i quali i familiari preferiscono affiancare a una badante convivente un supporto professionale più specializzato. Questo è un chiaro indicatore del fatto che il lavoro privato di assistenza da parte degli immigrati è divenuto in Italia una soluzione sistematica per affrontare esigenze assistenziali di lungo periodo, tanto più se i tradizionali servizi di assistenza domiciliari e residenziali non sono in grado di soddisfarle in misura adeguata. L'impiego privato delle assistenti familiari straniere da parte delle famiglie degli an-

ziani non autosufficienti in Italia rappresenta certamente una fonte di importanti opportunità; permette, infatti, di sollevarle dalle attività di assistenza più onerose, soprattutto nel caso di una soluzione di convivenza, e offre la possibilità di ritardare, se non del tutto evitare, l'istituzionalizzazione dell'anziano; consente, inoltre, una maggiore personalizzazione dell'assistenza, con un'evidente convenienza economica immediata per tutte le parti coinvolte. D'altro canto, però, altrettanto numerose sono le incognite e le sfide che esso apre per le nostre politiche sociali e sanitarie, rispetto alla qualità dell'assistenza erogata, al controllo del mercato del lavoro, alle situazioni di sfruttamento e abuso che avvengono da entrambe le parti – anziani e assistenti – e ai rischi di perdita del capitale umano nei Paesi di origine di queste ultime.

L'appello per una migliore qualità delle cure fornite dalle assistenti familiari straniere – una richiesta proveniente in larga misura anche dalle stesse – è reso ancora più urgente dalle incertezze relative alla sostenibilità a lungo termine del sistema attuale, che dovrà ricorrere a nuove coorti di badanti in sostituzione delle attuali, una volta che queste saranno tornate a casa o passate a posti di lavoro meglio retribuiti. Le campagne di regolarizzazione cominciano infatti a far registrare un'evidente flessione del numero di domande presentate. Al di là di questo, un passo fondamentale per migliorare gli standard di qualità dell'assistenza prestata da queste figure va certamente ricercato in una loro più sistematica integrazione nel sistema "formale" dei servizi, ridefinendo il ruolo del personale assistenziale in questi operante e persino ripensando ai meccanismi di erogazione delle prestazioni monetarie, vincolando l'impiego all'assunzione di personale qualificato e in regola. È necessario, in ultima analisi, sviluppare politiche di cooperazione tra l'Italia e i Paesi di origine dei migranti, al fine di migliorarne le condizioni di vita nel tentativo

di ridurre l'impatto derivante dalla perdita di capitale umano (*"brain and care drain"*).

In ogni caso, non esistono dati certi sulla previsione di spesa per il fabbisogno assistenziale degli anziani nel prossimo futuro. Rebba (2009) distingue, in particolare, tre categorie di costi sociali legati alla disabilità:

- costi monetari diretti per l'acquisto di beni e servizi sociosanitari, per l'assistenza presso strutture residenziali e semiresidenziali, per l'assistenza domiciliare formale e informale;
- costi monetari indiretti (perdite di produttività della persona divenuta non autosufficiente e dei familiari/caregiver che modificano le proprie abitudini di vita e di lavoro);
- costi non monetari o intangibili (si esprimono in termini di sofferenza fisica e psicologica – *burn-out* – della persona disabile e dei suoi caregiver formali e informali).

Secondo tale autore i costi dei servizi richiesti tenderanno a crescere in futuro con una dinamica accentuata.

La carenza di informazioni statistiche adeguate sulla disabilità è legata anche alla multidimensionalità del concetto, che rende difficile una sua precisa identificazione e quindi una sua traduzione in idonei strumenti di misurazione, soprattutto quando si vuole stimare la spesa sanitaria e assistenziale legata alla disabilità.

Non vi possono essere dubbi che, tenendo conto degli attuali trend di invecchiamento della popolazione e della prevalenza e incidenza delle principali patologie, il fabbisogno assistenziale per le persone anziane subirà un netto incremento. Questo dovrebbe sin d'ora far prospettare una serie di iniziative capaci di migliorare l'attuale efficienza dei servizi per le persone anziane, in modo da favorire un'ottimizzazione delle risorse, che non è affatto sicuro possano essere di molto incrementate rispetto alle attuali possibilità.

Bibliografia

Alber J, Köhler U. Health and care in an enlarged Europe. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin, Ireland, 2004. www.eurofound.eu.int/pubdocs/2003/107/en/1/ef03107en.pdf. Ultima consultazione: novembre 2010

Caselli G. Long-term trends in European mortality, Studies on medical and population subjects. Londra: OPCS 1994; 56: 32

Caselli G. Future Longevity Among the Elderly, in Lopez Alain D And Caselli G, Health and mortality among elderly populations. Oxford: Clarendon Press 1996, p. 330

CENSIS. Una famiglia italiana su dieci è badante-dipendente. Roma, 2009. <http://www.censis.it/>. Ultima consultazione: novembre 2010

CeSPI. Lavoro di cura e internazionalizzazione del welfare: scenari transnazionali del welfare del futuro. Roma, 2008. www.cespi.it. Ultima consultazione: novembre 2010

Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 2009; 374: 1196-208

Comunità Europea Employment in Europe 2008. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2008. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=119&langId=en>. Ultima consultazione: novembre 2010

De Simoni A, Lipsi RM. La mortalità per causa in Italia nell'ultimo trentennio. Tavole di mortalità 1971, 1976, 1981, 1986, 1991, 1996 e 2000. Roma: Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Dipartimento di Scienze Demografiche, 2005

Egidi V. Health Status of the Elderly. Differentials and trends. Annual Conference of the German Society for Demography in Collaboration with the Italian Association for Population Studies, Rostock 3-5 marzo 2010

Ferri CP, Prince M, Brayne C, et al.; Alzheimer's Di-

sease International. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005; 366: 2112-7

Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al.; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: M146-56

Gori C. Per la sanatoria delle badanti iter "leggero" ma pochi aiuti. *Il Sole 24 ore*, 6 ottobre 2009

Gori C, et al. I servizi domiciliari. In: Network Non Autosufficienza (Ed). L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - Rapporto 2009. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore 2009, pp. 35-52. www.maggioli.it/rna/pdf/rapporto2009-assistenza_anziani.pdf. Ultima consultazione: novembre 2010

Hirsch C, Anderson ML, Newman A, et al.; Cardiovascular Health Study Research Group. The association of race with frailty: The Cardiovascular Health Study. *Ann Epidemiol* 2006; 16: 545-53

Human Mortality Database (download maggio 2010). www.humanmortality.org. Ultima consultazione: novembre 2010

INE. Work permits granted to foreign nationals for domestic work – 1999 and 2006. Madrid, 2008. http://www.ine.es/en/welcome_en.htm. Ultima consultazione: novembre 2010

INPS. Osservatorio lavoratori domestici - Numero lavoratori domestici per nazionalità, 1992-2006. servizi.inps.it/banchedatistatistiche/domestici/index.js. Ultima consultazione: novembre 2010

Istat. Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005". Roma 2005

Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana - Anno 2006". Roma 2007

Istat. Rilevazione sulle forze di lavoro. Serie storiche trimestrali 2004-2007. Roma 2008. www.istat.it/salastampa/comunicati/in_calendario/forzelav/20080320_00/. Ultima consultazione: novembre 2010

Istat. Previsioni demografiche 1° gennaio 2007-1° gennaio 2051. Collana Nota informativa, 2008. www.istat.it. Ultima consultazione: novembre 2010

- Istat. La disabilità in Italia. Roma, 2010 a. www.istat.it. Ultima consultazione: novembre 2010
- Istat. La popolazione residente in Italia al 1.1.2009. Roma, 2010 b. www.demo.istat.it. Ultima consultazione: novembre 2010
- Istat. Tavole di mortalità della popolazione italiana, 2007. Roma, 2010 c. www.istat.it. Ultima consultazione: novembre 2010
- Kavounidi T. Survey on the Economy and Social Integration of Immigrants. PAEP Studies, Athens, 2004. www.paep.org.gr. Ultima consultazione: novembre 2010
- Lamura G, et al. Il ruolo dei famigliari caregiver nell'assistenza agli anziani in Italia. *Clinical Management Issues* 2007; 1: 143-6
- Lamura G, et al. Migrant workers in the eldercare sector: the Italian experience. *Retraite et Société, Selection* 2008. Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse. Parigi, 2008, pp. 125-52
- Lamura G, et al. I trasferimenti monetari. In: Network Non Autosufficienza (Eds). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - Rapporto 2009*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore 2009, pp. 69-82. www.maggioli.it/rna/pdf/rapporto2009-assistenza_anziani.pdf. Ultima consultazione: novembre 2010
- Lethbridge J. Changing care services and labour markets. EPSU Social Services Seminar, University of Greenwich, Public services International Research Unit, Atene 10-12 giugno 2007
- Melchiorre MG, et al. Assistenza e cura all'anziano in famiglia e fuori della famiglia. In: INRCA, Ageing Society - Osservatorio Terza Età, Federsanità ANCI (a cura di). *Rapporto Nazionale 2009 sulle Condizioni ed il Pensiero degli Anziani. Una società diversa*, Roma: Bruni, 2009
- Mesle F, et al. Transition sanitarie: tendances et perspectives. *Médecine, Sciences* 2000; 16: 1161-71
- Ministero della salute (2000-2007). *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero*. www.salute.gov.it/programmazione/sdo/sdo.jsp. Ultima consultazione: novembre 2010
- OCSE. OECD in figures. Statistics in the member countries. Parigi 2005
- OMS. Working together for health. The World Health Report 2006. Ginevra 2006. www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf. Ultima consultazione: novembre 2010
- Pesaresi F, et al. I servizi residenziali. In: Network Non Autosufficienza (Ed). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - Rapporto 2009*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore 2009, pp. 53-68. www.maggioli.it/rna/pdf/rapporto2009-assistenza_anziani.pdf. Ultima consultazione: novembre 2010
- Rebba V. I costi della disabilità in Italia, in *Rapporto sulla popolazione - Salute e sopravvivenza*. Bologna: Il Mulino 2009
- Ragioneria Generale dello Stato. Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario - aggiornamento 2009. Roma 2010
- Rothwell PM, Coull AJ, Silver LE, et al.; Oxford Vascular Study. Population-based study of event-rate, incidence, case fatality, and mortality for all acute vascular events in all arterial territories (Oxford Vascular Study). *Lancet* 2005; 366: 1773-83
- Salvini S, et al. Salute e qualità della sopravvivenza, in *Rapporto sulla popolazione - Salute e sopravvivenza*. Bologna: Il Mulino 2009
- Van Bastelaer A, et al. Labour reserve: people outside the labour force. *Statistics in Focus, Population and Social Conditions*, 14. EUROSTAT, 2003. www.eds.destatis.de/en/downloads/sif/nk_03_14.pdf. Ultima consultazione: novembre 2010
- Vaupel JW, Carey JR, Christensen K. It s never too late. *Science* 2003; 301: 1679-81
- Vaupel JW, Carey JR, Christensen K, et al. Biodemographic trajectories of longevity. *Science* 1998; 280: 855-60

2. Invecchiamento “attivo” e prevenzione

2.1. Introduzione

Nel corso dell'ultimo secolo il miglioramento delle condizioni di vita nelle società occidentali e i progressi della scienza medica, in termini di prevenzione e trattamento delle malattie, hanno determinato un notevole aumento dell'aspettativa di vita (vedi *Capitolo 1*). Tale rapido invecchiamento della popolazione ha consentito a una parte degli individui di raggiungere un'età avanzata in buone condizioni di salute, ma ha determinato anche una crescita del numero di anziani affetti da malattie croniche e disabilità; pertanto, si distingue la semplice aspettativa di vita dall'aspettativa di vita attiva, caratterizzata dall'assenza di disabilità (vedi *Capitolo 1, Figura 1.11*).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce come invecchiamento “attivo” quello caratteristico del gruppo di anziani che, pur essendo soggetti al decadimento funzionale ineluttabile e proprio della senescenza, conservano, fino alla fine dei loro giorni, una capacità funzionale che consente loro una vita autonoma e priva di disabilità (*Figura 2.1*). I “pilastri” dell'*active ageing* sono essenzialmente tre: la garanzia di adeguati servizi sociali e sanitari, la partecipazione alla vita comunitaria e la sicurezza dell'affermazione dei propri diritti e necessità.

All'aggettivo “normale” o “attivo” alcuni autori

preferiscono il termine “di successo”. Quest'ultima definizione dell'invecchiamento appare, però, alquanto equivoca, perché non trova consenso in letteratura: in 28 studi che trattavano questo argomento sono state trovate 29 definizioni diverse. Inoltre, sono stati considerati differenti obiettivi per poter affermare che si sia raggiunta una vecchiaia di successo. Sono impressionanti al riguardo i risultati di una ricerca condotta in un gruppo di ultraottantacinquenni sul reale significato da dare al termine “vecchiaia di successo”: i risultati, ottenuti utilizzando una valutazione oggettiva dei diversi domini – funzione fisica, funzione sociale, funzione psico-cognitiva –, furono molto diversi da quelli basati sulle opinioni soggettive espresse dagli stessi soggetti indagati. Secondo l'indagine oggettiva, infatti, solo il 13% degli anziani poteva essere incluso nel gruppo “vecchiaia di successo”, in contrapposizione al 48% del campione che si dichiarò soddisfatto della propria condizione psicosociale. Non sembrerebbe quindi necessario che il soggetto mantenga uno stato di salute fisica e mentale ottimale per percepire una condizione di buon invecchiamento, mentre la capacità di adattamento e la possibilità di rimanere coinvolti in attività sociali sono considerate come essenziali. Un'altra definizione per l'invecchiamento privo di disabilità e patologie importanti è quella del-

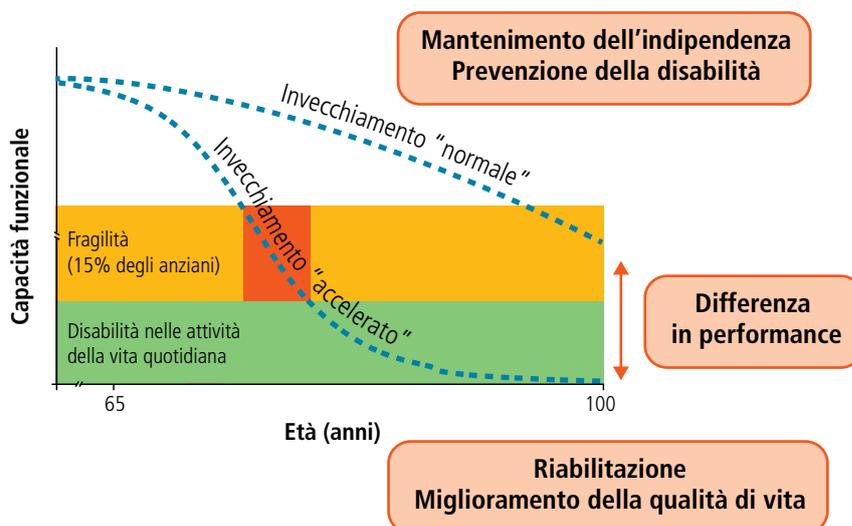


Figura 2.1 Rappresentazione del decadimento funzionale nella vecchiaia derivata dallo schema proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. La perdita progressiva delle capacità funzionali è un fenomeno osservabile a cominciare dai 65-70 anni d'età, ma non uguale in tutti i soggetti. In alcuni casi è più lenta e non raggiunge mai la soglia della fragilità e della disabilità, non si associa a importanti patologie cronic-degenerative e consente una vita attiva, qualitativamente buona. Nell'altro gruppo di soggetti il decadimento funzionale è accelerato e si associa alla comorbilità, alla fragilità, alla disabilità e a un accorciamento dell'aspettativa di vita. Il primo gruppo di casi rientra nelle caratteristiche dell'invecchiamento definito come attivo, normale o di successo; il secondo gruppo in quello patologico.

l'invecchiamento "normale", proposta per distinguerlo da quello "patologico", perché associato a una fragilità manifesta, alla presenza di più malattie cronic-degenerative o comorbosità e alla disabilità. La precoce e rapida perdita di capacità funzionale che caratterizza l'invecchiamento patologico si identifica con la curva inferiore dello schema dell'OMS illustrato nella *Figura 2.1*.

La distinzione tra invecchiamento normale e invecchiamento patologico deriva, d'altra parte, dal principio fondamentale secondo il quale l'invecchiamento di per sé non è comunque una malattia e come tale non è prevenibile, né in alcun modo curabile.

Tale principio, che è uno dei fondamenti del corpo dottrinale della Gerontologia e Geriatria, trova anche conferma nella mancanza di una qualsiasi base scientifica che sia in grado di giustificare l'esistenza di un'effettiva medicina antinvecchiamento. In ef-

fetti, tutti i rimedi sinora tentati per restituire la giovinezza o combattere i danni prodotti dal tempo si sono dimostrati assolutamente inefficaci o addirittura talvolta dannosi, malgrado sia in continua espansione una loro illecita reclamizzazione da parte di una fantomatica *Antiaging Medicine*, che si è avvalsa soprattutto di Internet per la diffusione. In alcuni Paesi, come gli Stati Uniti, la prescrizione di alcune terapie anti-invecchiamento viene considerata illegale e, come tale, perseguibile penalmente. Anche se l'invecchiamento non è prevenibile, è stata scientificamente dimostrata la possibilità di ritardarne gli effetti negativi. L'obiettivo della Gerontologia e Geriatria si identifica, quindi, nel mantenere il maggior numero possibile di anziani entro la curva di decadimento funzionale superiore, descritta nella *Figura 2.1*. Tutta la letteratura scientifica sull'argomento è concorde sul fatto che un tale rallentamento del decadimento funzionale

si associa anche a una riduzione del rischio per le principali patologie cronico-degenerative, come le patologie cardiovascolari, la broncopneumopatia, il diabete e i tumori.

Sotto questo punto di vista, le strategie dimostratesi utili per ritardare i fenomeni dell'invecchiamento sono anche gli interventi di prevenzione primaria nei riguardi delle principali malattie cronico-degenerative. D'altra parte, i trattamenti utilizzati per la cura di tali malattie riducono il rischio di disabilità a esse collegato e, quindi, rallentano il decadimento funzionale legato all'età. In realtà, la medicina e la biologia "ufficiali" hanno sinora in gran parte trascurato l'importanza di affrontare in modo unitario il rapporto tra invecchiamento e malattie. Nel trattare i fattori di rischio delle principali malattie cronico-degenerative, la medicina tradizionale distingue tra fattori di rischio modificabili e imm modificabili e tra questi ultimi elenca per prima l'età; pertanto succederà, che a un ottantenne, privo di qualsiasi anamnesi e obiettività positiva per patologie vascolari aterosclerotiche, ma con un modesto aumento della colesterolemia, sia prescritta una statina

piuttosto che consigliare un certo grado di attività fisica, anche in presenza di uno stile di vita sedentario. Nell'editoriale di apertura del numero di gennaio 2010 di *Archives of Internal Medicine*, quasi interamente dedicato all'efficacia dell'attività fisica nell'anziano, si afferma "...una crescente massa di evidenza si è accumulata per dare fondamento all'ipotesi secondo la quale l'attività fisica è la più efficace prescrizione che il medico può fare per la promozione di una vecchiaia di successo. Oggi si sa che virtualmente tutte le malattie e condizioni che portano alla disabilità fisica negli anziani più vecchi ha come parte delle loro eziologie una componente riconducibile allo stile di vita (cioè l'inattività fisica) in aggiunta agli effetti dell'invecchiamento biologico e all'esposizione ambientale".

2.2. I fattori determinanti un invecchiamento attivo

Nel prendere in considerazione i fattori condizionanti un invecchiamento attivo si seguirà lo schema dell'OMS (*Figura 2.2*).

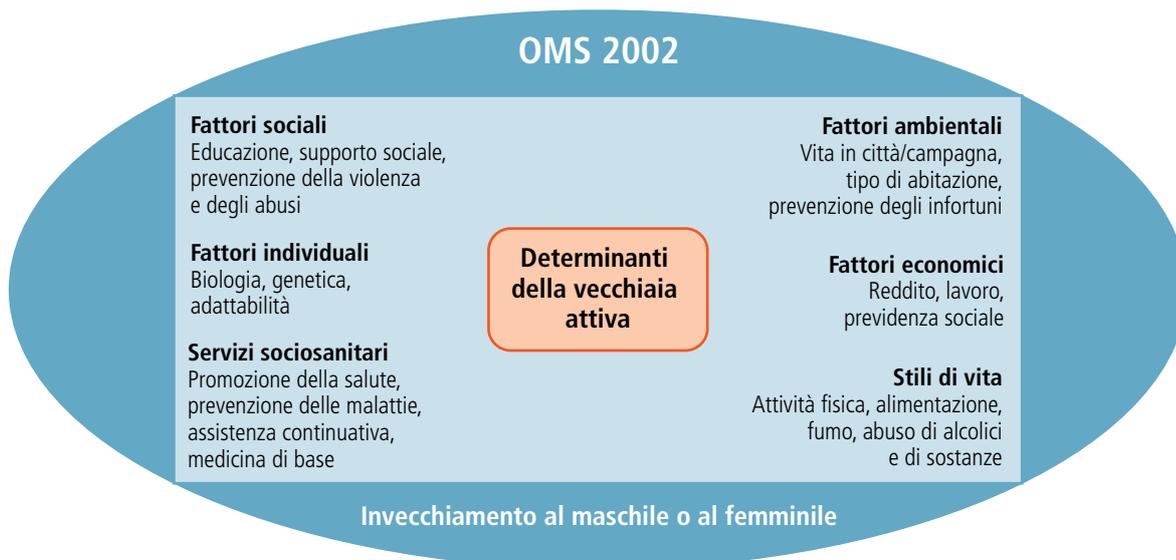


Figura 2.2 Schema utilizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per rappresentare i determinanti della vecchiaia attiva.

Diverse ipotesi sono state formulate per spiegare le differenze esistenti tra i due sessi in termini di aspettativa di vita, a partire dall'analisi della componente cellulare, che nella donna presenterebbe una maggiore resistenza ai radicali liberi e ai fenomeni di apoptosi. Anche dal punto di vista epidemiologico emerge una differenza, per esempio una diversa sensibilità ai farmaci e una maggiore suscettibilità all'osteoporosi e alla disabilità. Sulla base delle conoscenze attuali, tuttavia, non esistono elementi per individuare in modo preciso strategie differenziate tra i due sessi per la promozione di un invecchiamento attivo. Anche perché si va profilando una progressiva diminuzione nella differenza dell'aspettativa di vita tra i due sessi, in quanto nell'ultimo periodo la forbice sta progressivamente diminuendo. In Italia, per esempio, la differenza nell'aspettativa di vita tra i due sessi era nel 1974 di 6,24 anni, mentre nel 2007 è di 5,3 anni. Il dato è verosimilmente da attribuirsi a una maggiore presa di coscienza dell'importanza di adottare più corretti stili di vita da parte dell'uomo e, forse meno, della donna. Vedasi, per esempio, la diminuzione notevole dei fumatori e non delle fumatrici, che sarebbe alla base del netto aumento nella donna del cancro polmonare, in diminuzione invece nell'uomo.

2.3. Determinanti sociali e salute dell'anziano

Un costante coinvolgimento sociale consente una buona integrazione, permette di ricevere supporto dagli altri e di esercitare un'influenza attiva ed è associato al mantenimento di un buono stato di salute sia percepito sia obiettivo. La partecipazione ad attività sociali e la frequentazione di amici e familiari sono attività che definiscono e rafforzano i ruoli, creando un senso di appartenenza e di identità. La misura del livello di integrazione so-

ciale è un potente fattore predittivo di mortalità probabilmente perché i legami danno senso alla vita di un individuo, consentendo e obbligandolo a essere pienamente coinvolto nella comunità e, quindi, di sentirsi legato a essa. Esistono differenti meccanismi attraverso i quali le relazioni sociali possono influenzare lo stato di salute. I rapporti sociali possono favorire comportamenti salutari, per esempio moderazione del consumo di alcool, screening, aumento dell'attività fisica. Inoltre, l'appartenenza a una rete sociale è essenziale per favorire una piena fiducia nelle proprie possibilità. Lo scompensamento sociale, al contrario, porta a un rallentamento delle relazioni che a qualsiasi età rivestono un'importanza primaria nel condizionare la salute delle persone. Cause di scompensamento sociale sono: perdita del coniuge, cambiamento del tipo di ambiente familiare (vivere con il coniuge o con un'altra persona o da soli), comparsa di malattie importanti, perdita di indipendenza fisica o economica. Il modo di reagire a uno scompensamento sociale è individuale e mostra differenze nei due sessi. Nell'uomo è più frequente il suicidio (soprattutto dopo gli 80 anni). Nel sesso femminile si identificano due modi diversi di reagire alla vedovanza: in quella precoce si assiste a un aumento della morbilità e della mortalità, mentre a lungo termine la donna sola, purché non disabile, confrontata con quella convivente con il coniuge, ha maggiori probabilità di una salute più soddisfacente.

Uno studio inglese su lavoratori dell'industria dimostra che il pensionamento precoce non è affatto un vantaggio: la mortalità dei pensionati a 55 anni era superiore a quella dei casi andati in pensione a 65 anni.

Le strategie di promozione della salute devono tenere presente che i rapporti tra situazione sociale ed economica sono molto stretti e tra loro interdipendenti.

2.4. Determinanti economici

Nella popolazione generale un basso reddito si associa a una riduzione dell'aspettativa di vita (*Figura 2.3A*) e a un aumento della morbilità (*Figura 2.3B*). Nei Paesi sviluppati, anche se la mortalità generale diminuisce, quella dovuta a disuguaglianze nel reddito aumenta.

Un basso reddito è un fattore negativo per la salute dell'anziano. Si associa, infatti, a un aumento della mortalità (*Figura 2.4A*) e della disabilità (*Figura 2.4B*).

La relazione tra salute di una popolazione e benes-

sere socioeconomico ricorda il paradigma di Virchow, secondo il quale qualsiasi causa che modifica la condizione socioeconomica influisce sullo stato di salute di una popolazione o di classi di questa. Gli anziani, per la loro fragilità, sono particolarmente soggetti a risentire delle modificazioni del reddito. A questo riguardo l'ONU propone le seguenti raccomandazioni ai governi e agli altri organi istituzionali:

- includere gli anziani in iniziative volte a ridurre la povertà in modo da salvaguardarne i diritti;
- reinserire gli anziani nel mondo del lavoro in base alle loro preferenze e capacità;

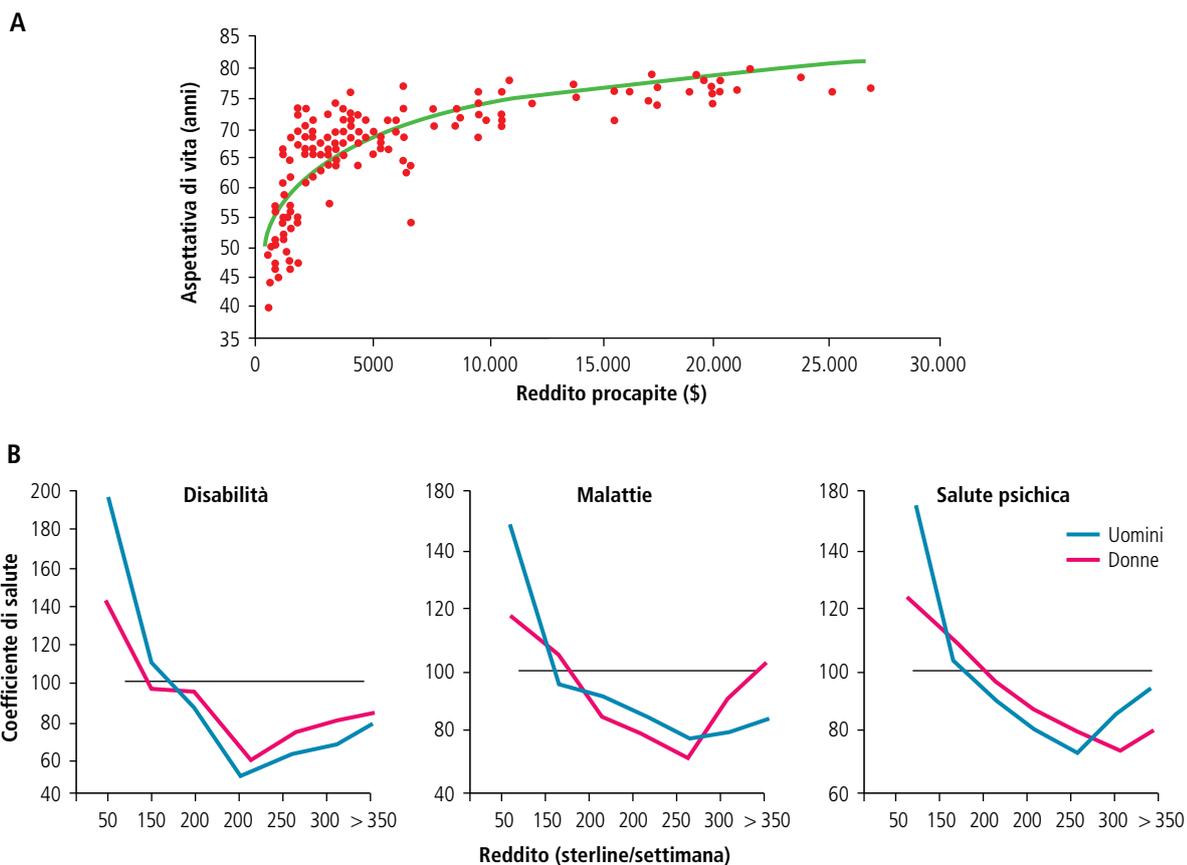


Figura 2.3 A) È evidente la diminuzione progressiva dell'aspettativa di vita con la diminuzione del reddito procapite (modificata graficamente da Lynch et al., 2000). B) La precarietà nello stato di salute, nella disabilità e nel benessere psicosociale è più evidente nelle fasce di reddito più basse (modificata graficamente da Wilkinson, 1992).

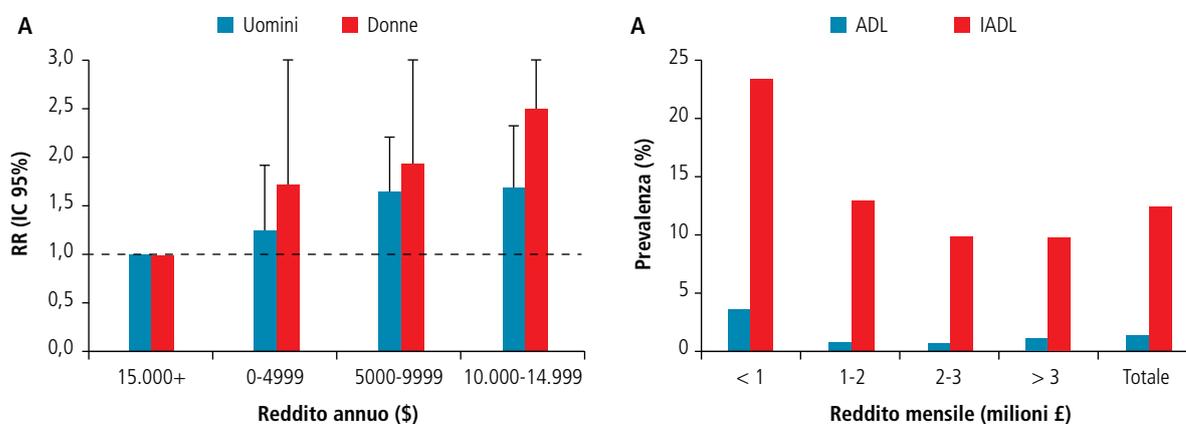


Figura 2.4 A) Aumento del rischio di mortalità in rapporto al calo del reddito negli ultrasessantacinquenni (modificata graficamente da Bassuk et al., 2002). B) La prevalenza di disabilità, misurata come ADL (*activities of daily living*) e IADL (*instrumental activities of daily living*) in over 65, aumenta inversamente al reddito. IC 95%, intervallo di confidenza al 95%; RR, rischio relativo (rapporto CER, 1992).

- incentivare riforme del sistema pensionistico in grado di consentire opzioni più flessibili della messa a riposo e anche capaci di incoraggiare la produttività degli anziani al di là del pensionamento. Il loro contributo nel mondo del lavoro può, infatti, continuare a essere prezioso.

2.5. Determinanti ambientali

L'ambiente può influenzare le condizioni di salute attraverso innumerevoli meccanismi non sempre facilmente caratterizzabili. Per esempio, l'abitare in città condiziona una maggiore incidenza di fratture di femore osteoporotiche oppure di ipertensione arteriosa. Tuttavia, l'abitare in una zona rurale, specie montana, può rappresentare uno svantaggio per gli anziani, cui viene a mancare l'aiuto dei giovani a causa della crescente urbanizzazione. I nuclei familiari di soli anziani (anche uno solo) sono, però, più frequenti anche nei centri storici delle città, dove l'isolamento degli anziani è un fenomeno in continuo aumento, mentre in alcune zone rurali, specie del Centro-Sud, il fenomeno è meno appariscente e vengono man-

tenuti con maggiore frequenza i legami familiari e l'isolamento sociale dell'anziano è meno rilevante. Le zone rurali sono di solito meno dotate di vie di comunicazione e di servizi assistenziali. Ciò può essere causa di maggiore isolamento per gli anziani e anche di una loro assistenza non soddisfacente.

La maggior parte degli incidenti negli anziani si verifica in ambiente domestico; inoltre, la mortalità per incidenti automobilistici ha un andamento a "U", con i due picchi nei soggetti giovani e in quelli più anziani; essa, inoltre, è in costante diminuzione, con eccezione delle persone più anziane. Le cause più frequenti di tali incidenti sono state individuate nei disturbi visivi, nelle patologie croniche, come artrite e diabete, e nei disturbi cognitivi. Molti anziani smettono di guidare, soprattutto dopo i 75 anni. Diversi sono i motivi di tale abbandono: l'età avanzata, la disabilità, il sesso femminile, i disturbi visivi, i disturbi cognitivi e la depressione, una decisione per procura. L'abbandono della guida comporta problemi di trasferimento con i mezzi pubblici di un numero sempre maggiore di anziani, spesso non autosufficienti.

2.6. Fattori individuali

2.6.1. Fattori biologici e genetica

La biogerontologia sta permettendo di capire quali sono i meccanismi alla base delle modificazioni legate all'invecchiamento. Non è ancora possibile sapere quanto le attuali conoscenze siano trasferibili alla pratica clinica quotidiana, tanto da essere utilizzate per la prevenzione ai fini di una vecchiaia attiva. I fattori genetici, ovviamente non modificabili, hanno un'indubbia importanza nel condizionare alterazioni età-correlate, anche se non se ne conosce la reale importanza in un confronto con le determinanti ambientali. Infatti, secondo alcuni studi il fenotipo anziano dipenderebbe per circa il 25% da fattori genetici, percentuale che risulta maggiore nei figli di genitori longevi, una volta superati i 70 anni.

2.6.2. Adattabilità

Prima dei 50 anni, diversi fattori [abuso di alcool, fumo, stabilità del matrimonio, attività fisica, indice di massa corporea (*body mass index*, BMI), capacità di adattamento e livello di cultura] condizionano la possibilità di arrivare a una “vecchiaia attiva”. Questi fattori “precoci” risultano scarsamente sensibili a programmi di prevenzione applicati in un'età più avanzata.

Tra i fattori “tardivi”, la depressione sembra essere il più importante nell'influenzare una vecchiaia attiva. Mantengono, però, tutta la loro importanza – per esempio per quel che riguarda la mobilità – tutti gli altri fattori dipendenti dagli stili di vita e dalle condizioni sociali.

Il pensiero prevalente degli anziani nei riguardi della qualità della vita è che essa si identifichi prima di tutto, anche indipendentemente dal proprio stato di salute e di autonomia, nella conservazione di relazioni sociali.

2.7. Stili di vita

2.7.1. Attività fisica

La performance fisica si riduce progressivamente con l'età: il calo è drammatico dopo i 75 anni anche in chi pratica un'attività fisica intensa. Per esempio, i risultati ottenuti dagli atleti master alle Olimpiadi senior del 2001 dimostrano che dai 50 ai 75 anni le performance appaiono abbastanza stabilizzate, con una diminuzione modesta (–1,86% negli atleti maschi e –1,94% nelle atlete femmine); una diminuzione molto maggiore è stata riscontrata, invece, dai 75 agli 85 anni, dove le prestazioni hanno un calo del 7,86% negli atleti maschi e del 7,36% nelle atlete femmine.

Le ragioni della diminuzione età-dipendente dell'efficienza fisica vanno individuate prima di tutto nella progressiva perdita di massa – sarcopenia – e di forza muscolare. La sarcopenia è legata alla sedentarietà, che è sempre più frequente con l'aumentare dell'età e ha un impatto estremamente negativo sul metabolismo e sulla forza del muscolo dell'anziano: per esempio, sono sufficienti 10 giorni di assoluto riposo a letto per determinare un bilancio azotato progressivamente negativo, una diminuzione della massa magra di 1,5 kg, della sintesi proteica del muscolo dello 0,027% per ora e della forza muscolare di oltre il 15%. Inoltre, il metabolismo ossidativo del muscolo si riduce con l'età e l'invecchiamento diminuisce la capacità di ipertrofizzarsi da parte dei muscoli dopo allenamento fisico. La causa sarebbe stata individuata nelle stesse cellule muscolari, che, per un'alterazione autocrina e paracrina, sarebbero incapaci di esprimere, a differenza di quelle giovani, il fattore MGF (*Mechano Growth Factor*), indispensabile per lo sviluppo dell'ipertrofia muscolare. L'ipertrofia del muscolo invecchiato dopo training non può, perciò, che essere parziale.

I dati derivanti dallo studio delle alterazioni “fisiologiche” della funzione fisica prodotte dall’invecchiamento non autorizzano in modo assoluto ad affrontare con atteggiamento fatalistico e non positivo il problema dell’attività fisica nell’età avanzata per una serie di ragioni.

Vi è prima di tutto una ragione biologica a spiegare il beneficio prodotto dall’esercizio fisico, che determina, tramite un fenomeno di preconditionamento o adattamento o ormesi, un’aumentata resistenza allo stress ossidativo. Il fenomeno è, a prima vista, paradossale, in quanto l’attività fisica aumenta la produzione di energia e, quindi, le ossidazioni cellulari, cui ovviamente è associata un’aumentata produzione di radicali liberi. Invece, lo sforzo moderato determina un aumento dei radicali liberi, cui consegue una risposta cellulare che, come risultato finale, porta a un’aumentata espressione degli enzimi antiossidanti; lo sforzo eccessivo produce, invece, uno stress ossidativo e, di conseguenza, un danno della cellula muscolare.

Vi è ormai un’abbondante messe di dati che dimostrano l’efficacia dell’attività fisica nel ridurre la disabilità, la mortalità e gli eventi cardiovascolari

in soggetti generalmente di età fra i 50 e i 70 anni. Tuttavia, la conservazione di un’attività fisica anche modesta allunga la sopravvivenza anche in anziani con fragilità manifesta (Figura 2.5). Il training fisico è efficace anche negli ultraottantacinquenni. È stato prototipale, a questo proposito, il *trial* clinico pubblicato sul *New England Journal of Medicine* nel 1994: in anziani con un’età media di $87,1 \pm 0,6$ anni (range 72-98) un training fisico intenso determinava un aumento del volume e della forza muscolare, della velocità del cammino e della capacità di alzarsi da una sedia. È pertanto evidente come la lotta alla sedentarietà sia una priorità delle politiche di salute pubbliche. Gli interventi per promuovere l’attività fisica passano sicuramente per un intervento diretto del medico, che deve instaurare un rapporto empatico con l’anziano e conoscere i principi della prescrizione dell’attività fisica. È inoltre importante fornire opportunità agli anziani attraverso l’organizzazione di corsi pubblici di attività motoria, la disponibilità di un mezzo di trasporto e anche la cura dell’ambiente urbano, nel quale è opportuna la presenza di aree verdi e di percorsi pedonali senza soluzioni di continuità.

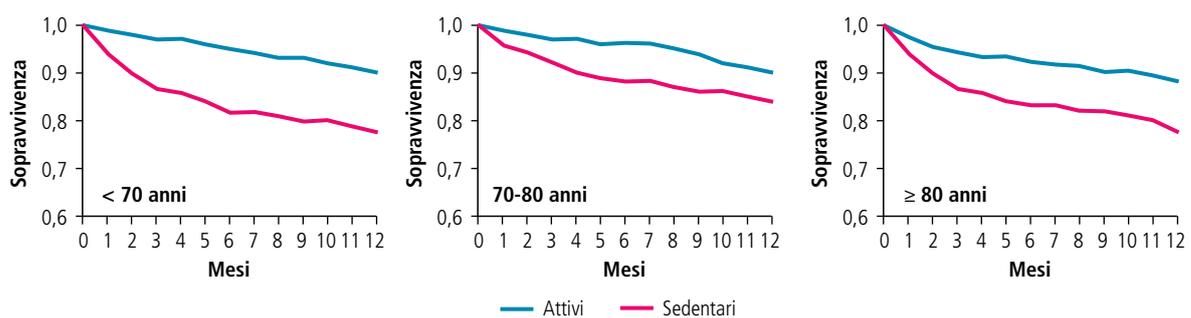


Figura 2.5 La figura riassume i risultati ottenuti in una casistica formata da 2757 anziani (età media $78,2 \pm 9,5$ anni) in assistenza continuativa a domicilio a causa della loro disabilità moderata o severa associata a un elevato livello di comorbidità ($3,8 \pm 2,5$ malattie per caso). La mortalità è stata del 16% a un anno. Un’attività fisica pari a 2 ore o più per settimana era praticata dal 25%, 21% e 16%, rispettivamente, nei casi di età inferiore a 70 anni, di quelli tra 70 e 80 anni e di quelli con età superiore a 80 anni. Si può osservare come, indipendentemente dall’età, la sopravvivenza sia superiore nei casi attivi rispetto a quelli sedentari. In tutta la casistica, l’RR di attività vs sedentarietà per la mortalità è uguale a 0,51 (intervalli di confidenza al 95% 0,35-0,73), e negli ultraottantenni 0,55 (intervalli di confidenza al 95% 0,32-0,95) [modificata graficamente Landi et al., 2004].

I risultati di un'indagine svolta in Spagna mostrano che al 70% dei soggetti intervistati il proprio medico curante non aveva mai segnalato l'importanza che riveste l'attività fisica nel mantenimento di una buona salute anche nell'età avanzata.

Le più recenti linee guida dell'*American College of Sports Medicine* suggeriscono che l'anziano dovrebbe svolgere un'attività fisica non solo di tipo aerobico, per esempio camminare, ma anche migliorare la sua forza muscolare (attività contro resistenza), l'equilibrio e la flessibilità. Le indicazioni sugli obiettivi minimi da perseguire sono riportate nella *Tabella 2.1*. È riconosciuto che livelli superiori di attività fisica forniscono benefici maggiori.

Nel caso dell'anziano sano, autonomo, motivato e che già si dedica ad attività fisica, occorre incoraggiare a continuare o anche consigliare programmi di attività fisica più intensa, compatibilmente con le aspirazioni del soggetto e le sue condizioni cardiovascolari e osteoarticolari. Per un anziano sano, ma sedentario, si dovranno consigliare programmi di attività fisica in linea con le evidenze scientifiche (es. consigliare di camminare almeno per una distanza di 2 km regolarmente tutti i giorni). Comunque, per anziani che prati-

cano un'intensa attività fisica i comportamenti da consigliare riguardano soprattutto un adeguato regime dietetico, ricco di carboidrati e proteine, eventualmente associato a integrazione di vitamine e micronutrienti, e l'introduzione di un abbondante supporto idrico, specie nei periodi estivi, al fine di evitare il rischio di disidratazione negli anziani praticanti esercizi strenui.

Nel caso di un anziano con una sedentarietà insorta recentemente è utile approfondire le ragioni di tale cambiamento nello stile di vita. Se è presente depressione – spesso l'anziano dirà di aver perso la voglia di uscire di casa perché si sente "vecchio", inutile e solo –, diventa obbligatorio curare la depressione nel modo più appropriato, non dimenticando che la promozione dell'attività fisica è essa stessa un trattamento della depressione. Di grande importanza a questo riguardo è il supporto dei familiari, dei vicini di casa o degli operatori del volontariato.

Nel caso di un anziano fragile e/o anziano con patologie specifiche, si tratta di un approccio diverso da quello della semplice promozione dell'attività fisica a scopo preventivo. In queste due situazioni, protocolli di training anche intensivo devono essere

Tabella 2.1 Livelli di attività fisica consigliati nell'anziano (ACSM, 2009)

Attività aerobica

Frequenza	Intensità	Durata
Minimo 5 giorni a settimana di intensità moderata oppure minimo 3 giorni a settimana di intensità elevata	Su una scala a 10 punti di intensità percepita dall'individuo, l'intensità moderata è quella compresa tra 5 e 6 punti; l'elevata è da 7 a 8	Effettuare in tutto 30 minuti al giorno di attività fisica moderata divisa in periodi di 10 minuti ciascuno oppure un'attività elevata continua per 20 minuti al giorno

Attività contro resistenza

Frequenza	Numero di esercizi	Serie e ripetizioni
Minimo 2 giorni a settimana	8-10 esercizi giornalieri che coinvolgano i fasci muscolari maggiori	10-15 ripetizioni

Flessibilità/Equilibrio

Esercizi di flessibilità, almeno 2 giorni a settimana; esercizi per mantenere o aumentare l'equilibrio per gli anziani a rischio di cadute

prescritti come vera e propria terapia. Si tratta quindi di un compito specifico dell'area specialistica della riabilitazione geriatrica. Per esempio, ci si può basare su protocolli utilizzati in studi clinici controllati che hanno permesso di ottenere buoni risultati nel recupero funzionale anche in soggetti fragili. Risultati incoraggianti sono stati ottenuti, per esempio, nello scompenso cardiaco (Metcalf, ExtraMatch, 2004), nell'infarto del miocardio e nell'osteoartrite.

2.7.2. Dieta

La dieta, oltre l'attività fisica, è importante nella prevenzione della fragilità. Uno studio compiuto su anziani di 11 Paesi europei dimostra, per esempio, che la dieta di tipo mediterraneo assieme all'attività fisica, a un moderato consumo di alcool e all'astensione dal fumo è in grado di assicurare un aumento significativo della durata di vita.

Nell'anziano sono particolarmente frequenti carenze dietetiche multiple legate a un insufficiente apporto di nutrienti quali proteine, folati, vitamina C, calcio, acidi grassi polinsaturi, carotenoidi, vitamina E, selenio, vitamina D, vitamina B₁₂ e magnesio. L'insufficiente apporto nutrizionale riconosce, a sua volta, diverse cause. Nella *Tabella 2.2* sono indicati i quantitativi minimi di micronutrienti ritenuti necessari per un anziano, mentre, per esempio, per l'introito ottimale si può fare riferimento alle quantità benessere proposte recentemente dal Ministero della Salute (*Tabella 2.3*). È prima di tutto l'invecchiamento stesso che condiziona una riduzione dell'appetito per la frequente edentulia, alterazioni della masticazione, del gusto, dell'olfatto e una complessa disregolazione ormonale. Per alcuni nutrienti l'effetto diretto dell'invecchiamento è ancora più specifico, come nel caso della riduzione dell'assorbimento del calcio, dovuto al calo degli estrogeni e della vitamina D. In alcuni casi sono le abitudini die-

Tabella 2.2 Micronutrienti raccomandati per un paziente geriatrico (*Geriatric Review Syllabus*, 2002)

Nutriente	Tipo raccomandazione	Maschi	Femmine
Calcio (mg)	AI	1200	1200
Fosforo (mg)	DRI	700	700
Magnesio	DRI	420	320
Vitamina D (Y)	AI	15	15
Fluoruro (mg)	AI	4	3
Tiamina (mg)	DRI	1,2	1,1
Riboflavina (mg)	DRI	1,3	1,1
Niacina (mg)	DRI	16	14
Vitamina B ₆ (mg)	DRI	1,7	1,5
Folati (Y)	DRI	400	400
Vitamina B ₁₂ (Y)	DRI	2,4	2,4
Acido pantotenico (mg)	AI	5	5
Biotina (Y)	AI	550	525
Colina (mg)	AI	90	75
Vitamina C (mg)	DRI	90	75
A-Tocoferolo (mg)	DRI	15	15
Selenio (Y)	DRI	55	55

AI, *Adequate Intake*: quantità assunta da un gruppo di persone sane apparentemente adeguata alle loro necessità.

DRI, *Dietary Reference Intakes*: quantità di un nutriente che soddisfa le esigenze del 50% della popolazione sana in una determinata fascia di età.

Nella Tabella non è stato incluso lo zinco, che, in realtà, è stato trovato ridotto (< 0,70 mg/L) nel 20% dei casi di anziani con patologie varie contro lo 0% di anziani in buona salute. Il rame, invece, è stato trovato in concentrazioni normali sia negli anziani sani sia in quelli malati. Pertanto, il rapporto zinco/rame diminuisce negli anziani malati e questo rapporto è ritenuto un segno di malnutrizione.

tetiche a condizionare particolari carenze nutrizionali: per esempio, lo scarso uso nella dieta di verdura o di pesce determina un insufficiente apporto di folati, di principi antiossidanti e di acidi grassi insaturi. Sulle "cattive" abitudini dietetiche può incidere anche il reddito, che spesso nei pensionati è al limite o sotto il livello di povertà.

Alcuni studi recenti hanno messo in evidenza un'importante relazione tra le carenze dietetiche e la fragilità. Un basso livello plasmatico di vitamina D è associato, per esempio, a una riduzione della funzione fisica e della forza muscolare; un basso livello di antiossidanti naturali è fattore di rischio per ridotta forza muscolare e declino cognitivo; una riduzione dei livelli dei PUFA (*po-*

Tabella 2.3 Quantità benessere o quantità di riferimento a stile di vita ottimale secondo il Ministero della Salute

Alimento	Quantità di riferimento
Frutta	150 g
Ortaggi	250 g
Pane	50 g
Pasta o riso	80 g
Patate	200 g
Biscotti	20 g
Carne	100 g
Salumi	50 g
Pesce	150 g
Uova	1
Legumi	30 g secchi o 100 g freschi
Latte	125 ml
Yogurt	125 ml
Formaggio	50 g stagionato o 100 g fresco
Olio	10 g (3 cucchiaini)
Burro o margarina	10 g
Prodotti da forno	20 g
Zucchero	5 g
Vino	100 ml
Birra	330 ml

Attività	Durata (minuti)
Camminare o andare in bicicletta	30
Fitness o aerobica	20
Gare atletiche e partite	17

lyunsaturated fatty acids) è correlata con il rischio di depressione e con un'alterazione delle funzioni cognitive, nervosa periferica, renale.

Nell'anziano, il problema dell'obesità perde progressivamente di importanza per più di una ragione. Si è visto, infatti, che la prevalenza dell'obesità diminuisce progressivamente con l'età soprattutto nei maschi. Inoltre, l'obesità cessa di essere un fattore di rischio per mortalità dopo i 70 anni. Il sovrappeso non è fattore di rischio in tutte le età e tantomeno negli over 70, mentre da questa età in poi costituisce un rischio significativo il sottopeso, cioè un BMI inferiore a 18. Pertanto, una riduzione dell'introito calorico con la dieta negli anziani appare sconsigliabile nella maggio-

ranza dei casi, in quanto aumenta il rischio di malnutrizione e di carenze dietetiche multiple. In presenza di sottopeso, che abbiamo visto essere un marker significativo di fragilità, è indispensabile un'attenta valutazione della presenza di una condizione di malnutrizione, particolarmente frequente negli anziani istituzionalizzati e ospedalizzati (Figura 2.6). Nei casi con malnutrizione dovrebbero essere prescritte diete assolutamente individualizzate. In questi casi, infatti, è stato visto che anche una dieta rispondente a criteri generali corretti non riduce il rischio di carenza nutrizionale nella maggior parte degli anziani istituzionalizzati. Molto spesso, infatti, hanno importanza per stimolare l'appetito fattori ambientali, come la gradevolezza dell'ambiente mensa o l'appetibilità degli alimenti, e fattori assistenziali, come il rapporto empatico del personale

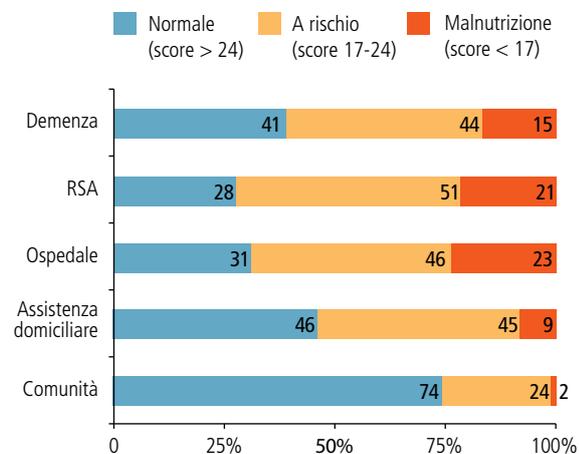


Figura 2.6 L'indagine riguarda oltre 1100 casi nei quali la valutazione dello stato nutrizionale era stata fatta applicando lo strumento *Mini Nutritional Assessment (MNA)*. Si può osservare che le più elevate percentuali di casi con malnutrizione (score < 17) o a rischio (score 17-24) sono state trovate negli anziani ospedalizzati, istituzionalizzati e dementi, mentre la prevalenza più bassa è stata riscontrata nella popolazione generale a domicilio. La prevalenza dei casi a rischio (24%) è, comunque, importante anche nella popolazione generale (modificata graficamente da Guigoz, 2006).

e la sua attenzione a evitare che il paziente lasci la maggior parte del cibo nel piatto.

Inoltre, si deve tenere conto del fatto che la fragilità e le malattie aumentano nettamente il fabbisogno energetico. Infatti, la perdita di peso avviene soprattutto per riduzione del grasso e dei muscoli, tessuti con un metabolismo energetico più basso, mentre i tessuti che non perdono peso, come cervello, fegato, miocardio e rene, hanno un fabbisogno energetico più elevato. Nello studio InChianti è risultato che un consiglio dietetico viene dato con una frequenza inversamente proporzionale all'età, per esempio in meno del 10% delle donne ultraottantenni contro il 70% di quelle sotto i 65 anni. Da ricordare, inoltre, il limite di tutte le piramidi: raccomandare il consumo di vegetali è alquanto generico poiché il contenuto vitaminico cala del 30-

50% con la cottura, come dimostrato per beta-carotene, acido ascorbico, tiamina, riboflavina e acido folico. Bisognerebbe quindi prevedere un consumo prevalente di vegetali freschi rispetto a quelli bolliti. Recentemente, sul *Journal of Nutrition* è stato pubblicato l'adattamento per gli anziani della piramide alimentare diffusa dalla USDA (*United States Department of Agriculture*). Occorre tenere conto del mutamento delle esigenze alimentari dell'anziano, documentate dallo sdoppiamento tra introito calorico diminuito per il calo dell'attività fisica e del metabolismo basale e fabbisogno in vitamine e micronutrienti, che rimane invariato o addirittura aumentato. Infine, vi è la necessità di dare delle misure "casalinghe" in termini di quantità e tipi di cibo, in modo da farle recepire facilmente anche dall'anziano.

Nella *Figura 2.7* è stata proposta la versione ita-

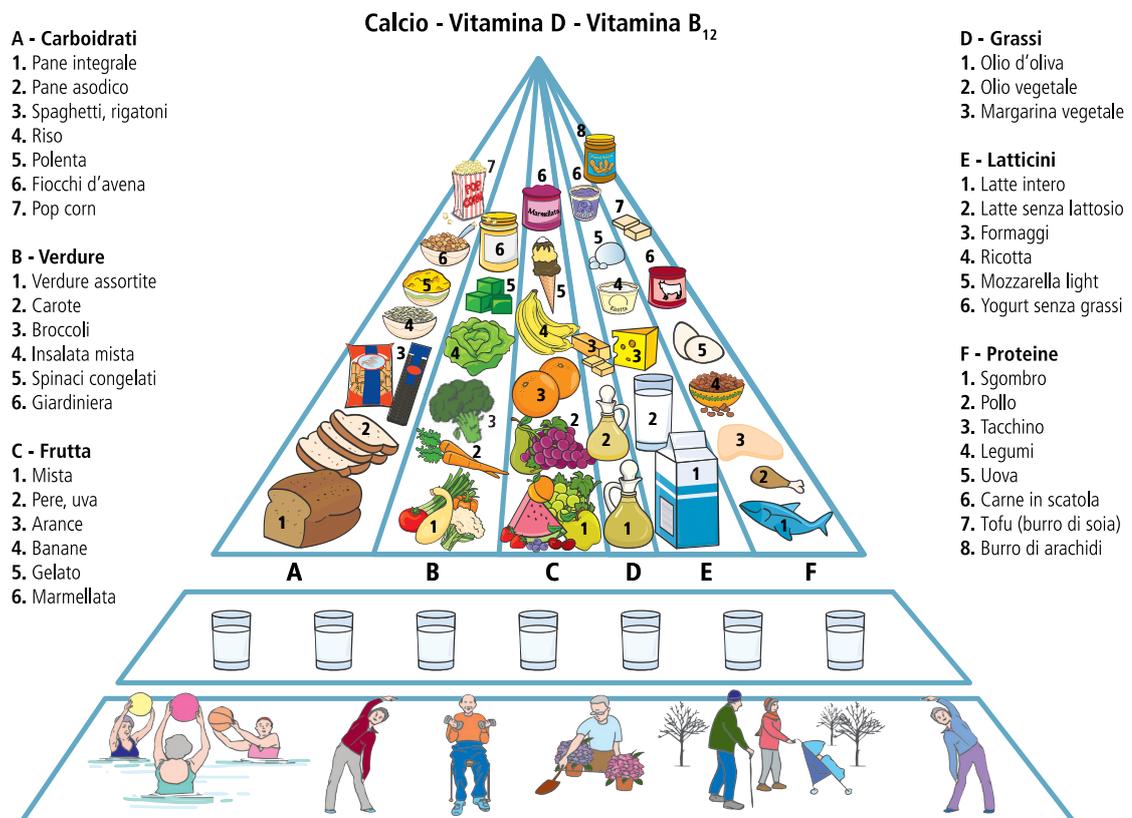


Figura 2.7 La "Mia piramide" per l'anziano del *Journal of Nutrition*.

liana della "Mia piramide" per l'anziano del *Journal of Nutrition*, conservandone invariata la struttura, ma suggerendo alcuni cambiamenti riguardanti soprattutto la preferenza della dieta mediterranea e per i nutrienti naturali.

2.7.3. Fumo

Il fumo costituisce uno dei più importanti fattori di rischio cardiovascolare, rispetto ad altre patologie e disabilità nell'anziano. Il fumo di tabacco comporta una riduzione della sopravvivenza nei soggetti di mezza età (45-54 anni) e di età più avanzata (65-74 anni). Il fumo di sigaretta rappresenta, inoltre, un fattore di rischio per la degenerazione maculare senile, la principale causa di cecità nei Paesi sviluppati. Studi prospettici dimostrano che il consumo di tabacco è associato a un maggiore rischio di demenza, inclusa la malattia di Alzheimer.

Anche l'esposizione al fumo passivo è un fattore di rischio per il tumore del polmone.

Nella popolazione anziana la prevalenza dei fumatori si riduce, ma rimane tuttavia importante continuare a promuovere la cessazione di tale abitudine nociva. Infatti, numerosi studi hanno dimostrato come anche i soggetti anziani, quando smettono di fumare, possono ottenere benefici, quali minore declino della funzionalità respiratoria e riduzione del rischio di malattie coronariche, di tumori e di ictus.

D'altra parte, ottenere la cessazione del fumo negli anziani risulta più difficile che nelle persone più giovani. I maggiori successi sono stati ottenuti nei maschi con elevato livello di cultura.

Strategie specifiche per la cessazione del fumo negli anziani non risultano tuttora validate. Per esempio, nelle linee guida pubblicate dall'AHCPR (*US Agency for Health Care Policy and Research*) non si fa alcun accenno al problema della cessazione del fumo negli anziani e delle terapie even-

tualmente per loro proposte, come chewing-gum alla nicotina o cerotto alla nicotina.

È indispensabile arrivare a protocolli specifici per i soggetti anziani, previa una migliore conoscenza dei loro modi di pensare sia dei maschi sia delle femmine e delle eventuali ragioni che essi adducono sull'intenzione di smettere o di continuare a fumare.

2.7.4. Abuso di bevande alcoliche

Un consumo di alcool maggiore rispetto a quello moderato può determinare effetti negativi per la salute, in termini di aumentato rischio di numerose malattie (ipertensione, cancro della mammella, del colon, dell'esofago, del fegato, del capo e del collo, cirrosi, sanguinamento gastrointestinale, pancreatiti, cardiomiopatia, attacchi epilettici, degenerazione cerebellare, neuropatia periferica, cadute, deterioramento cognitivo e demenza, insonnia, depressione) e di mortalità.

2.7.5. Vaccinazioni

Influenza e polmonite

L'influenza e la polmonite pneumococcica sono causa di aumento dei ricoveri ospedalieri e della mortalità e, pertanto, costituiscono un rilevante carico assistenziale ed economico in tutti i Paesi occidentali.

Queste due malattie costituiscono la quinta causa di morte nelle persone anziane negli Stati Uniti (40.000 morti l'anno per influenza nelle persone a rischio, fra cui gli ospiti nelle nursing home; 60.000 nuovi casi l'anno di infezioni pneumococciche invasive con una mortalità del 30-40%). La vaccinazione antinfluenzale si è dimostrata efficace sia negli anziani in buona salute sia negli anziani fragili. In uno studio su ultrasessantacinquenni di 3 HMO (*Healthcare Management Organization*) per un totale di 122.974 e 158.454, rispettivamente

nel 1996-1997 (vaccinati 57,7%) e nel 1997-1998 (vaccinati 58,1%), la vaccinazione è risultata efficace nel ridurre il rischio in tutte le categorie di soggetti. L'efficacia è comunque maggiore nei casi ad alto rischio: nel primo anno, 26-56 soggetti ad alto rischio erano da vaccinare per evitare un ricovero per polmonite o la morte contro 264 soggetti sani (50-150 contro 290 nel secondo anno).

La vaccinazione pneumococcica è consigliabile per tutti gli anziani, con eventuale rivaccinazione dopo 5 anni dalla prima (protezione del 60-70%). Una diminuzione del 30% della polmonite pneumococcica negli anziani è stata osservata dopo l'introduzione della vaccinazione nei bambini.

Herpes zoster

L'incidenza e la gravità dell'herpes zoster aumentano progressivamente con l'età, soprattutto negli anziani fragili. Il carico morbigeno della nevralgia postherpetica è stato paragonato a quello dello scompenso cardiaco o del diabete. Recentemente è stato introdotto un vaccino che si è dimostrato molto efficace in almeno il 50% dei casi.

Il riscontro di un'elevata percentuale di anziani che ancora non vengono vaccinati ogni anno sembra dipendere soprattutto dalla scarsa educazione "immunologica" degli anziani stessi.

È importante promuovere un'educazione alla salute degli anziani in questo settore e un obiettivo della sanità pubblica è quindi quello di estendere la copertura vaccinale a una percentuale sempre maggiore di anziani (*Tabella 2.4*).

2.8. Determinanti sociosanitari di promozione della salute

La promozione della salute è definita dall'OMS come quella serie di strategie aventi come obiettivo principale il controllo e il miglioramento della salute della popolazione. In tale prospettiva sono

trattate di seguito le strategie di prevenzione delle principali patologie e sindromi geriatriche e di prevenzione terziaria. Si rimanda ai capitoli successivi la presentazione dell'impatto della qualità degli interventi erogati dalla rete integrata dei servizi di assistenza continuativa.

2.9. Criteri generali di prevenzione per le persone di età avanzata

La distinzione fondamentale tra anziano con salute soddisfacente e anziano fragile è preliminarmente indispensabile per un approccio corretto a questa tematica.

La medicina basata sull'evidenza (*Evidence-Based Medicine*, EBM) costituisce un punto fermo per il medico nella scelta degli interventi da operare. L'obiettivo dell'EBM è, infatti, rappresentato dalla possibilità di garantire un fondamento scientifico agli interventi medici. La parte fondante dell'EBM è costituita dalle "linee guida" derivanti dai risultati dei *trials* clinici e dalle metanalisi di questi risultati. Le linee guida per molte problematiche riguardanti il paziente geriatrico sono però mancanti o inconclusive.

L'applicabilità dell'EBM alla medicina geriatrica è infatti complicata dalla tipologia dei malati anziani. In geriatria, l'estrema variabilità del processo di invecchiamento rende impossibile stabilire, statisticamente parlando, una norma unica in grado di riflettere per intero la realtà anziana. Come diretta conseguenza, solo alcuni anziani vengono inclusi nei *trials* clinici. Si tratta di anziani affetti da un'unica patologia, ma non da altre malattie importanti e che, contemporaneamente, non presentano significativi deficit cognitivi o funzionali. Gran parte degli altri anziani viene esclusa sia per la presenza di una comorbilità tale da rendere insicuro il raggiungimento dell'obiettivo del *trial* di valutazione dell'efficacia di un trattamento per

Tabella 2.4 Raccomandazioni EUGMS-IAGG per le vaccinazioni in adulti di età > 60 anni nell'Europa occidentale

Programma delle vaccinazioni	Vaccinazioni raccomandate	Considerazioni
Cominciare a 60 giorni (se possibilmente anche prima)	<ul style="list-style-type: none"> • Tetano-difterite-pertosse • Vaccino trivalente • Vaccino anti-pneumococcico • Herpes zoster 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutare lo stato delle vaccinazioni <ul style="list-style-type: none"> - Se non vi è evidenza di precedenti vaccinazioni, cominciare un nuovo ciclo completo di vaccinazioni - Se l'ultimo richiamo risale a ≥ 10 anni, somministrare una dose di richiamo • Adattare al ceppo dell'anno • Valutare lo stato delle vaccinazioni: se il vaccino è stato somministrato ≥ 5 anni prima, somministrare una dose • Valutare lo stato delle vaccinazioni
Richiami	<ul style="list-style-type: none"> • Vaccino antinfluenzale • Vaccino anti-pneumococcico • Tetano-difterite-pertosse • Herpes zoster 	<ul style="list-style-type: none"> • Ogni anno • Ogni 5 anni • Ogni 10 anni • Non ancora definito
Indicazioni speciali 1. Nuove lesioni 2. Ripetuti ingressi in ospedale 3. Presenza di un infermiere al domicilio	<ul style="list-style-type: none"> • Tetano o tetano-difterite o tetano-difterite-pertosse • Vaccino anti-pneumococcico • Tetano-difterite-pertosse • Vaccino antinfluenzale • Vaccino anti-pneumococcico • Herpes zoster 	<ul style="list-style-type: none"> • Se non vi è evidenza di precedenti vaccinazioni, cominciare un nuovo ciclo completo di vaccinazioni <ul style="list-style-type: none"> - Se l'ultimo richiamo risale a ≥ 10 anni, somministrare una dose di richiamo • Indagare la storia vaccinale; se il vaccino è stato somministrato da ≥ 5 anni, effettuare un richiamo • Se non vi è evidenza di precedenti vaccinazioni, cominciare un nuovo ciclo completo di vaccinazioni <ul style="list-style-type: none"> - Se l'ultimo richiamo risale a ≥ 10 anni, somministrare una dose di richiamo • Non superare i limiti di età • L'immunità di massa è importante per i pazienti delle Nursing Home e per la salute dei professionisti sanitari • Se già vaccinato, un richiamo è raccomandato se la vaccinazione è stata effettuata da ≥ 5 anni • Se non ancora vaccinato, somministrare una dose. Se già vaccinato, la necessità di rivaccinazione non è nota

una sola malattia, sia a causa di deficit funzionali o cognitivi tali da costituire un ostacolo per il regolare svolgimento del follow-up. Nella pratica clinica di tutti i giorni, il medico curante avrà così modo di confrontarsi con trattamenti efficaci in base ai risultati di *trials* e metanalisi condotti, però, in pazienti con caratteristiche per molti versi dissimili da quelle del "suo" anziano per il quale in quel momento si troverà a decidere. Inoltre, sono totalmente mancanti in letteratura *trials* e linee guida sulla comorbilità. Il problema è

stato dibattuto in modo autorevole nelle più importanti riviste mediche. In un articolo su un numero di JAMA si fa l'esempio di una donna di 79 anni affetta da ipertensione, diabete, osteoporosi, osteoartrosi e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), cioè da un tipo di comorbilità molto comune in un paziente geriatrico. Sulla base delle singole linee guida per ognuna di queste cinque malattie, oltre a una dieta particolare, le dovrebbero essere prescritti 15 farmaci diversi in 26 distinte assunzioni giornaliere. Mancando un'EBM della

comorbilità dell'anziano, ne deriva che il medico non può disporre di evidenze che lo aiutino a capire in modo sicuro, fra l'altro, quali possano essere i vantaggi e i rischi di simili politerapie.

In ultima analisi, appare evidente come diverse problematiche di medicina preventiva debbano essere affrontate nell'anziano fragile in modo diverso da quanto applicato ai soggetti più giovani in un modo sostanzialmente standardizzato.

Per esempio, uno studio recente pubblicato sul *Journal of the American Geriatrics Society* ha messo in evidenza un fenomeno apparentemente paradossale di una relazione tra aumento delle lipoproteine a bassa densità (*low-density lipoprotein*, LDL) e la riduzione del rischio di mortalità, di eventi cardiovascolari e di deterioramento fisico e cognitivo in anziani, che, seguiti per oltre 4 anni, erano in buona salute in condizioni basali. È stato ipotizzato che l'apparente paradosso fosse dovuto alla diminuzione delle LDL causata dall'aumento delle citochine infiammatorie, caratteristico quest'ultimo dell'invecchiamento patologico e coincidente con la comparsa di patologie importanti. Un altro esempio è rappresentato dalle problematiche che si presentano nel trattamento di un ultraottantenne iperteso. L'unico *trial* su una casistica di ultraottantenni è l'HYVET (*The Hypertension in the Very Elderly Trial*), che ha dimostrato l'efficacia della terapia antipertensiva per la prevenzione primaria e secondaria (ictus fatale e non fatale, scompenso cardiaco e mortalità generale) solo, però, in casi con ipertensione sistolica ≥ 160 mmHg. Per anziani di pari età, ma con valori pressori tra 140 e 160 mmHg, non esistono sinora evidenze da alcun altro *trial* clinico. Le principali linee guida sull'ipertensione arteriosa non forniscono, tuttavia, indicazioni differenti di trattamento in rapporto all'età dei soggetti, malgrado sia ampiamente noto che l'età avanzata comporta un aumentato rischio di ipotensione ortostatica.

In ultraottantenni ipertesi, il risultato della terapia antipertensiva dipende dall'intensità del trattamento, in quanto la sopravvivenza e l'indice di qualità della vita sono migliori nei casi con valori pressori uguali al massimo normale, cioè 139/85 mmHg, mentre al di sotto di questi valori sopravvivenza e indice di qualità della vita peggiorano significativamente. Si è osservato, infine, che in un gruppo di anziani istituzionalizzati con età media superiore a 83 anni il più forte predittore di mortalità era il livello di ipotensione ortostatica postprandiale: i valori della pressione sistolica e di quella differenziale non aggiungevano informazioni statistiche migliori di quelle fornite dall'ipotensione ortostatica postprandiale.

Un ulteriore punto importante da menzionare è la relazione fra tempo necessario per la comparsa dei risultati positivi dell'intervento preventivo e la valutazione del tempo presumibile di sopravvivenza del paziente. La *Figura 2.8* mostra la suddivisione in quartili dell'aspettativa di vita nelle persone con 70 o più anni.

Le notevoli variazioni presenti nell'ambito di una stessa classe d'età sono espressione della diversa condizione biologica esistente in soggetti con identica età anagrafica, di cui, però, il medico deve tenere conto quando deve valutare l'opportunità di uno screening o l'inizio di una terapia preventiva in una persona di età particolarmente avanzata.

Attuare strategie di prevenzione appare di particolare rilevanza anche nei confronti delle sindromi geriatriche, quali per esempio cadute, fratture e osteoporosi. Per queste è importante un inquadramento diagnostico e terapeutico dei problemi medici e, inoltre, si devono identificare e correggere i rischi ambientali e, ove possibile, modificare le abitudini dei pazienti. Interventi singoli si sono dimostrati in grado di prevenire il rischio di cadute, ma un approccio multidimensionale, atto a valutare e a intervenire sulla globalità delle pro-

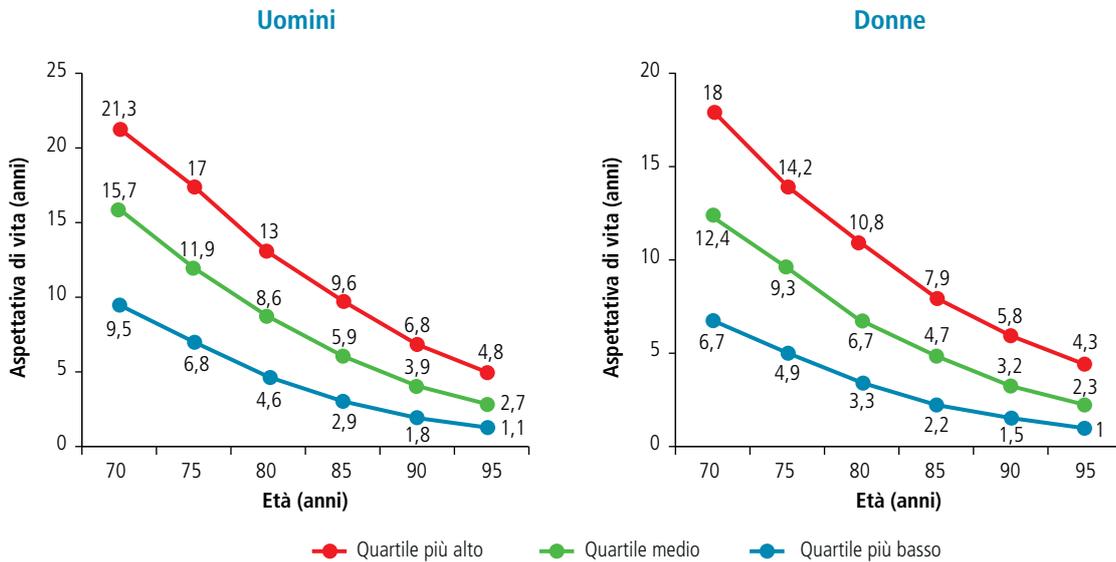


Figura 2.8 Aspettativa di vita frazionata in quartili, nei soggetti di 70-95 anni, suddivisi per classi d'età di 5 anni, della popolazione statunitense. Per esempio, una donna di 85 anni avrà un'aspettativa di vita variabile da 2,9 (25% dei casi) a 5,9 anni (50% dei casi) e 9,6 anni (25% dei casi). È facilmente comprensibile che tali differenze nella durata della vita sono dipendenti dalle condizioni di salute del singolo caso e, in particolare, dal suo livello di fragilità. Per esempio, sarà più probabile che un'anziana fragile, cioè con 3-5 marker di fragilità, abbia una durata della vita di 2,9 piuttosto che di 9,6 anni.

blematiche che hanno portato l'anziano a cadere, rappresenta certamente il miglior tipo di prevenzione. Infatti, un approccio multidimensionale ai problemi del paziente permette la riduzione del 30% a 1 anno del rischio di cadute: l'intervento consiste nell'identificare e trattare i fattori – medici e non – che predispongono alle cadute. Secondo alcuni recenti studi epidemiologici, le strategie di screening e trattamento dell'osteoporosi starebbero già in questi anni modificando il trend d'incidenza della frattura di femore, causandone una riduzione, almeno nella popolazione femminile. Sebbene sussista una certa incertezza circa il rapporto costo-efficacia dell'applicazione indiscriminata di screening e trattamento dell'osteoporosi, dati recenti indicano che strategie integrate di sensibilizzazione dei medici e della popolazione, di screening sistematico e di trattamento dell'osteoporosi sono in grado non solo di ridurre l'incidenza di

fratture (anche nelle fasce di età più avanzata), ma anche di diminuire sensibilmente la spesa sanitaria in un orizzonte di tempo relativamente breve (5 anni). Per la prevenzione secondaria delle cadute occorre tenere conto che le donne che hanno riportato una frattura di femore sono a elevato rischio (2,3% annuo) di una seconda frattura d'anca. I fattori di rischio per una seconda frattura in queste donne sono gli stessi che condizionano il rischio di una prima frattura. Ciononostante è stato evidenziato che solo un'esigua minoranza di anziani con frattura di femore viene sottoposta a densitometria ossea, sia in ospedale sia dopo l'intervento; il 75% dei pazienti non riceve alcuna terapia per l'osteoporosi, anche a distanza dall'intervento chirurgico; tra questi pazienti, l'incidenza a 1 anno di nuove fratture di femore è risultata pari al 12,5%.

Un ulteriore esempio riguarda la sindrome da im-

mobilitazione, che fra tutte le sindromi geriatriche è quella più rappresentativa dello stadio ultimo della fragilità senile e ha come meccanismi di base diverse condizioni intrinseche o situazioni ambientali che rientrano in tre grandi categorie: decadimento funzionale età-correlato, causa prima della fragilità; patologie a elevato rischio di disabilità (ictus, scompenso cardiaco, fratture, artrosi ecc.); ricovero ospedaliero conseguenza di tali patologie, tenendo conto delle stesse svariate situazioni legate all'ospedalizzazione. La sindrome da immobilizzazione si configura, dunque, come risultato di una serie complessa di circoli viziosi, quali per esempio la triade fragilità-patologie-ospedalizzazione, l'allettamento (come condizione di rischio favorita dall'ospedalizzazione), l'interrelazione fra immobilità e riassorbimento osseo (a sua volta condizionata dalla concomitante carenza di vitamina D, nell'ambito del quadro multicarenziale dell'anziano fragile) e tra immobilità e solitudine nel letto, cioè la confusione mentale (solitudine e immobilizzazione), la sarcopenia (immobilità) e il declino funzionale, la malnutrizione (solitudine + immobilità = perdita di appetito), la comparsa di infezioni, lo sviluppo di piaghe da decubito e l'ipotermia.

Non possono, pertanto, esservi dubbi sulla necessità di ridurre al minimo il rischio di sindrome di immobilizzazione nell'anziano fragile ospedalizzato o istituzionalizzato o assistito a domicilio, attraverso un'adeguata assistenza gestita da equipe multiprofessionali.

2.10. La prevenzione terziaria in geriatria

La riabilitazione è un importante intervento per ridurre la disabilità o per contrastarne la progressione nell'anziano. La specificità dell'approccio riabilitativo geriatrico deriva direttamente dalla complessità clinica del paziente anziano da riabilitare, caratterizzato da multimorbilità, instabilità clinica

e fragilità. La riabilitazione "classicamente intesa" è diretta alla malattia che ha causato la disabilità o alla disabilità stessa e alle limitazioni funzionali che la sottendono, mentre la riabilitazione geriatrica necessita di una visione più "ampia" dei bisogni del paziente, guarda alle interazioni possibili tra i molteplici problemi di salute e le condizioni socio-abitative, ai rischi possibili, agli interventi di prevenzione. Infatti, la disabilità negli anziani è di regola dovuta a più malattie contemporaneamente presenti in un paziente che mostra comunemente problemi cognitivi, affettivi, nutrizionali e di eventi avversi da farmaci, pertanto il recupero funzionale è non solo più lento, ma anche spesso incompleto. Un elemento di estrema rilevanza pratica è la frequente instabilità clinica dei soggetti anziani che necessitano di riabilitazione. La gestione ottimale dell'instabilità clinica dovrebbe essere considerata un obiettivo primario della riabilitazione geriatrica, di importanza analoga allo specifico intervento di recupero funzionale. Pertanto, la riabilitazione geriatrica deve essere effettuata da un team interdisciplinare coordinato dal geriatra che utilizzi come metodo quello della valutazione multidimensionale geriatrica (VMD) e che si preoccupi di garantire una reale assistenza continuativa. In questo modo la riabilitazione in anziani opportunamente selezionati tramite la VMD produce risultati almeno simili a quelli osservati in pazienti comparabili di età inferiore.

Nell'anziano fragile deve essere enfatizzata la strategia degli "small gains". In un soggetto disabile e decondizionato, anche un intervento riabilitativo a bassa intensità può fare la differenza tra dipendenza e indipendenza o discriminare tra il rientro al domicilio e l'istituzionalizzazione. Un aspetto di crescente rilevanza nell'ambito della riabilitazione geriatrica è l'intervento nei confronti dei soggetti affetti da deterioramento cognitivo. A differenza del recente passato, il deterioramento

non è più una controindicazione a priori all'intervento riabilitativo, anche se ovviamente esso andrà modulato in funzione della gravità della compromissione cognitiva. Nel paziente con deterioramento cognitivo lieve-moderato, l'approccio riabilitativo neuromotorio non è dissimile da quello che viene effettuato nel paziente cognitivamente integro, con la differenza che può essere associato a un trattamento di riabilitazione cognitiva. Per quanto concerne il trattamento riabilitativo nel soggetto con demenza grave, non esistono a oggi studi randomizzati e controllati che abbiano confrontato trattamenti riabilitativi specifici. Il paziente con demenza severa ha una ridotta capacità di mantenere l'attenzione sul compito ed è pertanto facilmente distraibile. Dovrà quindi essere ricercata la sua collaborazione attraverso approcci comunicativi specifici, ambienti idonei, coinvolgimento diretto del caregiver. I problemi clinici più comuni che necessitano di riabilitazione nell'anziano comprendono la frattura di femore, l'ictus, la sindrome da immobilizzazione conseguente spesso a un insieme di patologie (cadute, scompenso cardiaco, BPCO).

Bibliografia

- American College of Sports Medicine, Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc* 2009; 41: 1510-30
- Bartali B, Salvini S, Turrini A, et al. Age and disability affect dietary intake. *J Nutr* 2003; 133: 2868-73
- Bassuk SS, Berkman LF, Amick BC. Socioeconomic status and mortality among the elderly: findings from four US communities. *Am J Epidemiol* 2002; 155: 520-33
- Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al.; HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008; 358: 1887-98
- Carbonin P. Eterna giovinezza o fragilità. Le conoscenze di base sull'invecchiamento. Milano: Vita e Pensiero 2009
- Fiatarone MA, O'Neill EF, Ryan ND, et al. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *N Engl J Med* 1994; 330: 1769-75
- Grandes G, Sánchez A, Torcal J, et al.; PEPAF Group. Targeting physical activity promotion in general practice: characteristics of inactive patients and willingness to change. *BMC Public Health* 2008; 8: 172
- Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature—What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006; 10: 466-85
- <http://whqlibdoc.who.int/hq>. Ultima consultazione: novembre 2010
- Jemal A, Thun MJ, Ries LA, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2005, featuring trends in lung cancer, tobacco use, and tobacco control. *J Natl Cancer Inst* 2008; 100: 1672-94
- Knoops KT, de Groot LC, Kromhout D, et al. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA* 2004; 292: 1433-9
- Landi F, Cesari M, Onder G, et al. Physical activity and mortality in frail, community-living elderly patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59: 833-7
- Lichtenstein AH, Rasmussen H, Yu WW, et al. Modified My Pyramid for Older Adults. *J Nutr* 2008; 138: 5-11
- Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ* 2000; 320: 1200-4
- Metcalfe C. Exercise training in patients with chronic heart failure: more information is needed on outcomes in individual studies. *BMJ* 2004; 328: 711
- Michel JP, Chidiac C, Grubeck-Loebenstien B, et al. Advocating vaccination of adults aged 60 years and older in Western Europe: statement by the Joint Vaccine Working Group of the European Union Geriatric

Medicine Society and the International Association of Gerontology and Geriatrics-European Region. *Rejuvenation Res* 2009; 12: 127-35

Montross LP, Depp C, Daly J, et al. Correlates of self-rated successful aging among community-dwelling older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14: 43-51

Piepoli MF, Davos C, Francis DP, Coats AJ; ExTraMATCH Collaborative. Exercise training meta-analysis of trials in patients with chronic heart failure (ExTraMATCH). *BMJ* 2004; 328: 189

Von Faber M, Bootsma-van der Wiel A, van Exel E, et al. Successful aging in the oldest old: Who can be characterized as successfully aged? *Arch Intern Med* 2001; 161: 2694-700

Wilkinson RG. Income distribution and life expectancy. *BMJ* 1992; 304: 165-8

Williamson J, Pahor M. Evidence regarding the benefits of physical exercise. *Arch Int Med* 2010: 124-5

World Health Organization. Active ageing. A policy frame work. 2002

3. L'approccio all'anziano fragile

3.1. La sindrome di fragilità dell'anziano

Fra i soggetti con età superiore ai 65 anni, il 30% non è affetto da alcuna patologia importante (robusti), il 20% riferisce una patologia cronica senza particolari effetti sulla funzione fisica e cognitiva e il 50% presenta morbidità croniche multiple, con conseguenti problemi di mobilità o difficoltà nello svolgimento delle attività della vita quotidiana in almeno il 40% dei casi. Dei soggetti con più di 70 anni, il 10% ha uno stato di salute instabile, è affetto da morbidità complesse e va incontro a un rapido deterioramento delle capacità fisiche e cognitive. Nella letteratura geriatrica ci si riferisce a questi soggetti come "fragili".

Numerosi sono i tentativi di identificare gli anziani a rischio di disabilità e le sperimentazioni di interventi multidisciplinari diretti a prevenire – o almeno ritardare ("compressione della disabilità") – il decadimento fisico e cognitivo che spesso si associa all'invecchiamento accelerato, spostando verso il termine della vita la comparsa di limitazioni nelle attività quotidiane (vedi *Capitolo 2, Figura 2.1*). Per definire questa popolazione "a rischio" vengono chiamate in causa la fragilità e la multimorbidità, considerate tra le "sindromi geriatriche" un raggruppamento di varie entità ancora oggi scarsamente definito.

Disabilità e fragilità, pur essendo due condizioni

distinte, hanno in comune molte caratteristiche: la loro prevalenza aumenta all'aumentare dell'età, hanno una natura multifattoriale e condividono alcuni fattori di rischio, oltre ad alcuni meccanismi fisio-pato-genetici.

Nonostante una generale concordanza sulle principali caratteristiche della fragilità nell'anziano, la patogenesi di questa sindrome rimane ancora da definire con soddisfacente precisione: alcuni ricercatori ritengono la fragilità un'accelerazione dei processi che producono l'invecchiamento, mentre altri hanno ipotizzato una fisiopatologia peculiare, distinta e indipendente da quella delle malattie croniche che sottendono alla multimorbidità.

La ricerca biomedica ha migliorato la conoscenza dei meccanismi fisiopatologici di molte malattie e ha evidenziato le differenti necessità terapeutiche dei soggetti più anziani rispetto a quelli giovani. Inoltre, dati raccolti su popolazioni diverse dimostrano come prevenzione e trattamenti efficaci possano fare molto per evitare o ritardare l'inizio delle malattie croniche e rallentarne l'evoluzione clinica. Tuttavia, è sempre più evidente che l'approccio medico tradizionale al paziente anziano ha limitata efficacia nel rallentare il processo che conduce alla perdita di funzione e allo sviluppo di disabilità. Negli anziani, e soprattutto nei molto anziani, esiste cioè una sostanziale discrepanza tra

malattia e decadimento funzionale, tanto che la cura focalizzata sulle singole malattie può avere effetti modesti sulla salute globale. Sebbene questo fenomeno sia stato descritto da alcuni decenni, la sua origine e le sue conseguenze sulle modalità di curare gli anziani sono ancora oggi il centro focale della ricerca sia gerontologica che geriatrica.

Un aspetto qualificante di questa ricerca è stato quello di dimostrare che la condizione di fragilità, comunque definita, è di gran lunga il fattore di rischio più importante per il decadimento funzionale sia fisico che cognitivo, indipendentemente dalla diagnosi di malattia. Quindi, l'obiettivo degli interventi di prevenzione della disabilità nella popolazione anziana dovrebbe essere mirato a identificare i soggetti a "rischio", cioè i fragili, al fine di mettere in atto misure che possano prevenire l'evoluzione della fragilità in disabilità. Almeno teoricamente sarebbe importante anche prevenire lo sviluppo della fragilità. Tuttavia, poiché i meccanismi che conducono alla fragilità età-correlata sono a tutt'oggi non del tutto noti, questo approccio non è per ora perseguibile.

La prevenzione primaria delle malattie cardiache e dell'ictus ha determinato una riduzione della mortalità cardiovascolare del 25%. A questi risultati si devono aggiungere quelli derivati dalla prevenzione secondaria. Se si conseguissero effetti comparabili sulla prevenzione e sul trattamento della fragilità, gli effetti sulla salute degli anziani e sulla riduzione della spesa sanitaria sarebbero smisurati. Per questo motivo, alcuni economisti hanno sostenuto che la ricerca sull'invecchiamento e sulla fragilità rappresenta il settore più importante della ricerca biomedica e dovrebbe essere potenziata.

3.1.1. Definizione di fragilità

Per comprendere il significato di anziano fragile è necessario fare riferimento a un quadro che, oltre alla presenza di vera e propria malattia, consideri

le modificazioni prodotte dall'invecchiamento a livello dei vari sistemi, poiché a queste sono strettamente correlati i profili di fragilità. Inoltre, è proprio dalle teorie dell'invecchiamento che si è spesso partiti per dare una definizione fenomenologica di fragilità. Numerosi gruppi di ricercatori di base e clinici sono impegnati in questo ambito di studio e le definizioni elaborate per questa condizione sono molteplici: tutte condividono, comunque, il denominatore di ridotta riserva funzionale, con progressiva inefficienza dei meccanismi deputati a ripristinare l'omeostasi biologica. Da qui il termine fragilità, che indica una marcata vulnerabilità a seguito di condizioni stressanti, come traumi anche modesti e condizioni acute di malattie.

Nel corso dell'invecchiamento, la funzione di vari sistemi e apparati tende a diminuire, con complesse interazioni organo-specifiche. Alcune funzioni che richiedono elevati livelli di integrazione vanno incontro a modificazioni attraverso meccanismi assai più complessi e non completamente compresi. L'esempio più evidente è la generale riduzione della velocità del cammino, un fenomeno cui contribuiscono alterazioni del sistema nervoso centrale e periferico, insieme alla riduzione dell'efficienza cardio-respiratoria e della capacità aerobica del muscolo scheletrico. Come detto in precedenza, la fragilità si rende soprattutto evidente in condizioni che richiedono un rapido adattamento omeostatico, quali l'esercizio fisico intenso, importanti variazioni della temperatura ambientale o l'insorgenza di malattie acute.

Nella sua definizione più semplice, dunque, la fragilità è intesa come maggiore vulnerabilità dell'individuo agli stress e, quindi, rappresenta una situazione complessa associata a numerose condizioni (*Tabella 3.1*) che predispongono a esiti negativi e possiede connotati specifici che la diversificano dalla disabilità e dalla comorbilità con le quali, tuttavia, presenta alcune sovrapposizioni.

Tabella 3.1 Comuni indicatori di fragilità

- Età avanzata
- Declino funzionale, disabilità fisica e necessità di aiuto nelle ADL/IADL
- Frequenti cadute e traumi (frattura di femore)
- Malattie croniche
- Polifarmacoterapia
- Stato sociale: dipendenza o necessità di caregivers
- Stato cognitivo: deterioramento o depressione
- Istituzionalizzazione o ospedalizzazione
- Malnutrizione
- Stato infiammatorio e disendocrino

3.1.2. Modelli interpretativi della fragilità

Nel corso degli ultimi 20 anni, vari ricercatori hanno disegnato modelli interpretativi della fragilità, con l'obiettivo di identificarne i determinanti nelle complesse interazioni tra ambiente e fisiopatologia e quindi di spiegare lo sviluppo di

quella maggiore suscettibilità rispetto a eventi stressanti.

Fragilità come sindrome biologica

Il gruppo di ricerca coordinato da Linda Fried è quello che ha proposto uno dei modelli interpretativi della fragilità più convincenti per la pratica. Utilizzando dati del *Cardiovascular Health Study*, questi ricercatori hanno tracciato un "ciclo della fragilità" che si trasformerebbe in una caduta a spirale la quale, in assenza di interventi, porterebbe a eventi catastrofici (*Figura 3.1*).

Da questo modello è scaturita una definizione operativa di fragilità in cui hanno un ruolo centrale sarcopenia e malnutrizione, che condurrebbero a ridotta produzione di energia e quindi condizionerebbero negativamente attività fondamentali quali camminare o mantenere l'equilibrio. A fronte di richieste di adattamento prolungate o

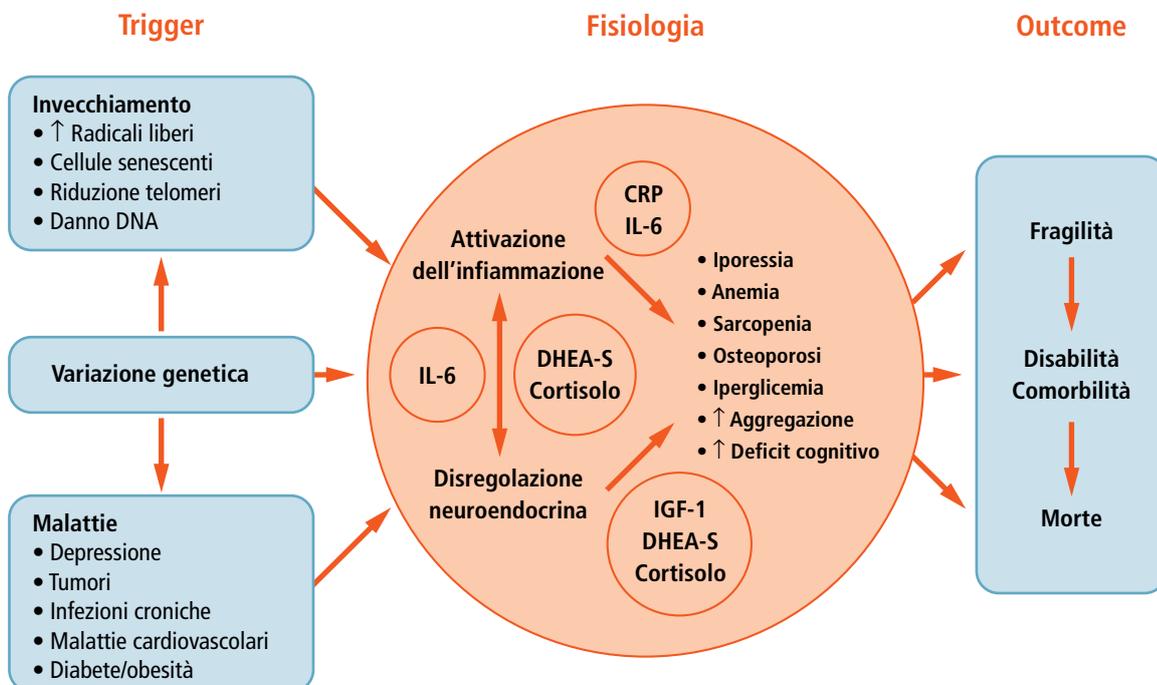
**Figura 3.1** Modello fisiopatologico di genesi della fragilità negli anziani.

Tabella 3.2 Identificazione della sindrome di fragilità secondo Fried et al.

Il fenotipo fragile

- Perdita di peso involontaria
- Bassa velocità del passo
- Scarsi livelli di attività fisica
- Facile affaticabilità
- Debolezza muscolare (*low grip strenght*)
 - 3-5: Fragile
 - 1-2: Intermedio ("pre-fragile")
 - 0: Non fragile

eccessive rispetto alla capacità di risposta, diviene possibile la comparsa di disabilità. Tale modello mette in luce anche la relazione tra fragilità e disabilità: quest'ultima sarebbe il risultato dell'aggravarsi della perdita delle capacità di adattamento e della debolezza muscolare.

Il modello riconosce che alla genesi della fragilità contribuiscono le malattie – acute e croniche – intese come eventi stressanti che si sommano alle modificazioni legate all'invecchiamento. La cascata di eventi conduce a un quadro sindromico che è almeno in parte indipendente dagli eventi che lo hanno determinato ed è caratterizzato da 5 condizioni misurabili: *debolezza muscolare, perdita involontaria di peso, riduzione della velocità del cammino, ridotto livello di attività fisica e maggiore senso di fatica*. Secondo questo approccio, coloro che presentano 3 o più di tali condizioni possono considerarsi fragili (Tabella 3.2).

Utilizzando questi criteri, nello *Women's Health and Aging Study* condotto su pazienti anziane disabili nell'area metropolitana di Baltimora, la prevalenza di fragilità è risultata del 6,9%, con progressivo aumento età-associato.

Studi longitudinali con esteso follow-up hanno documentato come la presenza di fragilità sia un potente fattore predittivo della mortalità (Figura 3.2) e anche del tasso di ospedalizzazioni. Uno studio epidemiologico nell'area del Chianti fio-

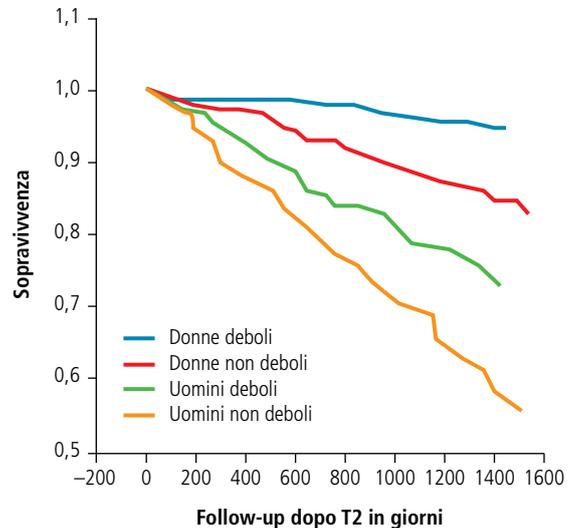


Figura 3.2 Sopravvivenza per sesso in funzione della presenza di fragilità nel *Longitudinal Aging Study* di Amsterdam (modificata graficamente da Puts et al., 2005).

rentino ha confermato che un introito insufficiente di nutrienti e un deficit di massa muscolare si associano alla fragilità e producono effetti negativi sulla salute.

È importante sottolineare che, secondo questo modello, la fragilità si svilupperebbe attraverso un meccanismo fisiopatologico che, se pure in parte ignoto, potrebbe rappresentare un target terapeutico, suscettibile quindi di prevenzione e/o trattamento.

Secondo altri modelli, derivati da studi di popolazione, la fragilità è interpretata come indice di entropia della fisiologia umana: quanto maggiore è l'entropia, tanto maggiore è la probabilità che ciascun deficit si manifesti e che un soggetto abbia deficit multipli. Il riferimento all'entropia come fenomeno universale, nella fisica come nella biologia, lascia poco margine alla possibilità di interventi per evitare o modulare il processo. Tale approccio, pur sostenuto da una serie di studi empirici su ampie popolazioni, è criticabile essen-

zialmente per il fatto che non viene spiegata l'origine dell'ipotetica crescente entropia.

3.1.3. Gli strumenti di misura della fragilità

Le ricerche sull'associazione tra fragilità e prognosi hanno messo in evidenza i più importanti domini fisiologici per il mantenimento di un buono stato di salute e di indipendenza funzionale delle persone anziane e, oltre a identificare le condizioni da tenere sotto controllo perché associate alla fragilità (vedi *Tabella 3.1*), costituiscono la base dottrinale per l'introduzione in clinica di test di performance fisica. Tali test sono diretti all'identificazione di anziani che, per ridotta performance, sono da considerare fragili e pertanto a elevato rischio prognostico. Un classico esempio di test di misura della performance fisica globale è rappresentato dalla *Short Physical Performance Battery* (SPPB) [*Figura 3.3*].

Il punteggio conseguito alla SPPB, di facile esecuzione non solo in studi di popolazione ma anche in ambulatorio e in ospedale, è un potente fattore predittivo della mortalità nella popolazione anziana, anche dopo aggiustamento per età, sesso, livelli di multimorbilità e stato cognitivo (*Tabella 3.3*).

Short Physical Performance Battery (SPPB)

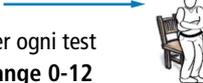
- Include tre test:
 - **Test dell'equilibrio** (fino a 10 secondi per prova)
 - Piedi uniti 
 - Semi-tandem 
 - Tandem 
 - **Test della marcia (4 m)** 
 - **Test della sedia** 
- Punteggio da 0 a 4 per ogni test
- **Punteggio totale: range 0-12**

Figura 3.3 Nella *Short Physical Performance Battery* (SPPB) il punteggio si ricava dall'appartenenza a uno dei quartili per ciascun test (modificata graficamente da Guralnik, 1994).

Tabella 3.3 Relazione tra *Short Physical Performance Battery* (SPPB) e mortalità in una popolazione non istituzionalizzata (modificata graficamente da Di Bari, 2006)

Modelli e variabili	Hazard ratio (IC 95%)	p
Modello 1		
Malattia		0,01
Livello 1	1	
Livello 2	1,4 (0,9-2,4)	0,16
Livello 3	1,6 (1,0-2,5)	0,048
Livello 4	2,2 (1,4-3,6)	0,001
Età	1,12 (1,11-1,15)	< 0,001
Sesso (femmine vs maschi)	0,5 (0,4-0,7)	< 0,001
SPPB score	0,02 (0,88-0,07)	0,002

È importante sottolineare come alcuni dei metodi di misura proposti non si limitino a considerare lo stato funzionale, ma prendano in considerazione anche il profilo psico-emozionale, la capacità di interazione sociale, gli indici più o meno complessi di comorbilità, le performance cognitive, l'uso di farmaci e lo stato nutrizionale.

Oltre allo sviluppo di modelli di analisi dei determinanti della fragilità nella popolazione anziana generale, molti sforzi sono stati condotti per l'identificazione dei soggetti anziani fragili che si ricoverano in ospedale, forse uno dei capitoli più complessi della geriatria clinica, che verrà affrontato in dettaglio in altre sezioni del presente Quaderno. Ciò nell'ambito del generale riconoscimento che il semplice trattamento della condizione che ha determinato il ricovero non è quasi mai sufficiente a migliorare lo stato di salute. Gli studi e i modelli di intervento proposti dalla letteratura sono molteplici. In generale, sono stati proposti strumenti valutativi integrati che pesano, da un lato, la multimorbilità e la correlata polifarmacoterapia e, dall'altro, le condizioni funzionali precedenti il ricovero, il profilo cognitivo, lo stato nutrizionale. Questi strumenti sono importanti soprattutto per identificare i pazienti a elevato rischio di scom-

penso che richiedono un'attenzione maggiore e interventi più aggressivi.

Poiché il problema risiede nell'instabilità omeostatica e nell'aumento di suscettibilità al di sopra di una soglia critica, il trattamento deve comprendere interventi tesi a migliorare l'omeostasi e a evitare le complicanze iatrogene dell'ospedalizzazione. Migliorare le condizioni ambientali, permettere l'accesso prolungato dei familiari e migliorare la comunicazione con lo staff può prevenire, per esempio, il delirium, un evento con conseguenze catastrofiche sulla prognosi dell'anziano fragile. Un aspetto importante e spesso trascurato riguarda il miglioramento dell'idratazione e della nutrizione, per quanto riguarda sia l'apporto energetico/proteico sia i micronutrienti, e l'evitare per quanto possibile l'immobilizzazione.

3.1.4. Interventi mirati alla prevenzione della disabilità negli anziani fragili

Vari tentativi sperimentali di trattamento della condizione di fragilità attraverso supplementazione di ormoni e nutrienti hanno prodotto alcuni risultati incoraggianti sulla possibilità di correggere elementi caratterizzanti della sindrome, ma ancora non definitivi in termini di outcome robusti, quali mortalità, ospedalizzazione e/o disabilità incidente. Sono invece consistenti le evidenze, riportate nel *Capitolo 2*, sul ruolo dell'attività fisica per la promozione e il mantenimento della salute degli anziani, qualsiasi siano la loro età e la condizione di salute.

3.2. L'anziano fragile e la medicina geriatrica

3.2.1. Medicina geriatrica *versus* medicina tradizionale

L'anziano fragile è per definizione il paziente geriatrico. Le caratteristiche della fragilità legata alla se-

nescenza fanno della Geriatria una medicina per molti aspetti diversa dalla quella "tradizionale". Scopo di quest'ultima è evitare, con la prevenzione e/o la guarigione delle singole malattie, la morte precoce. L'obiettivo primario della medicina geriatrica è, invece, ridurre al minimo il danno delle malattie croniche, ottimizzando l'utilizzazione delle funzioni residue. In ultima analisi, l'allungamento dell'aspettativa di vita viene a essere, per la medicina geriatrica, un obiettivo secondario rispetto all'ottenimento del migliore livello possibile di qualità di vita (*Tabella 3.4*), raggiungibile con la prevenzione della fragilità e la capacità di affrontare in modo globale le problematiche connesse alla fragilità stessa. Non esistono barriere concettuali tra i due tipi di medicina, che sono in effetti complementari una all'altra. Per i molti anziani privi dei marker di fragilità e con soddisfacente efficienza fisica, le strategie del medico restano quelle proprie della medicina tradizionale, cioè identiche a quelle valide per i pazienti più giovani. Se per la condizione di prefragilità si va progressivamente affermando l'importanza di originali strategie preventive, per l'an-

Tabella 3.4 Comuni indicatori di fragilità

Obiettivi della Medicina Tradizionale

- Contrastare la morte precoce con la prevenzione primaria e secondaria
- Guarire la malattia acuta (ottimizzazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche)
- Impedire la cronicizzazione delle patologie acute (ottimizzazione del recupero funzionale)
- Migliorare l'efficacia e l'efficienza degli interventi medici tramite evidenze scientifiche

Obiettivi della Medicina Geriatrica

- Prevenzione della fragilità dei soggetti a rischio
- Raggiungimento del migliore livello possibile della qualità di vita
- Valutazione multidimensionale del fabbisogno assistenziale
- Analisi critica delle evidenze scientifiche
- Individualizzazione dell'intervento in base a priorità derivanti dal fabbisogno assistenziale

ziano già fragile, invece, ha ormai assunto un'importanza preminente il criterio di un approccio assolutamente specifico, per molti aspetti diverso da quello utilizzato per tutti gli altri tipi di pazienti. Per questa ragione, il vero paziente geriatrico è identificato nell'anziano fragile.

Il paziente geriatrico rappresenta il cliente che il medico incontra nella sua attività con particolare frequenza, che appare destinata ad aumentare progressivamente nei prossimi anni, per via del crescente aumento del numero di soggetti nelle fasce d'età più avanzate, dove si trova la maggiore prevalenza di fragilità (vedi *Capitolo 1, Figura 1.8*). Per esempio, il tasso di ospedalizzazione degli ultrasessantacinquenni rapportato a quello medio italiano risulta già aumentato nel 2008 rispetto al 2003. Il dato è ancora più significativo se si tiene conto che il tasso di ospedalizzazione medio si è invece ridotto per la diminuzione del numero dei letti ospedalieri. Gli ospedali riducono, cioè, la loro capacità, che appare comunque destinata ad accettare una percentuale crescente di anziani fragili (*Figura 3.4*).

La specificità degli obiettivi e delle strategie della

medicina geriatrica, imperniata sulla valutazione multidimensionale, ha trovato ampie conferme nella letteratura scientifica non solo internazionale, ma anche italiana.

Per esempio, uno studio clinico controllato su una casistica di anziani in assistenza domiciliare ha dimostrato che la Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD), associata alla continuità della cura e all'integrazione dei servizi, imperniata sul case manager e sull'unità valutativa geriatrica, determina un miglioramento degli indici di qualità della vita, una riduzione dell'ospedalizzazione e dell'istituzionalizzazione e un netto risparmio di spesa (vedi *Capitolo 7*).

Una pubblicazione del corrente anno, che è servita come studio prototipale per avviare la ricerca CODICE ARGENTO promossa dal Ministero della Salute, ha dimostrato una significativa diminuzione della mortalità per gli anziani fragili ricoverati nei reparti di Geriatria rispetto a quelli degenti nei reparti di Medicina Interna (vedi *Capitolo 5*).

Il crescente aumento dell'aspettativa di vita e i vantaggi clinico-terapeutici dell'impostazione geriatrica hanno rappresentato le ragioni che hanno

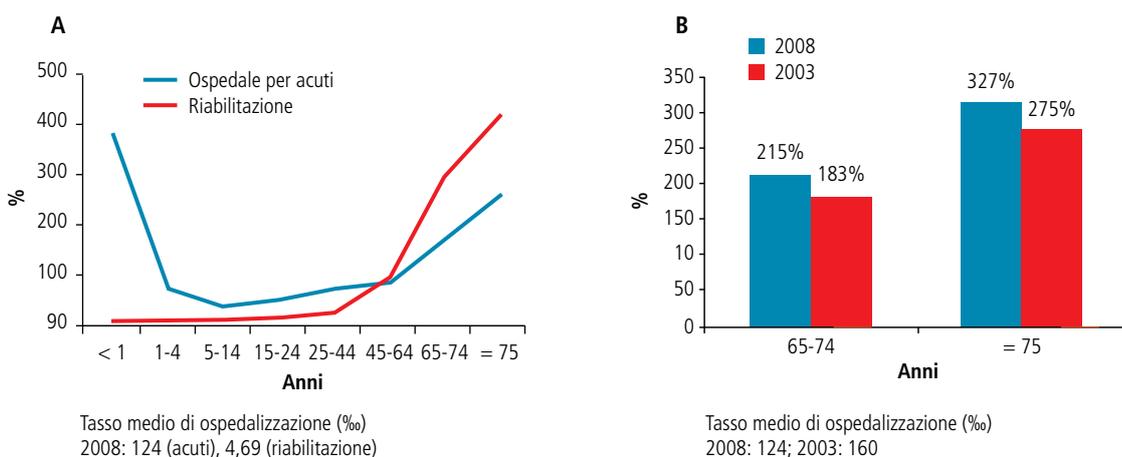


Figura 3.4 A Tasso di ospedalizzazione in funzione dell'età (2008). **B** Tasso di ospedalizzazione in over65 e over75 rapportato al valore medio nazionale nel 2008 e 2003. Fonte: Ministero della Salute.

Box 3.1 La medicina geriatrica nella letteratura scientifica statunitense

Parmley's Editor Page JACC 1997; 29: 217-8

- "...They (gli anziani fragili) require a multidisciplinary approach to care for the complexity of their medical problems..."
- "...The focus of therapy is not to prolong life but to maintain a reasonable quality of life through integrated systems of care involving multiple disciplines..."
- "...We need to learn from geriatricians those elements of care that will fully quality us to practice geriatric cardiology..."

Besdine R. New Engl J Med 1989; 320: 181-2

- "...academic medicine has been gun to recognize the robust base of scientific knowledge underlying the clinical practice of geriatrics.
- The specialty does far more than merely apply internal medicine, surgery, or psychiatry to patients who happen to grown older.
- Rather, an interdisciplinary data base on human aging – drawing on biologic, clinical, and behavioral science – has been established".

indotto le più autorevoli riviste mediche statunitensi a pronunciarsi per la necessità di ricorrere alle strategie della Geriatria per un approccio specifico nei riguardi dell'anziano fragile (*Box 3.1*). Ai fini del miglioramento della qualità della vita, la tematica che mantiene un ruolo centrale nel background culturale della Medicina Geriatrica è rappresentata dalla riduzione degli eventi avversi, più frequenti nell'età avanzata (*Figura 3.5*).

Nella *Tabella 3.5* sono elencate le principali cause di eventi avversi osservabili nel paziente geriatrico. Alcune di queste sono legate soprattutto agli effetti dell'invecchiamento di per sé, cioè dipendono dalle caratteristiche dell'anziano fragile; altre sono imputabili a fenomeni di negligenza o a responsabilità primaria delle istituzioni.

La multimorbidità è la prima causa di una presentazione atipica della malattia principale e, come

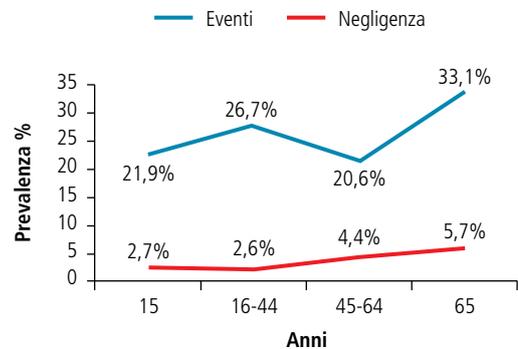


Figura 3.5 Prevalenza degli eventi avversi e di quelli avvenuti per negligenza in funzione dell'età. Studio della *Harvard Medical School* su oltre 30.000 cartelle cliniche di casi ricoverati in ospedali non psichiatrici dello Stato di New York (modificata graficamente da Brennan, 2004).

Tabella 3.5 Principali cause di eventi avversi nel paziente geriatrico

Paziente

- Multimorbidità
- Riduzione delle riserve fisiologiche
- Alterazioni della farmacocinetica e della farmacodinamica
- Comunicazione con il personale sanitario

Medico e altro personale sanitario

- Accuratezza diagnostica
- Applicazione delle evidenze scientifiche
- Barriera dell'età
- Comunicazione con il paziente e rapporto empatico
- Accuratezza del controllo del decorso della malattia

Istituzioni

- Assistenza continuativa e rete integrata dei servizi
- Organizzazione interna dei servizi
- Reddito
- Barriere architettoniche

tale, fonte comune di errori diagnostici. Ne è un buon esempio la confusione mentale propria della demenza, ma che è anche sintomatologia di esordio delle più svariate condizioni, dall'ipertensione di una banale influenza allo scompenso cardiaco o alla frattura di femore o una polmonite fino a cause ambientali come l'ospedalizzazione di per

sé o l'istituzionalizzazione. Va ricordata, a questo proposito, la differenza esistente tra vera demenza di Alzheimer, di carattere ereditario e relativamente precoce, e la forma senile di demenza o SDAT (*senile dementia alzheimer type*), non ereditaria: nella prima il deficit cognitivo è totalmente ascrivibile alla patologia degenerativa cerebrale, nella seconda, invece, metà dei sintomi cognitivi è attribuibile a patologie associate e non alla demenza. La riduzione delle riserve fisiologiche è non solo un'altra possibile fonte di errori diagnostici – si pensi, per esempio, a un quadro di scompenso cardiaco con cui quasi di regola esordisce una forma di ipertiroidismo nell'anziano –, ma anche causa di un'evoluzione negativa di molte patologie e di complicanze degli interventi chirurgici. A proposito di quest'ultimo punto sono da sottolineare i risultati particolarmente positivi osservati nelle unità orto-geriatriche, dove un approccio geriatrico globale imperniato sulla VMD ha consentito, nei pazienti con frattura di femore, una riduzione della mortalità, delle complicanze e del consumo dei farmaci.

La farmacocinetica e la farmacodinamica sono profondamente modificate dall'invecchiamento. Come conseguenza vi può essere un'evoluzione negativa del risultato terapeutico non solo per ragioni ben note, come la riduzione età-dipendente della funzione renale, ma spesso anche inaspettate. Per esempio, un'analisi *post-hoc* dello studio DIG ha dimostrato, negli scompensati più anziani, una riduzione significativa della mortalità rispetto ai controlli solo in presenza di valori bassi della digossina sierica (0,5 e 0,8 ng/ml); al contrario, si è osservato un aumento della mortalità nei casi in cui la digossina sierica era più elevata, ma sempre ampiamente nel range tradizionalmente considerato terapeutico. Altro importante problema per il paziente geriatrico è la politerapia che, legata alla multimorbilità, è la prima causa di interfe-

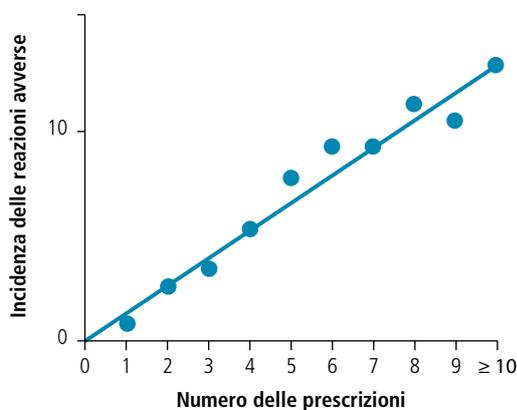


Figura 3.6 Studio del Gruppo Italiano di Farmacologia dell'Anziano su anziani ospedalizzati in Unità Operative di Geriatria o di Medicina Interna (modificata graficamente da Carbo-nin et al., 1991).

renze farmacologiche e, quindi, di reazioni avverse da farmaci: il risultato finale è che il primo fattore di reazioni avverse nell'anziano risulta essere il numero di farmaci prescritti (*Figura 3.6*).

L'accuratezza diagnostica dipende prima di tutto dalla raccolta scrupolosa dell'anamnesi, che richiede un tempo lungo a sufficienza per la raccolta di una storia completa con la collaborazione diretta dell'anziano oppure dei familiari o di altri accompagnatori, quando egli non sia in grado di esprimersi correttamente sulle proprie condizioni di salute. Inoltre, la storia di un paziente geriatrico non può ritenersi accurata se non è completata da un'approfondita anamnesi farmacologica, che deve tenere conto dei farmaci prescritti dal medico curante o da altri medici e dei farmaci da banco. Succede spesso, infatti, che il paziente cronico interpellati più medici o senta il parere di altri ("prendi quella medicina che a me ha fatto bene") e, alla fine, assuma anche farmaci non prescritti senza interpellare il proprio medico. Una metanalisi sull'accuratezza nella raccolta dell'anamnesi farmacologica ha evidenziato una percentuale del 10-67% di errori quando si erano analizzate solo

le prescrizioni mediche, del 27-83% se a questa prima indagine si associava l'analisi dei farmaci da banco e queste percentuali salivano ulteriormente al 34-95% quando alle prime due si associava anche un'indagine sulle allergie ai farmaci e sulle reazioni avverse da farmaci. Oltre all'anamnesi, anche l'esame obiettivo del paziente geriatrico richiede tempi particolarmente lunghi, dovendo comprendere anche la valutazione multidimensionale, cui concorre la collaborazione dell'intera equipe multidisciplinare dell'Unità Valutativa Geriatrica. Dall'analisi dei tempi di visita dedicati al paziente anziano non sembra, purtroppo, che succeda sempre così, come confermano i risultati di uno studio statunitense, secondo il quale il tempo di visita dedicato al paziente anziano dai medici di quel Paese era significativamente inferiore a quello impiegato nella visita a pazienti più giovani. L'applicazione delle evidenze scientifiche al paziente geriatrico è discussa nei *Capitoli 2 e 11*. La scelta terapeutica per il paziente geriatrico può solo marginalmente essere supportata dalla medi-

cina basata sull'evidenza, priva, come è, di linee guida specifiche soprattutto per quel che riguarda le politerapie indispensabili per i trattamenti delle multimorbilità. A questa lacuna si è sinora ovviato con le strategie specifiche della Medicina Geriatrica e con il buon senso maturato attraverso l'esperienza clinica nei reparti di Geriatria. Una serie di studi sulla qualità del management clinico dell'anziano fragile ha individuato indicatori specifici di tipo internistico e di tipo geriatrico e ha osservato che i secondi erano molto meno rispettati dei primi, mentre la sopravvivenza dipendeva da uno score ricavato dalla percentuale con cui entrambi i tipi di indicatori venivano applicati (*Figura 3.7*).

Il vantaggio della Medicina Geriatrica rispetto alla Medicina Interna si è evidenziato nettamente con l'applicazione della VMD fin dal primo lavoro prototipale di Rubenstein nel 1995, che ha dimostrato un miglioramento della sopravvivenza e del costo-beneficio, associato a un ridotto consumo di farmaci. Lavori successivi hanno osservato

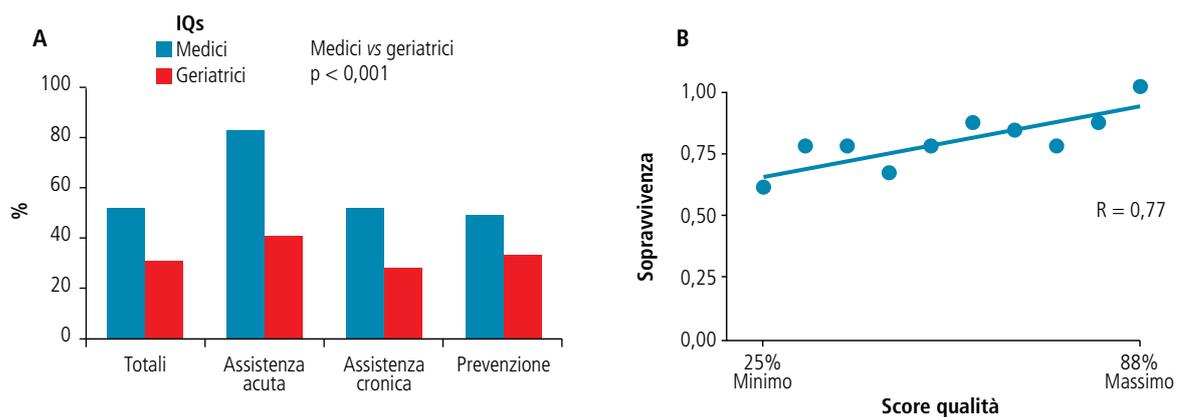


Figura 3.7 A) Lo studio ACOVE (*Assessing Care of Vulnerable Elders*) ha analizzato la qualità dell'assistenza in una casistica di over65 sulla base di due gruppi di indicatori di qualità, propri della Medicina Interna oppure della Medicina Geriatrica. Il grafico mostra che gli indicatori medici erano applicati con una frequenza significativamente maggiore. B) Lo score dipendente dalla percentuale di indicatori di qualità sia medici che geriatrici applicati a ogni singolo caso è direttamente proporzionale alla sopravvivenza (modificata graficamente da Higashi et al., 2005).

che le unità di valutazione e management geriatrico consentono, rispetto all'assistenza medica tradizionale, un miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione dei farmaci e una riduzione delle reazioni avverse.

La barriera concettuale nei riguardi dell'età avanzata costituisce l'ostacolo verso molti trattamenti utili nel paziente geriatrico così come per quello più giovane, come è stato ampiamente dimostrato in letteratura sia per i trattamenti salvavita sia per le terapie antitumorali. Anche per i trattamenti antidolore è frequente una sperequazione nei riguardi dell'anziano fragile, osservata sia negli Stati Uniti (*Figura 3.8A*) sia in Italia (*Figura 3.8B*). Nessun trattamento è, in realtà, da considerare a priori inappropriato per le età più avanzate. Il problema sostanziale è invece la scelta corretta in grado di stabilire se un paziente geriatrico possa ottenere un vantaggio nei riguardi dell'esito della malattia e della qualità della vita. Gli esperti internazionali, a cominciare dagli oncologi, sono concordi sulla necessità di utilizzare la VMD per

ottimizzare le decisioni relative a trattamenti a rischio nell'anziano fragile.

La comunicazione del paziente geriatrico è spesso insufficiente per svariate ragioni, a cominciare dalla presenza di condizioni organiche, come disturbi della parola, deficit cognitivi o sensoriali, alterazioni della sensibilità dolorifica e, infine, incapacità di saper discernere i disturbi più rilevanti da quelli meno significativi ai fini di orientare il medico verso la diagnosi corretta. Tuttavia, bisogna tenere presente anche l'atteggiamento negativo e pessimistico da parte del paziente geriatrico nei riguardi del suo stato di salute, non infrequente e giustificato dalla cronicità, dalla disabilità, dai ripetuti ricoveri, dall'istituzionalizzazione, dal cambiare spesso medici e terapie senza arrivare alla fine a miglioramenti concreti.

Per l'assistenza al paziente geriatrico ha un ruolo fondamentale una corretta comunicazione con lui da parte del personale sanitario. Occorre prima di tutto un approccio empatico nel primo contatto con il paziente. Il modo con cui si saprà entrare

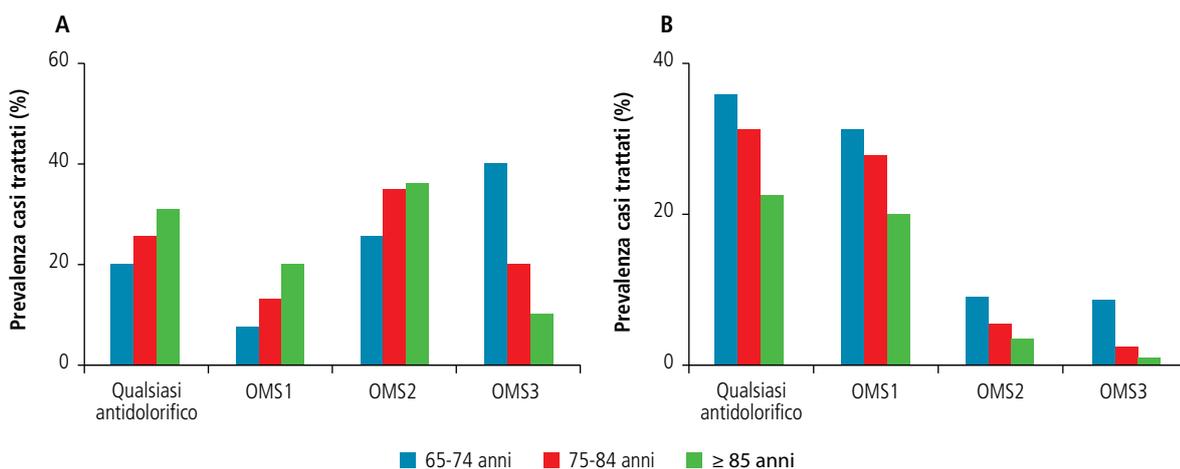


Figura 3.8 A) Utilizzazione degli antidolorifici nelle Nursing Home statunitensi: quanto più uno è anziano e con dolore da cancro, tanto meno ha probabilità di ricevere antidolorifici, soprattutto quelli indicati per un'azione analgesica maggiore (OMS 2 e 3: oppioidi) [modificata graficamente da Bernabei et al., 1998]. B) Risultati di tutto sovrapponibili sono stati osservati in uno studio italiano su anziani in ADI (modificata graficamente da Landi et al., 2001).

Tabella 3.6 Rapporto tra il medico e il proprio paziente geriatrico

Conquistare la fiducia del proprio assistito

- Ridurre la probabilità che il paziente ricorra ad altri medici e a nuove prescrizioni
- Conoscere perfettamente la terapia che sta assumendo il paziente
- Ottimizzare la collaborazione tra ospedale e territorio in modo da assicurare la continuità della cura

Ridurre al minimo i rischi che il proprio assistito non capisca e/o non ricordi perfettamente la prescrizione

- Limitare all'indispensabile il numero di farmaci e di prescrizioni nella giornata
- Valutare attentamente gli eventuali deficit sensoriali e/o cognitivi in grado di impedire una perfetta comprensione della prescrizione da parte del proprio assistito
- Avere l'accortezza che nella prescrizione non vi siano farmaci con nome simile e, quindi, evitare che il proprio assistito li possa confondere
- Spiegare al proprio assistito e/o al suo accompagnatore la prescrizione e poi farsela ripetere dal primo o da entrambi

in confidenza sin dai primi momenti con questo malato difficile e spesso scettico circa la sua guarigione sarà fondamentale per conquistarne la fiducia (*Tabella 3.6*).

3.3. La Valutazione Multidimensionale Geriatrica e l'intervento individualizzato globale

Fin dalle sue origini, la Geriatria ha promosso un dibattito sulla migliore definizione degli ambiti di specificità, i cui elementi caratterizzanti sono rappresentati dalla tipologia dei pazienti a cui la disciplina si rivolge (prevalentemente l'anziano fragile o a rischio di fragilità) e dalle metodologie di intervento. Nel corso degli ultimi due decenni, il ruolo della Geriatria è divenuto ancora più definito. Robuste evidenze scientifiche hanno infatti ampiamente dimostrato che:

1. la cura dell'anziano guidata dall'applicazione esperta della VMD riduce la mortalità, previene

lo sviluppo di disabilità o il suo aggravamento dopo un evento acuto, riduce il tasso di istituzionalizzazione dopo la dimissione dall'ospedale e i costi economici e sociali, migliora le condizioni psico-fisiche e aumenta il grado di soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari;

2. nel paziente anziano con problematiche acute, questi vantaggi sono soprattutto evidenti quando:
 - il piano di assistenza individuale è fondato sulla VMD e si realizza, senza soluzione di continuità, in un'articolata rete di servizi,
 - il geriatra è responsabile in prima persona della definizione, dell'implementazione e del controllo del piano di assistenza. Un semplice servizio di consulenza geriatrica su pazienti la cui gestione rimane affidata ad altre specialità non produce i favorevoli risultati di cui al punto 1.

Inoltre, in un setting geriatrico per acuti, nel paziente "grande anziano" la VMD permette di guidare scelte cliniche (diagnostico-terapeutiche) evitando la banalizzazione del "secondo me"; per esempio, la valutazione approfondita della gravità di una patologia respiratoria, quando messa in relazione all'eventuale co-presenza di altre patologie (e della loro gravità), e delle altre problematiche funzionali del paziente permetterà di definire con minore incertezza le possibilità terapeutiche, l'impatto sulla disabilità e sul potenziale recupero funzionale e la prognosi del paziente.

Bisogna aggiungere che la VMD, se include anche lo stato funzionale premorbo a un'eventuale ospedalizzazione, acquisisce un ulteriore e rilevante potere predittivo di possibili eventi avversi a breve e a lungo termine, oltre a permettere una visione dinamica del paziente nel tempo.

I test di performance, come valutati e riportati nella definizione di "anziano fragile", oltre alla riproducibilità, permettono di tipizzare i pazienti e ulteriormente guidare i processi decisionali terapeutici. La VMD supera le limitazioni dell'approccio me-

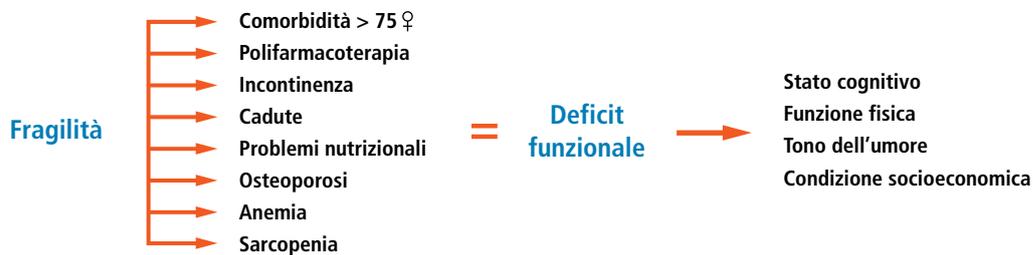


Figura 3.9 Aree deficitarie del paziente geriatrico.

dico tradizionale, esame obiettivo *in primis*, che non riesce a catturare la complessità del paziente geriatrico “moderno”: ultrasettantacinquenne, più spesso di sesso femminile, polipatologico, con conseguente politerapia, affetto da una o più sindromi “geriatriche” quali l’incontinenza, le cadute, l’anemia sine causa, la sarcopenia. Tutto ciò determina alterazioni funzionali sia a livello fisico sia a livello cognitivo. Per la possibile concomitante presenza di problemi fisici, cognitivi e del tono dell’umore, di disagi economici e socio-assistenziali, solo la VMD permette un inquadramento/identificazione di tutte le aree deficitarie del paziente (Figura 3.9). Di conseguenza, solo a valle di una VMD basata sull’evidenza può nascere un piano di assistenza individualizzato e globale che permetta di andare oltre la semplice prescrizione terapeutica o di esami e procedure.

Diventa sempre più cogente lavorare con questa metodologia nei diversi setting assistenziali che affrontano la cura degli anziani, per non incorrere in sottovalutazioni dei problemi con conseguente “malpractice”. Le evidenze scientifiche che comprovano i risultati della VMD sono infatti tali da giustificarla.

La VMD origina da scale o misurazioni che esaminano singole aree problematiche; come tale è stata utilizzata negli anni valutando la funzione fisica con le ADL (attività del vivere quotidiano come muoversi, vestirsi, andare al bagno ecc.) [Ta-

bella 3.7] o le IADL (attività strumentali del vivere quotidiano come usare il telefono, maneggiare de-

Tabella 3.7 Attività del vivere quotidiano (ADL)

Tipo	Score
Continenza	
Autonomia completa	1
Necessità di essere ricordato o pulito o sporcarsi-bagnarsi più di una volta a settimana o totale incontinenza	0
Alimentarsi	
Autonomia completa	1
Qualche aiuto durante il pasto o necessità di essere pulito dopo o disordinato tanto da dover essere aiutato o necessità di notevole aiuto per ogni pasto o totale non autosufficienza	0
Vestirsi	
Autonomia completa anche nello scegliersi i vestiti	1
Minore assistenza, assistenza moderata anche nello scegliersi i vestiti, maggiore assistenza anche se si sforza di collaborare, totale non autosufficienza	0
Cura della persona (pulizia, capelli, mani, volto, abiti)	
Autonomia completa	1
Minore assistenza (es. radersi), assistenza moderata e supervisione, assistenza totale però si mantiene curato, rende vano qualsiasi sforzo degli altri	0
Deambulazione	
Autonomia completa	1
Solo dentro casa, deve essere aiutato, autonomo nella sedia a rotelle ma deve essere aiutato per spostarsi, confinato a letto	0
Lavarsi	
Autonomia completa	1
Qualche aiuto dentro o fuori dalla vasca, può lavarsi faccia e mani ma non il resto, totale aiuto ma non collaborante, totale non autosufficienza	0

naro e gestire conti bancari, fare la spesa ecc.) [Tabella 3.8]; la funzione cognitiva con il *Mini Mental State Examination*; le cadute con la scala di Tinetti; il rischio di lesioni da pressione con quella di Norton (Tabella 3.9); lo stato nutrizionale con il *Mini Nutritional Status* di Vellas ecc.

L'indice di Norton rappresenta uno strumento sensibile per valutare il rischio di sviluppare una lesione da decubito. Ideato da un'infermiera in-

glese, è facile da applicare. Questo metodo prende in considerazione lo stato fisico generale, lo stato mentale, la deambulazione, la motilità e la continenza del paziente. A ciascuno di questi parametri viene attribuito un punteggio da 1 (peggiore) a 4 (migliore). Il rischio di contrarre lesioni da decubito diminuisce quasi linearmente con l'aumentare del punteggio. Tale rischio è infatti lieve con un punteggio da 14 a 12; è invece elevato se il punteggio è inferiore o uguale a 12.

Questo modo di lavorare con i cosiddetti strumenti di prima generazione, ancorché diffuso a macchia di leopardo in Italia, ha prodotto, da un lato, risultati significativi in termini di migliore assistenza e, dall'altro, ha il limite di essere auto-referenziale. Pertanto la VMD si è evoluta in modo significativo negli ultimi 20 anni, fino a darsi un'impostazione diversa che non prevede un assemblaggio individuale di scale. La più ampia letteratura a livello mondiale sui risultati della VMD è attualmente prodotta da chi ha infatti scelto la strada centrata sull'utilizzo dei cosiddetti strumenti di terza generazione (Tabella 3.10).

Sono strumenti omnicomprensivi, specifici per i diversi setting assistenziali dove viene curato l'anziano, quali l'ospedale per acuti, la postacuzie, la RSA, l'ADI, le cure palliative.

Tali strumenti hanno una "core component" uguale nel 70% degli item, poiché funzione fisica, cognitivtà, sensi, tono dell'umore ecc. sono valutati in modo identico. Il 30% restante è modulare, dipendendo dalle specifiche caratteristiche del setting assistenziale. Nell'ADI vengono valutati l'ambiente domestico e le sue possibili carenze, nella RSA vengono invece valutate le abitudini di vita pre-ammissione dell'ospite. Un sistema di controllo sequenziale degli item risultati significativi permette l'identificazione rapida dei problemi del paziente e facilita la costruzione di un piano di assistenza individualizzato. In un progetto che ha stu-

Tabella 3.8 Attività del vivere quotidiano (IADL)

Tipo	Score
Uso del telefono	
Autonomia completa	1
Fa bene solo i numeri che conosce	1
Risponde ma non fa i numeri	1
Non usa per niente il telefono	0
Fare acquisti	
Autonomia completa	1
Autonomo solo per piccole spese	0
Necessita stabilmente di accompagnamento	0
Assolutamente non autonomo	0
Cucinare	
Autonomia completa	1
Cucina solo se fornito da altri degli ingredienti	0
Scalda e serve cibi già preparati, ma mantiene una dieta adeguata	0
Assolutamente non autonomo	0
Biancheria	
Autonomia completa	1
Lavaggio piccoli capi, calzini ecc.	1
Assolutamente non autonomo	0
Mezzi di trasporto	
Autonomia completa	1
Solo taxi, nessun altro mezzo di trasporto	1
Mezzi pubblici solo se accompagnato	1
Auto o taxi solo se accompagnato	0
Assolutamente non autonomo	0
Osservanza delle prescrizioni dei farmaci	
Autonomia completa	1
Autonomo solo per quanto preparato da altri	0
Assolutamente non autonomo	0
Gestione delle risorse	
Autonomia completa	1
Spese giornaliere, ma necessità di aiuto per il resto (banca ecc.)	1
Assolutamente non autonomo	0

Tabella 3.9 Scala di Norton per le lesioni da pressione

Condizioni generali	Stato mentale	Deambulazione	Mobilità	Incontinenza	Score
Buone	Lucido	Normale	Piena	Assente	4
Discrete	Apatico	Deambula con aiuto	Moderatamente limitata	Occasionale	3
Scadenti	Confuso	Costretto su sedia	Molto limitata	Abituale (urine)	2
Pessime	Stuporoso	Costretto a letto	Immobile	Doppia	1

L'indice di Norton rappresenta uno strumento sensibile per valutare il rischio di sviluppare una lesione da decubito. Ideato da un'infermiera inglese, è facile da applicare. Questo metodo prende in considerazione lo stato fisico generale, lo stato mentale, la deambulazione, la motilità e la continenza del paziente. A ciascuno di questi parametri viene attribuito un punteggio da 1 (peggiore) a 4 (migliore). Il rischio di contrarre lesioni da decubito diminuisce quasi linearmente con l'aumentare del punteggio. Tale rischio è infatti lieve con un punteggio da 14 a 12; è invece elevato se il punteggio è inferiore o uguale a 12.

Tabella 3.10 InterRAI Long-Term Care Facility (LTCF) e InterRAI Home Care (HC)

InterRAI Long-Term Care Facility (LTCF)

InterRAI Home Care (HC)

Sezione L. Coinvolgimento in attività

Sezione Q. Valutazione dell'ambiente

1	Tempo in cui il cliente è coinvolto in attività	(Considerare il tempo in cui il cliente è sveglio e non riceve trattamenti o assistenza nelle ADL) 0. Per più di 2/3 del tempo 1. Da 1/3 a 2/3 del tempo 2. Meno di 1/3 del tempo 3. Mai	1	Ambiente domestico	(Segnalare tutto ciò che rende l'ambiente domestico pericoloso o inabitabile; se temporaneamente in istituto basare la valutazione sulla visita della casa) 0. No 1. Sì a. Precarie condizioni dell'immobile (es. disordine pericoloso, illuminazione insufficiente, buchi nel pavimento, tubi che perdono) b. Gravi condizioni igieniche (es. estrema sporcizia, infestazione da ratti o scarafaggi) c. Riscaldamento e condizionamento inadeguati (es. troppo caldo in estate, troppo freddo in inverno, stufa a legna in una casa con un asmatico) d. Scarsa sicurezza personale (es. paura della violenza, problemi di sicurezza nell'andare alla posta o a trovare i vicini, traffico intenso per la strada) e. Limitato accesso alla casa o alle stanze (es. difficoltà a entrare/uscire di casa per la presenza di scale, difficoltà ad accedere nelle diverse stanze, assenza di corrimani dove sarebbero necessari)
---	--	--	---	---------------------------	---

(segue)

(continua)

Tabella 3.10 InterRAI Long-Term Care Facility (LTCF) e InterRAI Home Care (HC)

InterRAI Long-Term Care Facility (LTCF)		InterRAI Home Care (HC)	
Sezione L. Coinvolgimento in attività		Sezione Q. Valutazione dell'ambiente	
2	<p>Attività ricreative preferite</p> <p>0. Nessuna preferenza; il paziente non è stato coinvolto in alcuna attività negli ultimi 3 giorni</p> <p>1. Nessuna preferenza, ma il paziente è stato coinvolto in qualche attività negli ultimi 3 giorni</p> <p>2. Preferita, ha effettuato l'attività negli ultimi 3 giorni</p> <p>3. Preferita, ma non svolge tale attività</p> <p>a. Giochi da tavolo/carte/puzzles</p> <p>b. Attività di computer</p> <p>c. Fare conversazione o parlare al telefono</p> <p>d. Artigianato/Attività artistiche</p> <p>e. Ballo</p> <p>f. Discutere/ricordare eventi della vita passata</p> <p>g. Esercizio fisico/sport</p> <p>h. Giardinaggio</p> <p>i. Aiutare gli altri</p> <p>j. Canto/Musica</p> <p>k. Accudire animali domestici</p> <p>l. Letture/scrittura/parole crociate</p> <p>m. Attività spirituali o religiose</p> <p>n. Gite o shopping</p> <p>o. Fare passeggiate all'aperto</p> <p>p. Guardare la televisione o ascoltare la radio</p>	2	<p>Abitazione ristrutturata per persone disabili</p> <p>Il cliente vive in un'abitazione ristrutturata per rispondere alle esigenze di una persona disabile</p> <p>0. No</p> <p>1. Sì</p>
3	<p>Tempo in cui il cliente dorme durante il giorno</p> <p>0. Sveglia per la maggior parte del tempo (non più di un sonnello durante la mattina o il pomeriggio)</p> <p>1. Molteplici sonnelli</p> <p>2. Dorme per la maggior parte del tempo, ma rimane sveglio e reattivo per brevi periodi</p> <p>3. Sonno e non reattivo per la maggior parte del tempo</p>	3	<p>Ambiente esterno</p> <p>0. No</p> <p>1. Sì</p> <p>a. Accesso ad assistenza di emergenza (es. telefono, sistema di allarme a chiamata)</p> <p>b. Facilità di accesso, senza bisogno di assistenza, a negozi di alimentari</p> <p>c. Possibilità di consegna a domicilio di generi alimentari</p>
		4	<p>Problemi economici</p> <p>A causa di problemi economici, nell'ultimo mese il cliente ha risparmiato su farmaci prescritti, riscaldamento, cure mediche, cibo, assistenza domiciliare</p> <p>0. No</p> <p>1. Sì</p>

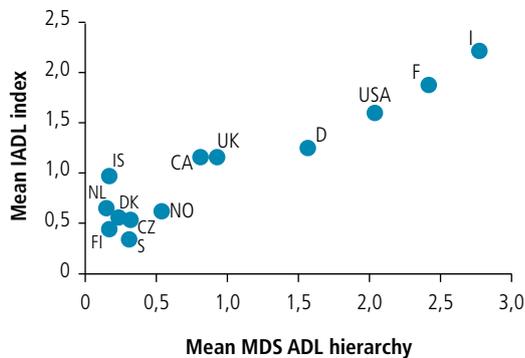


Figura 3.10 Progetto EU Ad Hoc: relazione tra punteggio medio nelle ADL e nelle IADL nei servizi di ADI (modificata graficamente da Bernabei et al., 2009).

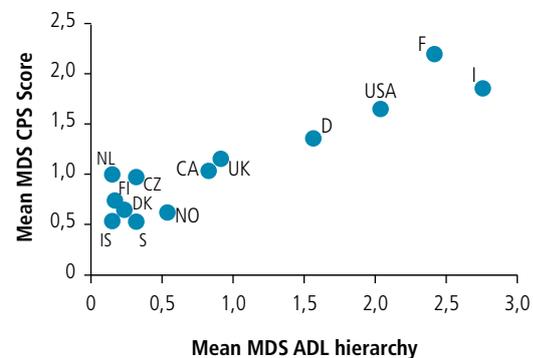


Figura 3.11 Progetto EU Ad Hoc: relazione tra punteggio medio nelle ADL e nella CPS nei servizi di ADI (modificata graficamente da Bernabei et al., 2009).

diato che cosa è accaduto dopo l'implementazione di tale modo di lavorare con gli strumenti onnicomprensivi nelle RSA statunitensi, si è dimostrato un impatto rilevante sulla qualità dell'assistenza. Quando sono stati confrontati questi strumenti onnicomprensivi e setting assistenziale-specifici con le scale tradizionali si sono riscontrati una riduzione significativa delle degenze ospedaliere e un migliore stato funzionale dei pazienti.

Applicare la stessa VMD onnicomprensiva degli strumenti di terza generazione su popolazioni di pazienti permette di standardizzare l'approccio ai medesimi e di costruire database fatti di dati omogenei e interpretabili. In particolare, come è stato fatto in realtà statunitensi in RSA di 5 Stati o nei servizi di ADI di molti Paesi europei, si possono collegare i risultati agli interventi intrapresi farmacologici e non. Tale fatto risulta novità assoluta in un mondo, quello degli ultraottantenni, sottorappresentato nei *trials* clinici randomizzati. Si può infine effettuare benchmarking fra istituzioni o servizi di diverse ASL, Regioni, Nazioni. Quanto emerso dal progetto EU Ad Hoc ha, per esempio, dimostrato il maggiore carico assistenziale rilevato nel paziente in ADI italiano rispetto ai pazienti gestiti nell'Europa settentrionale (Figure 3.10 e 3.11).

Questo tipo di valutazione permette ai policy maker e agli amministratori in generale di sapere, per la prima volta, come vengono utilizzate le risorse e qual è la tipologia dei pazienti serviti in confronto con altri distretti, ASL, Regioni, Nazioni.

Infine, la modularità di questi strumenti e di questo modo di lavorare permette di iniziare a parlare di "continuità delle cure". Prerequisito della stessa è infatti una valutazione consistente nei diversi servizi della rete. Gli strumenti di terza generazione con il core element identico nel 70% degli item lo permettono. Diventa possibile la "tracciabilità" del paziente anche in luoghi di cura diversi, con l'immediata definizione delle traiettorie assistenziali e dei risultati.

Bibliografia

Antonelli Incalzi R, Gemma A, Capparella O, et al. Continuous geriatric care in orthopedic wards: a valuable alternative to orthogeriatric units. *Aging* 1993; 5: 207-16

Bartali B, Frongillo EA, Bandinelli S, et al. Low nutrient intake is an essential component of frailty in older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006; 61: 589-93

- Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, et al. Management of pain in elderly patients with cancer. SAGE Study Group. Systematic Assessment of Geriatric Drug Use via Epidemiology. *JAMA* 1998; 279: 1877-82
- Bernabei R, Gray L, et al. International Gerontology. Hazzard's Principles of Geriatric Medicine And Gerontology. 6th Edition. New York: McGraw-Hill Professional Publishing, 2009
- Bernabei R, Landi F, Gambassi G, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ* 1998; 316: 1348-51
- Bernabei R, Landi F, Onder G, et al. Second and third generation assessment instruments: the birth of standardization in geriatric care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008; 63A: 308-13
- Bortz W. A conceptual frame work of frailty: a review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002; 57: 283-8
- Bortz W. Understanding frailty. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2010; 65: 255-6
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 145-51
- Carbonin P, Pahor M, Bernabei R, Sgadari A. Is age an independent risk factor of adverse drug reactions in hospitalized medical patients? *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 1093-9
- Cesari M, Leeuwenburgh C, Lauretani F, et al. Frailty syndrome and skeletal muscle: results from the Invecchiare in Chianti study. *Am J Clin Nutr* 2006; 83: 1142-8
- Di Bari M, Balzi D, Roberts AT, et al. Prognostic stratification of older persons based on simple administrative data: development and validation of the "Silver Code" to be used in emergency department triage. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2010; 65: 159-64
- Di Bari M, Virgilio A, Matteuzzi D, et al. Predictive validity of measures of comorbidity in older community dwellers: the Insufficienza Cardiaca negli Anziani Residenti a Dicomano Study. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 210-6
- Ferrucci L. Frailty syndrome and skeletal muscle: results from the Invecchiare in Chianti study. *Am J Clin Nutr* 2006; 83: 1142-8
- Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S, et al. Interventions on Frailty Working Group. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 625-34
- Fretwell M. The Consensus Conference on Comprehensive Geriatric Assessment: a dialogue is the beginning of consensus. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 377-9
- Fried LP, Ferrucci L, Darer J, et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59: 255-63
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al.; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: 146-56
- Fries BE, Hawes C, Morris JN, et al. Effect of the National Resident Assessment Instrument on selected health conditions and problems. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 994-1001
- Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol* 1994; 49: 85-94
- Hawes C, Morris JN, Phillips CD, et al. Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age Ageing* 1997; 26 (Suppl. 2): 19-25
- Higashi T, Shekelle PG, Adams JL, et al. Quality of care is associated with survival in vulnerable older patients. *Ann Intern Med* 2005; 143: 274-81
- Hogan DB, Fox RA. A prospective controlled trial of a geriatric consultation team in an acute-care hospital. *Age Ageing* 1990; 19: 107-13
- Keeler EB, Solomon DH, Beck JC, et al. Effect of patient age on duration of medical encounters with physicians. *Med Care* 1982; 20: 1101-8

- Kurtz JE, Heitz D, Kurtz-Illig V, Dufour P. Geriatric oncology: how far have we gone and what are the next steps? *Oncology* 2009; 77: 147-56
- Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 780-91
- Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM, et al. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med* 1995; 332: 1338-44
- Landi F, Onder G, Cesari M, et al. Pain management in frail, community-living elderly patients. *Arch Intern Med* 2001; 161: 2721-4
- Landi F, Onder G, Tua E, et al.; Silvernet-HC Study Group of Bergamo. Impact of a new assessment system, the MDS-HC, on function and hospitalization of homebound older people: a controlled clinical trial. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 1288-93
- Lang T, Streiper T, Cawthon P, et al. Sarcopenia: etiology, clinical consequences, intervention, and assessment. *Osteoporos Int* 2010; 21: 543-59
- McCusker J, Verdon J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006; 61: 53-62
- Morley JE. Developing novel therapeutic approaches to frailty. *Curr Pharm Des* 2009; 15: 3384-95
- Morley JE, Perry HM 3rd, Miller DK. Editorial: Something about frailty. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002; 57: 698-704
- Phillips CD, Morris JN, Hawes C, et al. Association of the Resident Assessment Instrument (RAI) with changes in function, cognition, and psychosocial status. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 986-93
- Pilotto A, Addante F, Ferrucci L, et al. The multidimensional prognostic index predicts short- and long-term mortality in hospitalized geriatric patients with pneumonia. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009; 64: 880-7
- Pilotto A, Addante F, Franceschi M, et al. Multidimensional Prognostic Index based on a comprehensive geriatric assessment predicts short-term mortality in older patients with heart failure. *Circ Heart Fail* 2010; 3: 14-20
- Puts MT, Lips P, Deeg DJ. Sex Differences in the Risk of Frailty for Mortality Independent of Disability and Chronic Diseases. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 40-7
- Rathore SS, Curtis JP, Wang Y, et al. Association of serum digoxin concentration and outcomes in patients with heart failure. *JAMA* 2003; 289: 871-8
- Reuben DB, Borok GM, Wolde-Tsadik G, et al. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients. *N Engl J Med* 1995; 332: 1345-50
- Resnick NM, Marcantonio ER. How should clinical care of the aged differ? *Lancet* 1997; 350: 1157-8
- Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005; 173: 489-95
- Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, et al. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1984; 311: 1664-70
- Rubenstein LZ, Wieland D, Bernabei R. *Geriatric Assessment Technology: the state of art*. Milano: Editrice Kurtis 1995
- Saltvedt I, Mo ES, Fayers P, et al. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 792-8
- Saltvedt I, Spigset O, Ruths S, et al. Patterns of drug prescription in a geriatric evaluation and management unit as compared with the general medical wards: a randomised study. *Eur J Clin Pharmacol* 2005; 61: 921-28
- Schmader KE, Hanlon JT, Pieper CF, et al. Effects of Geriatric Evaluation and Management on Adverse Drug Reactions and Suboptimal Prescribing in the Frail Elderly. *Am J Med* 2004; 116: 394-401

Srinivas-Shankar U, Roberts SA, Connolly MJ, et al. Effects of testosterone on muscle strength, physical function, body composition, and quality of life in intermediate-frail and frail elderly men: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Endocrinol Metab* 2010; 95: 639-50

Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, et al. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342: 1032-6

Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, et al. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ* 2005; 173: 510-5

Won A, Lapane K, Gambassi G, et al. Correlates and management of nonmalignant pain in the nursing home. SAGE Study Group. Systematic Assessment of Geriatric drug use via Epidemiology. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 936-42



4. Assistenza continuativa nella rete integrata dei servizi

4.1. Introduzione

Subito dopo la seconda guerra mondiale, nel 1947, la Società di Medicina Interna inglese pubblicava sul *British Medical Journal* il rapporto di una propria Commissione istituita per stabilire le strategie per migliorare l'assistenza e la cura degli

anziani e dei malati cronici. Le conclusioni furono incentrate sulla necessità di realizzare un'assistenza continuativa attraverso l'integrazione tra i vari servizi sanitari e sociali indispensabili, in rapporto al fabbisogno del singolo caso e coordinati dal reparto geriatrico nell'ospedale per acuti, come è illustrato nella *Figura 4.1*.

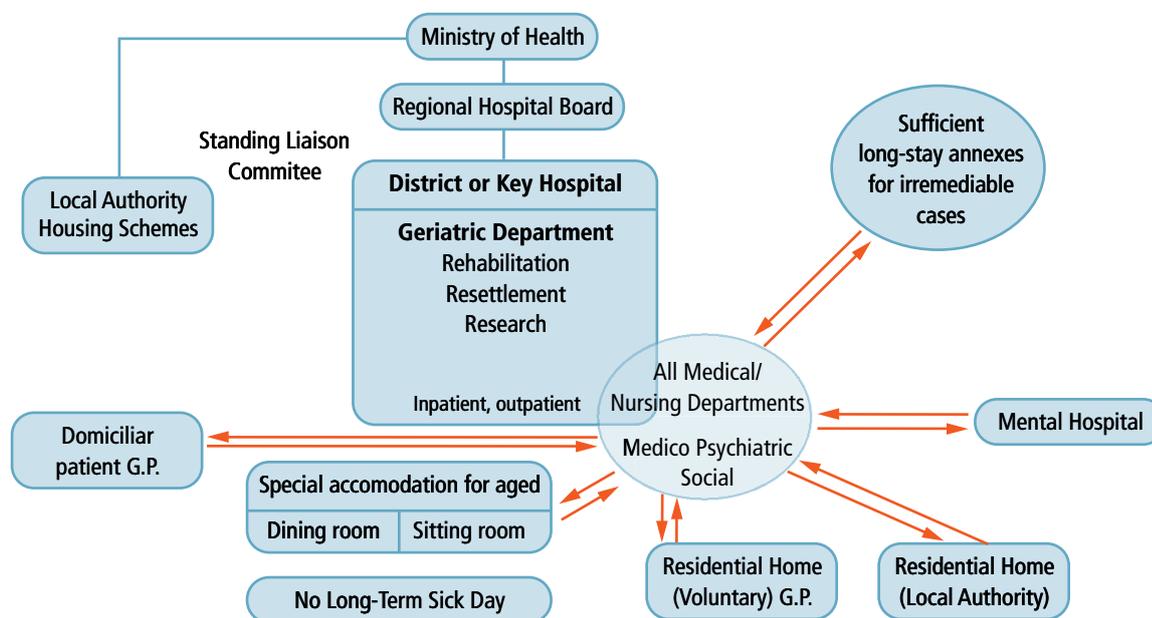


Figura 4.1 Diagramma pubblicato dal *British Medical Journal* nel 1947 per illustrare la proposta fatta dalla Società di Medicina Interna inglese per l'organizzazione dei servizi sociosanitari per l'anziano. L'intero sistema è centrato sul reparto ospedaliero di Geriatria che, integrato con i servizi sanitari e sociali del territorio, diventa il centro dell'assistenza continuativa anche dopo la dimissione dall'ospedale (modificata graficamente da Br Med J, 1947).

Nel 1988, in un Convegno a Roma, la Prof. Kane, uno dei maggiori esperti di politica sanitaria degli Stati Uniti, svolse la sua relazione sull'importanza di un sistema assistenziale per gli anziani capace di assicurare la continuità degli interventi tramite un'effettiva integrazione sociosanitaria. Tale sistema dovrebbe essere costruito su basi culturali nuove centrate, oltre che sui problemi squisitamente medici, anche su quelli relativi alla funzione fisica: "quando il medico inserirà nel proprio programma di lavoro l'esame delle capacità funzionali, questo piccolo successo nel suo genere costituirà un miracolo medico come è stato quello per il trapianto cardiaco. È fondamentale sviluppare un sistema di servizi di assistenza continuativa che sia in grado di andare incontro alle necessità dei soggetti che ne hanno bisogno. Tale sistema deve essere un insieme di servizi sanitari e sociali. Entrambi sono necessari e nessuno dei due da solo è

sufficiente. Il medico non può delegare l'area dell'assistenza continuativa ai responsabili dell'assistenza sociale, ma nello stesso tempo non può controllare da solo questo servizio perché sono esperti necessari nella pianificazione e realizzazione dei servizi sociali".

Questi principi sono stati recepiti dal Progetto Obiettivo Salute dell'Anziano, definitivamente approvato in sede parlamentare nel 1992, e devono essere attuati. Attualmente, infatti, i principi sui quali si basa l'assistenza continuativa si possono dire pienamente recepiti nel nostro Paese, almeno sul piano culturale. Si tratta di definire quale sia stato finora il livello di realizzazione di tali principi nelle singole realtà sociosanitarie locali e regionali. Ulteriori sviluppi delle strategie di assistenza continuativa riguardano non solo l'assistenza geriatrica in soggetti con comorbilità e disabilità manifeste, ma anche la prevenzione della fragilità nelle per-

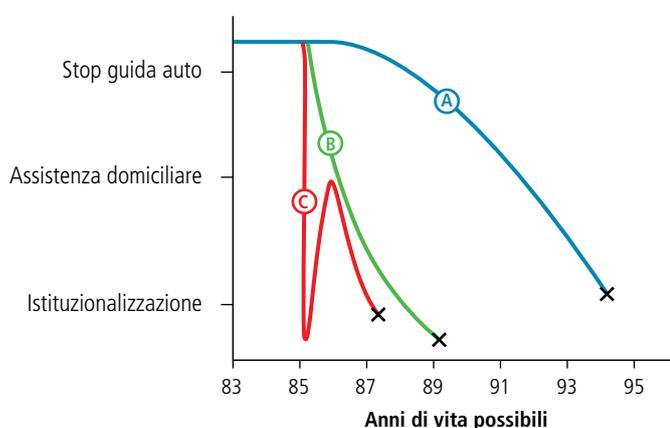


Figura 4.2 Il sig. Z è l'esempio utilizzato da Reuben per illustrare le strategie di intervento per persone molto anziane. Ha 83 anni, una buona autonomia, ma con tendenza alle cadute. Sulla base delle proiezioni demografiche attuali, l'aspettativa di vita potrà variare da 12 a 4 anni. Nel primo caso (traiettoria A) avrà un decadimento funzionale "fisiologico", che, però, gli impedirà di guidare ancora l'automobile dopo circa 6-7 anni: gli si prospetteranno, allora, problemi di organizzazione sociale della sua vita. Avrà necessità di ulteriore aiuto, per esempio per assistere la propria moglie con l'Alzheimer o per provvedere al proprio bilancio economico. Nel caso della traiettoria B potrà sviluppare una patologia degenerativa, come per esempio un Alzheimer o un Parkinson, che richiederanno un programma di interventi completamente diverso, in modo da far fronte al decadimento funzionale molto più rapido, che lo porterà probabilmente all'istituzionalizzazione prima dell'exitus. Nel caso della traiettoria C, un evento acuto improvviso, come la frattura di femore o un ictus, richiederà l'ospedalizzazione, un probabile non completo recupero, un ulteriore rapido decadimento fino all'istituzionalizzazione e all'exitus (indicato dalla crocetta) precoce rispetto alla previsione attuariale iniziale più ottimistica.

sone molto anziane ma ancora con un buon stato di salute o comunque accettabile, come è ben illustrato dal lavoro di Reuben apparso su JAMA nel numero di dicembre 2009 (Figura 4.2).

Un programma ragionato di interventi per questi ultimi soggetti dovrebbe tenere conto delle possibili evenienze cui potrebbero andare incontro. Il bisogno assistenziale può andare da una semplice richiesta di supporto, se sono in buona salute, fino all'istituzionalizzazione dopo una patologia acuta o la comparsa di una sindrome geriatrica (es. una caduta). Un programma di assistenza continuativa realizzabile su un razionale del genere dovrebbe prevedere una conoscenza capillare del territorio da parte, per esempio, di un'equipe multidisciplinare geriatrica, supportata da programmi specifici di *health technology assessment*.

Tutto ciò, soprattutto se inquadrato nella proporzione crescente del fenomeno dell'invecchiamento, prevede di riconoscere l'anziano fragile:

- come fruitore di servizi specifici, coinvolgenti diverse professionalità, dal case manager all'infermiere geriatrico, dal terapeuta occupazionale al geriatra;
- come soggetto bisognoso di una regia unica a livello di territorio [vedi oltre PUA (Punto Unico di Accesso) nel Percorso assistenziale o un Dipartimento di Geriatria intra-/extra-ospedaliero] che organizzi e supervisioni l'erogazione dei servizi necessari nella logica reale dell'integrazione.

Solo un affidamento preciso di responsabilità, all'interno del PUA o del Dipartimento di Geriatria, permette l'affiancamento al medico di medicina generale nell'individuazione e gestione della fragilità/disabilità/non autosufficienza.

4.2. Percorso assistenziale

Considerando la rilevanza del problema della non autosufficienza in Italia e la carenza di una strategia

generale di assistenza continuativa, è necessario che si condividano, a livello nazionale, alcuni elementi per garantire un'effettiva ed efficace presa in carico delle persone non autosufficienti.

In materia esiste una vasta letteratura e sono presenti anche modelli ed esperienze di livello internazionale, nazionale e locale, ma ancora si rilevano difficoltà nello sviluppo concreto di interventi caratterizzati da una strategia complessiva di tutela della salute.

Trattare del tema della non autosufficienza implica, infatti, rivedere le scelte urbanistiche e ambientali a misura di una popolazione più anziana, di nuclei familiari ristretti, ripensare in termini diversi non solo gli ambiti di assistenza sanitaria e sociale, ma anche gli stessi modelli di cura: passaggio dalla medicina di attesa a quella d'iniziativa, qualificazione di percorsi di cura nell'ospedale in senso geriatrico con maggiore integrazione con le strutture territoriali, valorizzazione delle diverse figure professionali nei percorsi di cura. Il tema riguarda, inoltre, le priorità negli interventi e l'individuazione delle relative risorse finanziarie, umane e tecnologiche.

Si intende disegnare un possibile percorso di assistenza nelle sue diverse fasi, dalla segnalazione del problema alla sua valutazione, alla presa in carico, fino alla valutazione delle attività e degli esiti.

Per fare ciò si è individuato nel Distretto l'ambito di gestione del percorso assistenziale.

Nel Distretto si colloca una nuova realtà, il PUA, che è il luogo fisico in cui viene ricevuta la domanda iniziale, viene coordinata la successiva erogazione dei servizi previsti dal Piano di assistenza e vengono ospitate le figure professionali responsabili delle equipe assistenziali, case manager *in primis*. Privilegiare un percorso specifico di assistenza al paziente fragile anziano rappresenta una necessaria evoluzione del sistema domiciliare e la collocazione nel Distretto del PUA identifica e

affida alla medesima struttura non soltanto la responsabilità istituzionale/organizzativa ma l'intero percorso socio-assistenziale. Responsabile ultimo e perno dell'integrazione dei servizi necessari rimane il direttore di Distretto.

Nell'ipotesi di collocazione dell'anziano in una struttura residenziale, è il Distretto a sostenere un ruolo di verifica e di rivalutazione nel tempo. Secondo questo stesso principio, nel caso di affidamento dell'anziano fragile all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), il Distretto deve conservare la propria responsabilità rispetto al Piano di Assistenza Individuale (PAI), anche in caso di erogazione di alcune funzioni assistenziali da parte di soggetti accreditati, di cui dovrà coordinare gli interventi e comunque fornire assistenza direttamente attraverso l'attività delle Unità Complesse di Cure Primarie, ove attivate, e delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della medicina generale.

Le figure professionali impegnate nell'assistenza domiciliare potranno così svolgere un ruolo di consulenza, di erogazione delle prestazioni oppure di gestione diretta del percorso assistenziale.

Il medico di famiglia mantiene la responsabilità clinica complessiva del percorso diagnostico-terapeutico, provvedendo a erogare le prestazioni sanitarie di propria competenza in continuo rapporto con il PUA, nell'ambito dei modelli organizzativi della Regione e dell'Azienda sanitaria. L'infermiere assume la responsabilità di competenza del proprio profilo professionale nell'identificazione dei bisogni assistenziali della persona e nella pianificazione ed erogazione dell'intervento assistenziale infermieristico.

Sarà il case manager, abitualmente figura infermieristica con il compito di coordinare la realizzazione del PAI condiviso con il paziente e/o i suoi familiari, a svolgere tale funzione in condivisione con il medico di medicina generale, che resta il primo responsabile della diagnosi, della cura e del follow-up

medico. Il geriatra sarà comunque lo specialista di riferimento per il coordinamento dei processi valutativi multidimensionali e per le situazioni di particolare fragilità e complessità. Il ruolo consulenziale e/o di erogazione di prestazioni di competenza verrà svolto da medici specialisti nelle branche indicate dal piano di assistenza e da professionisti sanitari e sociali analogamente identificati volta per volta in base alle necessità cliniche, riabilitative e sociali.

4.3. Caratteristiche essenziali del percorso assistenziale della persona anziana non autosufficiente

Alla luce di quanto in precedenza esposto (assenza di un sistema nazionale di protezione sociosanitaria a favore degli anziani non autosufficienti), vengono definiti il percorso assistenziale, i servizi implicati e le professionalità coinvolte per la gestione dell'anziano che necessita di assistenza continuativa; ciò al fine di permettere la configurazione di un sistema congruo con quanto disponibile oggi nel Servizio Sanitario Nazionale e nei diversi servizi sociali territoriali (*Figura 4.3*).

L'anziano è di norma seguito, a qualsiasi età, dal medico di medicina generale, che si reca a domicilio nei casi previsti dall'assistenza programmata. Quando non autosufficiente, l'anziano entra nel sistema dell'assistenza a lungo termine, perché segnalato dal medico di medicina generale, dai servizi territoriali, dal volontariato o direttamente dal caregiver a un unico sportello, il PUA. Il PUA, sentito necessariamente per gli aspetti di gestione

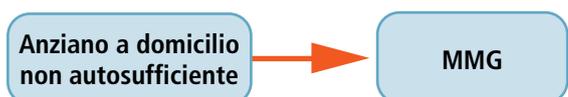


Figura 4.3 Percorso assistenziale per gli anziani. MMG, medico di medicina generale.

clinica il medico di medicina generale anche con l'utilizzo di modelli di comunicazione informatizzata previsti dall'organizzazione regionale, risponde alla domanda con una valutazione multidimensionale di primo livello (VM 1).

Il PUA provvederà a fornire tutte le risposte necessarie, da quelle semplici a quelle complesse e/o integrate (Figura 4.4).

In generale, si può definire bisogno semplice quello che può essere soddisfatto da un solo operatore e in un tempo definito quale, per esempio, la richiesta di un sostegno economico temporaneo o il riconoscimento dell'invalidità civile, qualora l'ottenimento di tali benefici sia sufficiente a coprire il bisogno. Tali procedimenti necessitano di informazioni e accompagnamento al servizio ero-

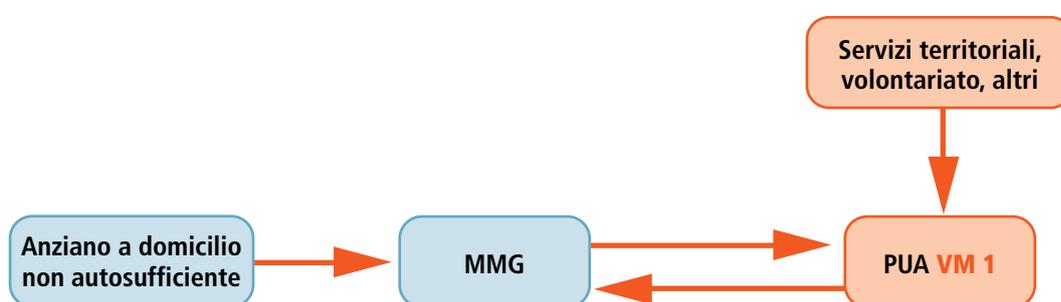


Figura 4.4 Percorso assistenziale per gli anziani non autosufficienti. PUA, Punto Unico di Accesso; VM 1, valutazione multidimensionale di primo livello.

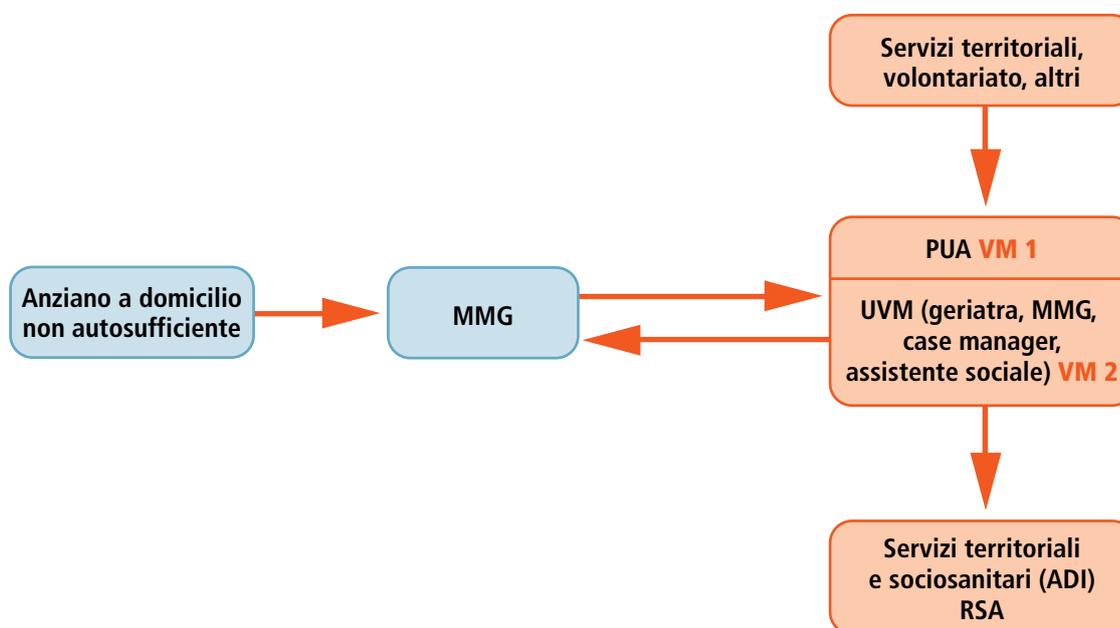


Figura 4.5 Percorso assistenziale per gli anziani non autosufficienti in particolari situazioni. MMG, medico di medicina generale; PUA, Punto Unico di Accesso; RSA, Residenza Assistenziale Sanitaria; VM 1, valutazione multidimensionale di primo livello; UVM, Unità Valutativa Multidisciplinare; VM 2, valutazione multidimensionale di secondo livello.

gatore da parte del PUA con una valutazione di primo livello. Si sottolinea l'importanza di utilizzare strumenti di terza generazione, validati e standardizzati, per permettere *benchmarking*. È evidente che in alcune situazioni le stesse richieste sottendono un bisogno più complesso (disabilità grave, pluripatologia o carenza di supporto informale). In questi casi dovrà essere lo strumento di screening a definire la necessità di approfondimenti nella valutazione (Figura 4.5).

Se il bisogno è invece complesso, il PUA attiva la valutazione multidimensionale di secondo livello (VM 2) eseguita, sempre con strumenti validati e standardizzati, dal case manager e riportata e discussa con il medico di medicina generale, lo specialista geriatra dell'Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM) di riferimento e l'assistente sociale. Questo determina l'eventuale allocazione nei servizi territoriali sociali e/o sanitari (ADI, assistenza do-

miciliare, Centri Diurni) o nei servizi residenziali [Casa di Riposo, Residenza Assistenziale Sanitaria (RSA) o Presidi territoriali di prossimità]. Per l'assistenza domiciliare integrata dovranno essere previste anche modalità di attivazione semplificata, gestite direttamente dal medico di medicina generale, in particolare per i casi in cui la situazione sanitaria del paziente determini l'indifferibilità di un primo intervento. Anche in questo caso sarà previsto il successivo coinvolgimento del PUA.

Il case manager è figura nuova per il nostro Servizio Sanitario Nazionale ed è la risposta ai nuovi bisogni determinati dalla demografia e dalle sue ricadute epidemiologiche. Necessita di professionalità capace di intercettare e gestire i problemi derivati dalla cronicità e dalla non autosufficienza, nel loro continuo intersecare sanitario e sociale. Con la sua formazione basata sul concetto di assistenza alla persona, l'infermiere sembra la figura

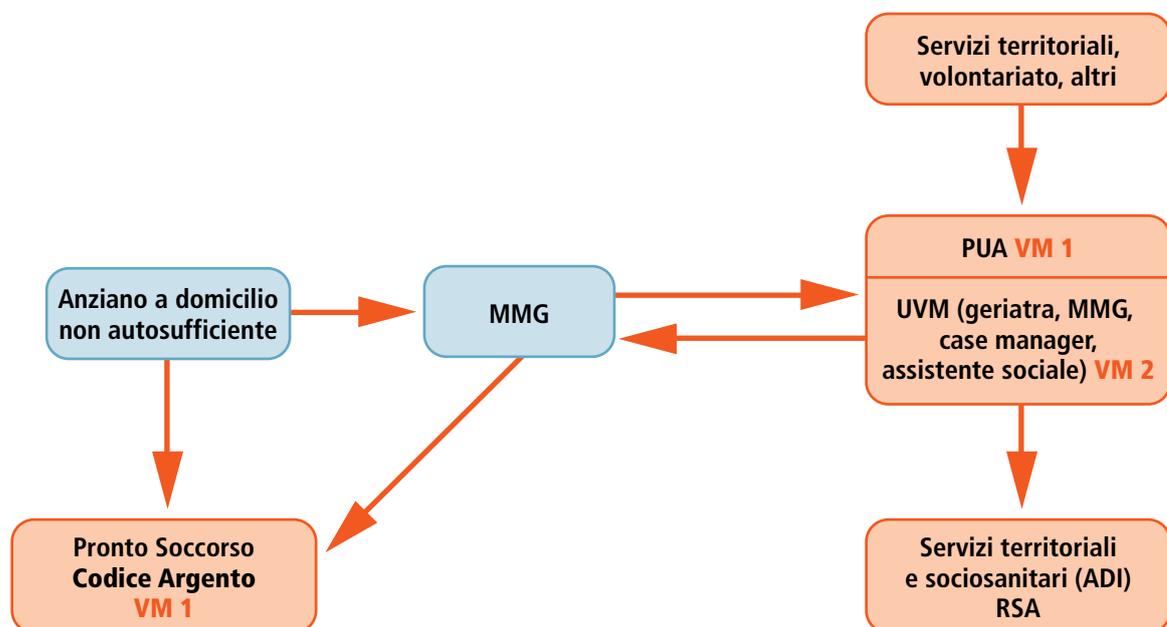


Figura 4.6 Percorso assistenziale per gli anziani non autosufficienti in caso di un evento acuto. MMG, medico di medicina generale; PUA, Punto Unico di Accesso; RSA, residenza assistenziale sanitaria; VM 1, valutazione multidimensionale di primo livello; UVM, Unità Valutativa Multidisciplinare; VM 2, valutazione multidimensionale di secondo livello.

ideale di partenza sulla quale costruire il case manager. La sua formazione complementare deve essere mirata alla valutazione multidimensionale e alla conoscenza dei servizi, dei percorsi assistenziali e delle figure professionali di riferimento per la non autosufficienza. Esperienze descritte in letteratura indicano la necessità di un periodo formativo breve, di settimane, vista la base di conoscenza già in possesso del laureato in infermieristica. Nel caso di un evento acuto che renda necessaria l'ospedalizzazione, l'anziano accederà al Pronto Soccorso/Dipartimento Emergenza e Accettazione (PS/DEA), dove verrà eventualmente definito, nel triage, come Codice Argento (Figura 4.6), sulla base di un apposito algoritmo. Gli item che com-

pongono l'algoritmo e determinano il Codice Argento sono considerati una VM 1 e identificano una fragilità/possibile non autosufficienza e la conseguente possibile necessità di assistenza continuativa. È il secondo modo per entrare nel sistema di continuità assistenziale, governato dal PUA e dalle strutture, servizi, professionalità a questo collegate. Il PS/DEA comunica al PUA l'identificazione di un paziente Codice Argento per un allertamento immediato del sistema. Il Codice Argento indirizza a un ricovero possibilmente nell'UO di Geriatria o altrimenti in Medicina Interna o in altri reparti di competenza (Neurologia, Cardiologia, Ortopedia ecc.) [Figura 4.7], ma comunque è marcatore immediato, per l'ospedale e

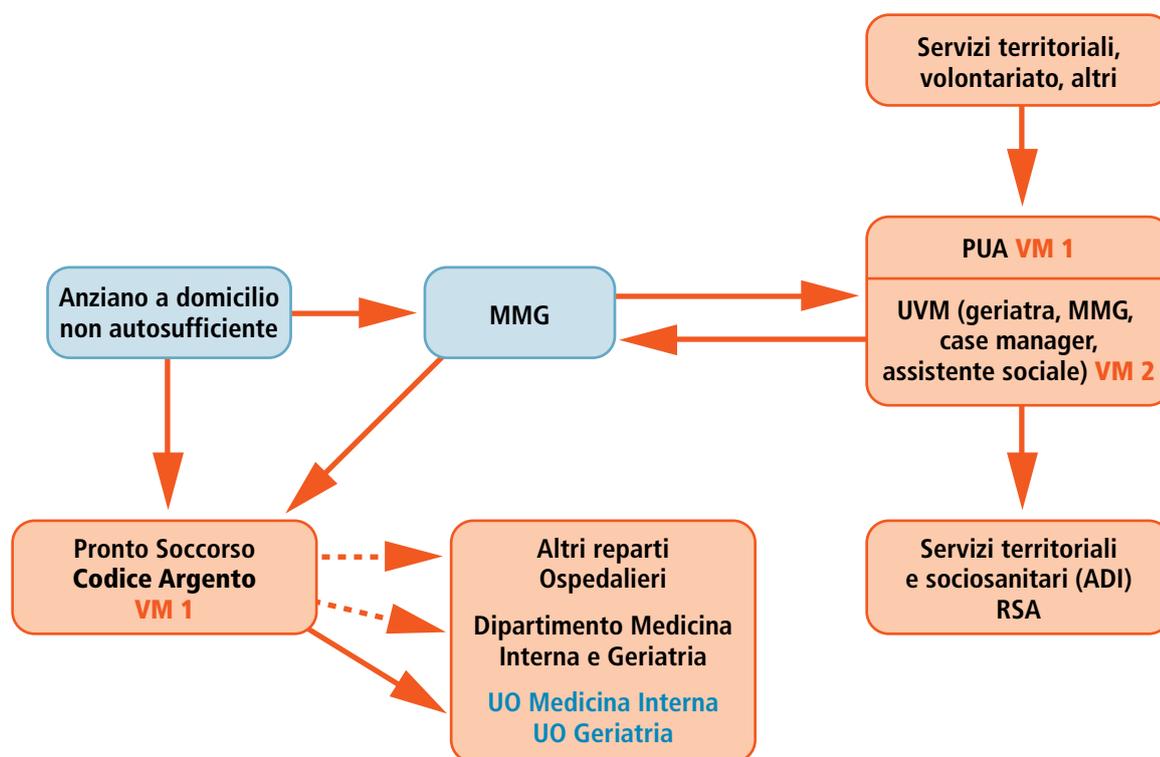


Figura 4.7 Percorso assistenziale per gli anziani non autosufficienti in caso di un evento acuto. MMG, medico di medicina generale; PUA, Punto Unico di Accesso; RSA, Residenza Assistenziale Sanitaria; VM 1, valutazione multidimensionale di primo livello; UVM, Unità Valutativa Multidisciplinare; VM 2, valutazione multidimensionale di secondo livello.

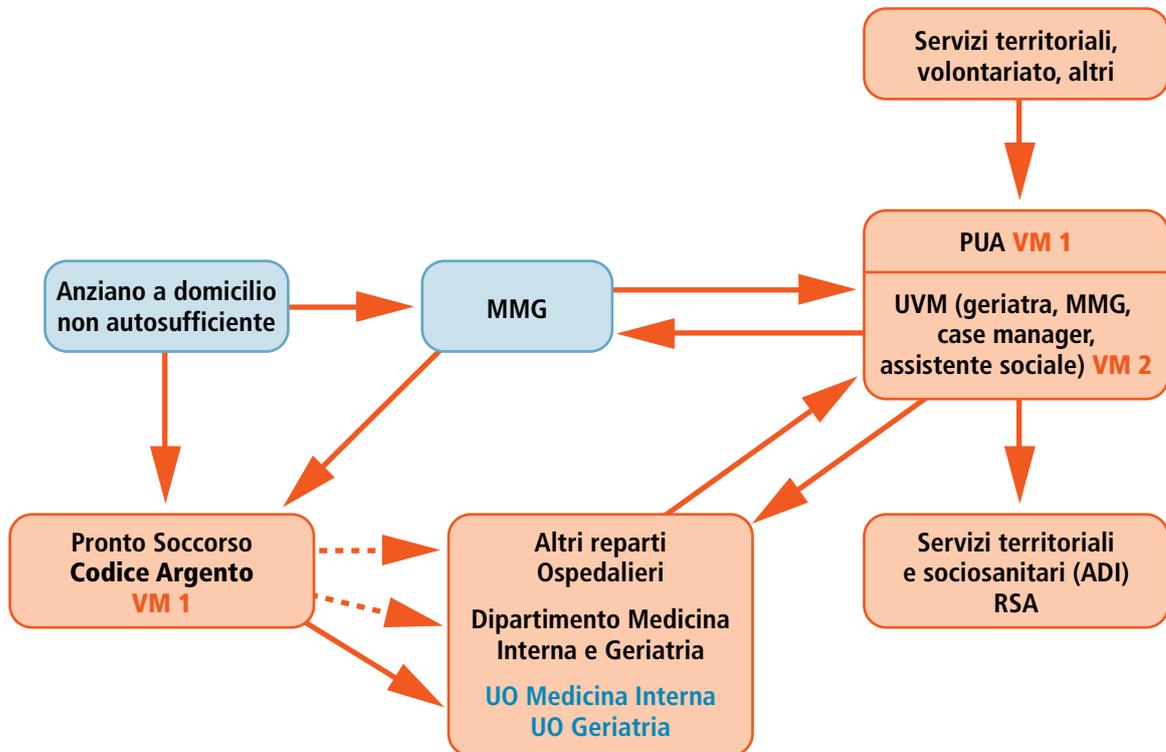


Figura 4.8 Percorso assistenziale per gli anziani non autosufficienti in caso di un evento acuto. MMG, medico di medicina generale; PUA, Punto Unico di Accesso; RSA, Residenza Assistenziale Sanitaria; VM 1, valutazione multidimensionale di primo livello; UVM, Unità Valutativa Multidisciplinare; VM 2, valutazione multidimensionale di secondo livello.

il PUA, di possibile necessità di assistenza continuativa, o di una diversa attenzione “geriatrica” (Unità Ortogeriatrica, Stroke Unit, Delirium Unit, consulenza geriatrica ecc.) nello stesso ricovero.

Il PUA/UVM entra in ospedale, in genere con il case manager, per una VM 2 quando richiesto dall’UO dove il paziente è ricoverato. La richiesta sarà fondata sull’identificazione del paziente come Codice Argento nel triage di PS/DEA o sull’evidenza, nel corso del ricovero, di problematiche da approfondire con una VM 2 per permettere un’assistenza continuativa congrua, mediante una dimissione protetta (Figura 4.8).

Questa VM 2 produrrà, quindi, una dimissione verso servizi territoriali appropriati (dimissione

“protetta” o “programmata”), di cui verrà data preventiva segnalazione al medico di medicina generale, che verrà contestualmente coinvolto nella valutazione del caso e nell’attivazione dell’ADI a bassa, media o alta intensità o nell’allocazione in Riabilitazione, Post-acuzie, Post-acuzie medica, Hospice, RSA, altri Servizi territoriali. Per gli anziani trasferiti nelle strutture residenziali, con lo strumento della VM 2 si provvederà a effettuare periodicamente la revisione della valutazione, al fine di verificare le condizioni per l’attivazione di una dimissione protetta con il rientro al domicilio (Figura 4.9).

La gestione dei percorsi è garantita dall’utilizzo degli strumenti valutativi di terza generazione che seguono il paziente nei diversi servizi (Acuzie,

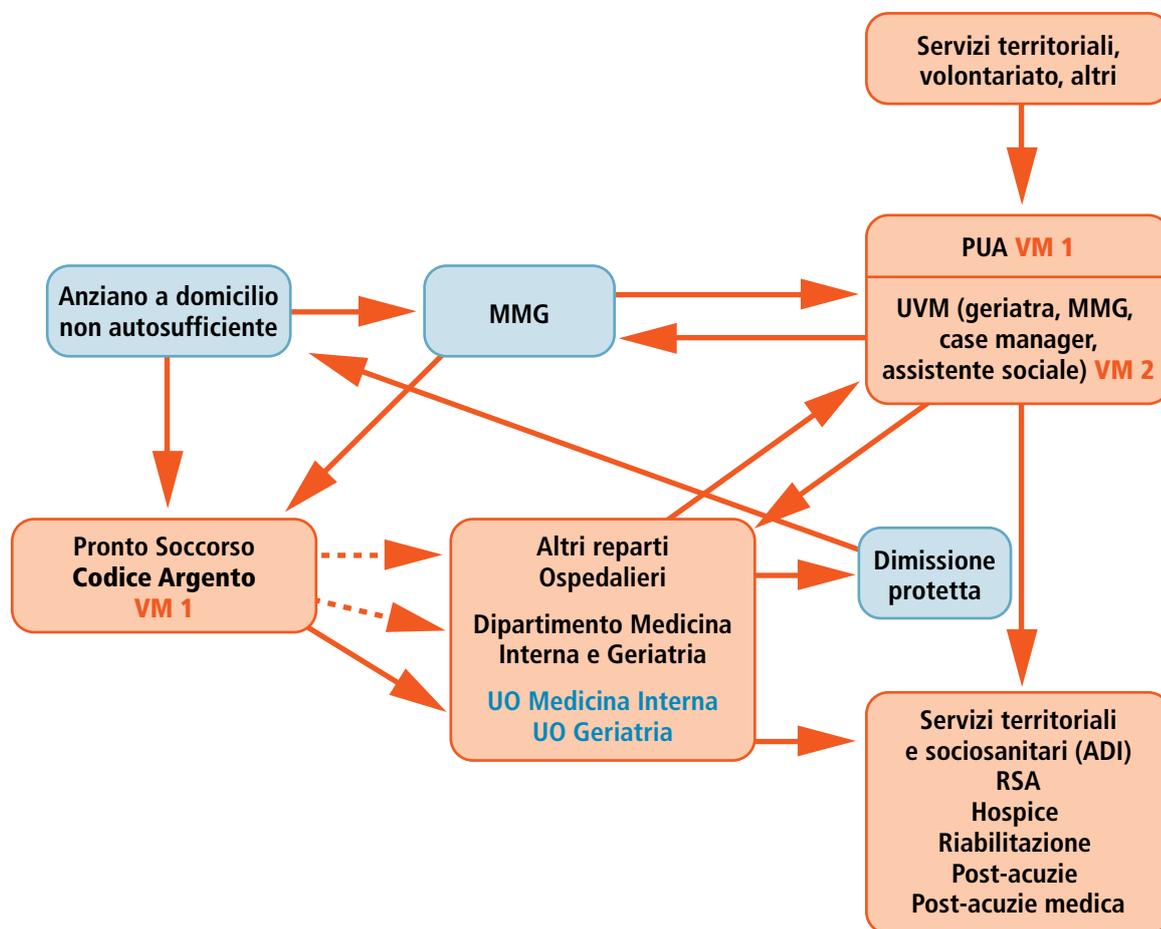


Figura 4.9 Percorso assistenziale per gli anziani non autosufficienti in caso di un evento acuto. MMG, medico di medicina generale; PUA, Punto Unico di Accesso; RSA, Residenza Assistenziale Sanitaria; VM 1, valutazione multidimensionale di primo livello; UVM, Unità Valutativa Multidisciplinare; VM 2, valutazione multidimensionale di secondo livello.

Post-acuzie/Riabilitazione, Hospice, ADI, RSA) in una logica di equità e continuità assistenziale. Con questo sistema vengono garantite la quantificazione del *case mix* assistenziale in RSA e ADI, la misurazione della qualità dell'assistenza erogata e la programmazione delle politiche regionali, resa possibile da dati reali e standardizzati.

In conclusione, si è voluto costruire un modello congruo di assistenza all'anziano non autosufficiente (Figura 4.10). A fronte di quanto disponi-

bile nel Servizio Sanitario Nazionale e nei servizi sociali territoriali, si è voluto affiancare al medico di medicina generale e all'ospedale per acuti, tradizionali *key player* di sistema, un ulteriore riferimento. Questo è costituito, come previsto da quasi tutte le Regioni, dal PUA, che opera come centro di accoglienza e successiva gestione del paziente. Nel PUA si incontrano tutte le professionalità dedicate, che si avvalgono di una nuova figura, il case manager, professionista della valutazione del

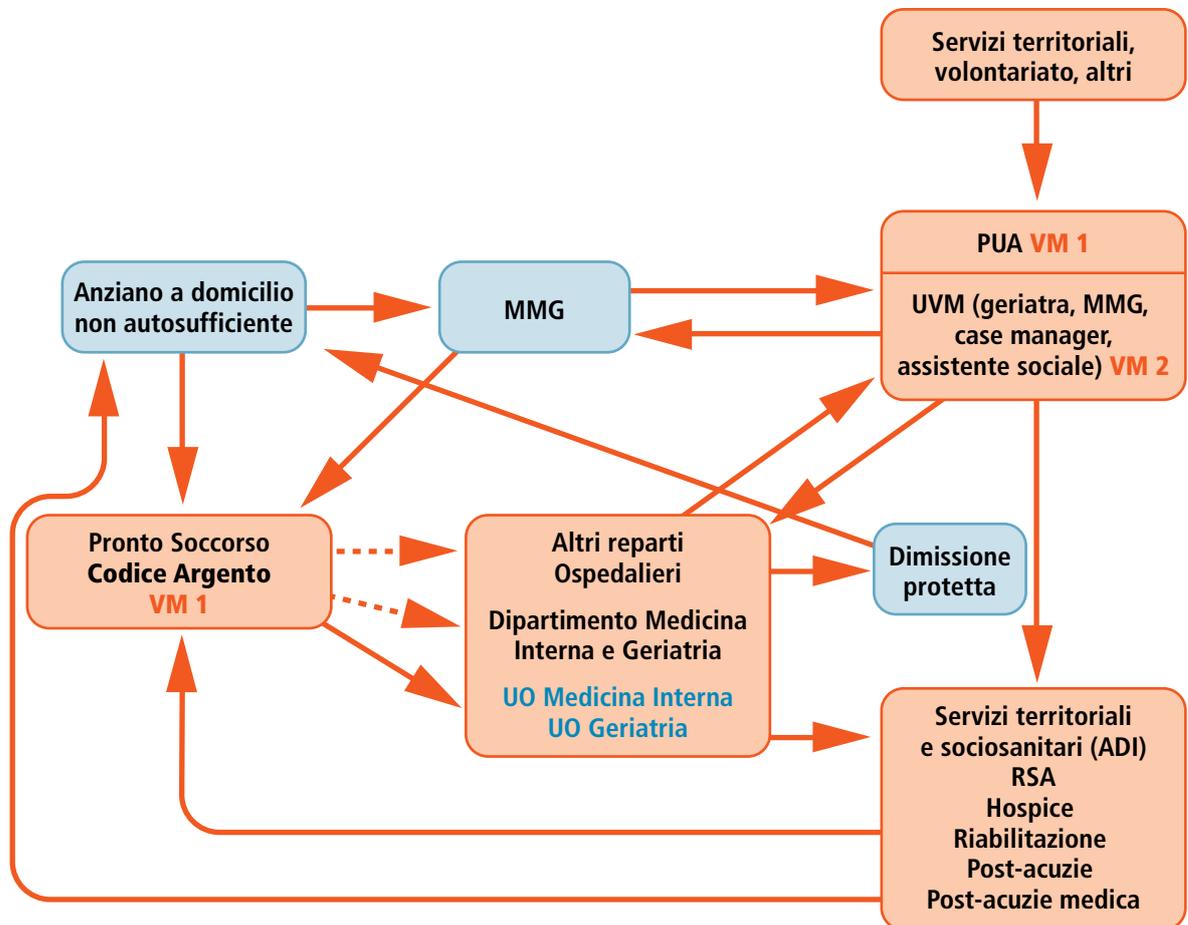


Figura 4.10 Percorso assistenziale per gli anziani non autosufficienti in caso di un evento acuto. MMG, medico di medicina generale; PUA, Punto Unico di Accesso; RSA, Residenza Assistenziale Sanitaria; VM 1, valutazione multidimensionale di primo livello; UVM, Unità Valutativa Multidisciplinare; VM 2, valutazione multidimensionale di secondo livello.

bisogno e figura chiave per la successiva erogazione integrata dei diversi servizi valutati come necessari per la gestione della non autosufficienza.

4.4. Gli anziani nei livelli essenziali di assistenza

I Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un

ticket. I LEA sono stati definiti con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 “Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza”, entrato in vigore il 23 febbraio 2002.

I LEA sono organizzati in tre settori (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera) e il DPCM 29 novembre 2001 individua solo per le prestazioni “domiciliari, semiresidenziali e residenziali” uno specifico livello dedicato alla popolazione anziana.

Tabella 4.1 Riferimenti legislativi per DPCM 29 novembre 2001

- Legge 11 marzo 1988 n. 67
- Progetto Obiettivo Anziani (1991)
- Linee guida sulle RSA del 31 marzo 1994
- DPCM 14 febbraio 2001
- DM 21 maggio 2001

Nella *Tabella 4.1* vengono riportati i documenti legislativi di riferimento; più in particolare, l'allegato 1.B, nell'ambito delle prestazioni "Sanitarie" il Livello "Assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale", prevede prestazioni di assistenza sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani (RSA per non autosufficienti). Le prestazioni erogabili sono quelle del Progetto Obiettivo Anziani.

Maggiore dettaglio viene dedicato agli anziani nell'allegato 1.C "Area Integrazione SocioSanitaria", nel quale l'assistenza agli anziani viene definita nel Macro-livello "Assistenza ambulatoriale e domiciliare", nell'"Assistenza territoriale semi-residenziale" e da ultimo nell'"Assistenza territoriale residenziale".

Il Decreto, sempre nell'allegato 1.C, nel definire l'assistenza semiresidenziale (capo 8), micro-livello "Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani", prevede che le prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi gli interventi di sollievo, siano erogate a fronte di un contributo del 50% a carico dell'utente o, se non abbiente, del Comune.

Nel definire l'assistenza residenziale (capo 9), micro-livello "Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani", prevede anche che le prestazioni residenziali di cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti in fase intensiva ed estensiva (9.a)

siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, mentre le prestazioni "*di recupero e mantenimento... ivi compresi gli interventi di sollievo*" (9.b) siano erogate a fronte di un contributo del 50% a carico dell'utente o, se non abbiente, del Comune. Anche nel caso delle prestazioni domiciliari è previsto che quelle di "aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona" siano parzialmente (50%) a carico dell'utente o del Comune. Il Decreto pone dei problemi di chiarezza interpretativa, nel momento in cui individua nell'ambito del macro-livello residenziale un micro-livello "anziani" limitandolo nominalmente ai "programmi riabilitativi", non distinguendo bene tra i diversi setting in cui svolgere tali programmi.

Il tema merita, infatti, un approfondimento in considerazione del fatto che la riabilitazione in regime di degenza ospedaliera rientra tra le prestazioni del livello ospedaliero ove (sulla base di una lettura congiunta tra il decreto e le linee guida del Ministero sulla Riabilitazione, espresse nel decreto) vengono individuate prestazioni di riabilitazione sia "intensiva" (riabilitazione ospedaliera) sia "estensiva" (lungodegenza post-acuzie).

Con riferimento ai disabili, le linee guida sulla Riabilitazione vengono riprese anche nel capitolo dell'assistenza residenziale territoriale, distinguendo tra prestazioni riabilitative (a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale) e prestazioni socio-riabilitative, per le quali è prevista una partecipazione dell'utente o del Comune. D'altra parte, con riferimento agli anziani, diversa è la terminologia utilizzata ove si distingue tra prestazioni di cura e recupero funzionale in fase "intensiva ed estensiva" e prestazioni "di mantenimento": viene ripresa la classificazione adottata dalle linee guida sulla Riabilitazione, senza tuttavia citare queste tra le fonti normative e lasciando quindi intendere che i termini intensiva ed estensiva debbano essere

interpretati con riferimento alla cura e non alla riabilitazione.

Nel 2007, la Commissione nazionale LEA ha pubblicato due documenti sulle “Prestazioni residenziali e semiresidenziali” e sulle “Prestazioni domiciliari”, che contengono numerosi elementi utili a definire meglio gli argomenti trattati.

In particolare, la prestazione residenziale viene caratterizzata di norma come prestazione di assistenza a lungo termine a soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di “terapia post-acuzie” (Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie), svolte di norma in regime ospedaliero.

I documenti evidenziano come per l'erogazione ottimale delle prestazioni risulti fondamentale l'integrazione con i servizi sociali e come il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale debba essere valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale e il conseguente impegno di risorse.

Tabella 4.2 Elementi innovativi dello schema di DPCM 2008 sui livelli essenziali di assistenza

- Prevede sempre la valutazione multidimensionale e la presa in carico (Art. 22, 23 e 30)
- Articola le cure domiciliari su 3 livelli, prevedendo un servizio programmato sui reali bisogni e se necessario su 7 giorni (Art. 22)
- Prevede un ulteriore livello speciale di cure palliative a domicilio (Art. 23)
- Definisce le Prestazioni Residenziali per anziani su 3 livelli (Art. 30)
- Prevede un ulteriore livello speciale di cure residenziali a elevato impegno sanitario (Art. 29)
- Individua e riconosce il Nucleo Alzheimer nell'ambito delle cure residenziali (Art. 30.1.b)
- Individua il Centro Diurno Alzheimer nell'ambito delle cure semi-residenziali (Art. 30.2.a)
- Individua un livello di cure palliative per pazienti terminali (Hospice) nell'ambito delle cure residenziali (Art. 31)

Nell'aprile 2008 è stato predisposto un nuovo schema di decreto sui livelli essenziali di assistenza, che supera molte di queste contraddizioni, riprendendo in larga parte dai contenuti dei documenti sulle “Prestazioni residenziali e semiresidenziali” e sulle “Prestazioni domiciliari” prodotti nel 2007 dalla Commissione LEA. Lo schema di decreto, tuttavia, è stato successivamente ritirato non avendo superato il visto della Corte dei Conti.

Il testo dello schema risultava particolarmente innovativo nelle parti che riguardano le prestazioni residenziali e domiciliari (*Tabella 4.2*).

In particolare, tra le modifiche più rilevanti si nota l'introduzione della valutazione multidimensionale come metodica di base per la valutazione dell'anziano e la pianificazione dell'assistenza sia per le cure domiciliari (Art. 22.2) sia per quelle residenziali (Art. 30.1).

Sul versante delle cure domiciliari, appare rilevante la distinzione di tre livelli di diversa intensità di cura, definiti anche nei loro standard di massima, cui va aggiunto un quarto livello (Art. 23) riferito alle cure domiciliari palliative ad alto impegno.

Identico schema viene proposto per le prestazioni residenziali che vengono articolate su tre livelli (di cui uno riferito a “trattamenti estensivi di riorientamento e tutela della persona in ambiente ‘protesico’ a persone con demenza senile...”), cui si aggiunge un livello di assistenza residenziale extra-ospedaliera a elevato impegno (Art. 29) per persone affette da patologie caratterizzate da complessità, instabilità clinica e/o gravissima disabilità, che necessitano di supporto alle funzioni vitali (stati vegetativi, gravi insufficienze respiratorie, terminali ecc.).

Soltanto due sono i livelli delle cure semiresidenziali, ove in analogia alle cure residenziali viene riproposto come tipologia autonoma il trattamento a persone con demenza senile (Art. 30.3.a). Come nel precedente Decreto, la riabilitazione ospedaliera e la lungodegenza post-acuzie (ora in

fase di superamento) rientrano fra le prestazioni ospedaliere comunque garantite a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Lo schema di decreto prevede una copertura della spesa da parte del Servizio Sanitario Nazionale del 50% per le prestazioni residenziali (che sale al 60% per i trattamenti in ambiente protesico ai soggetti con demenza senile).

Resta invece a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale l'assistenza a elevato impegno sanitario di cui all'Art. 29. Nello schema di decreto si segnala che la distinzione fra trattamenti riabilitativi intensivi, estensivi e di mantenimento, che creava confusione con le prestazioni di riabilitazione, non viene più utilizzata, ma più precisamente si fa riferimento ai "trattamenti sanitari" (medico, infermieristico e riabilitativo) e di cura della persona di cui necessita un paziente non autosufficiente. Si segnala, peraltro, che nel livello residenziale si parla di presa in carico, ma non viene fatto riferi-

mento al PAI, che è invece ripetutamente citato nelle cure domiciliari.

Bibliografia

Bernabei R, Landi F, Gambassi G, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ* 1998; 316: 1348-51

Ministero della Salute – Commissione nazionale LEA. "Prestazioni residenziali e semiresidenziali", 2007. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_733_allegato.pdf. Ultima consultazione: novembre 2010

Ministero della Salute – Commissione nazionale LEA. "Prestazioni domiciliari", 2007. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_733_allegato.pdf. Ultima consultazione: novembre 2010

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: 2686-94

5. La geriatria nell'ospedale per acuti

5.1. Introduzione

L'invecchiamento della popolazione ha, tra le sue conseguenze, anche un aumento significativo dei ricoveri ospedalieri di pazienti anziani: negli Stati Uniti, dal 1970 al 2006 la percentuale di ultrasessantacinquenni tra i degenti ospedalieri è passata dal 20% al 38%, mentre quella degli ultrasessantacinquenni addirittura dal 9% al 24%. In Italia, recenti valutazioni (Rapporto Sanità-CEIS 2009, 2010) confermano come i tassi di ricovero siano nettamente superiori per le classi più anziane (età 65-74 anni: 232,7 per 1000 abitanti; ultrasessantacinquenni: 101,4 per 1000 abitanti), verso gli adulti tra i 15 e i 64 anni (340,8 per 1000 abitanti) [Figura 5.1].

Rispetto alla media dei soggetti ricoverati, gli anziani trascorrono in ospedale un numero di giorni più di 3 volte maggiore. Se il ricovero in ospedale è un evento sempre più frequente e necessario al crescere dell'età, l'ospedalizzazione rappresenta per molti anziani – soprattutto, per soggetti con pre-esistente fragilità – anche uno straordinario fattore di rischio di declino funzionale e cognitivo, di altre sindromi geriatriche e, in ultima analisi, di istituzionalizzazione e morte. D'altra parte, queste non sono conseguenze ineluttabili dell'ospedalizzazione, ma possono essere prevenute

con un approccio di cura adeguato, che in ospedale si realizza nelle Unità Geriatriche per Acuti (UGA).

5.2. Funzionamento appropriato

5.2.1. Unità Geriatrica per Acuti: prove di efficacia

A partire dalla prima metà degli anni Ottanta, numerose e solide evidenze scientifiche hanno ripetutamente dimostrato che un modello di cura dell'anziano fragile ospedalizzato, incentrato sull'UGA, produce esiti di salute significativamente migliori rispetto a quelli ottenuti da servizi non geriatrici. Tali evidenze sono a fondamento delle posizioni che le due maggiori società nazionali di Geriatria, la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) e la Società Italiana dei Geriatri Ospedalieri (SIGOs), hanno congiuntamente espresso in un documento pubblicato nel 2003 e sono state ulteriormente rafforzate, in anni recenti, da nuovi *trials* clinici randomizzati e loro meta-analisi, i cui risultati documentano che la cura dell'anziano in UGA, guidata dall'applicazione della Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD), previene lo sviluppo o l'aggravamento della disabilità, riduce il tasso di istituzionalizzazione dopo

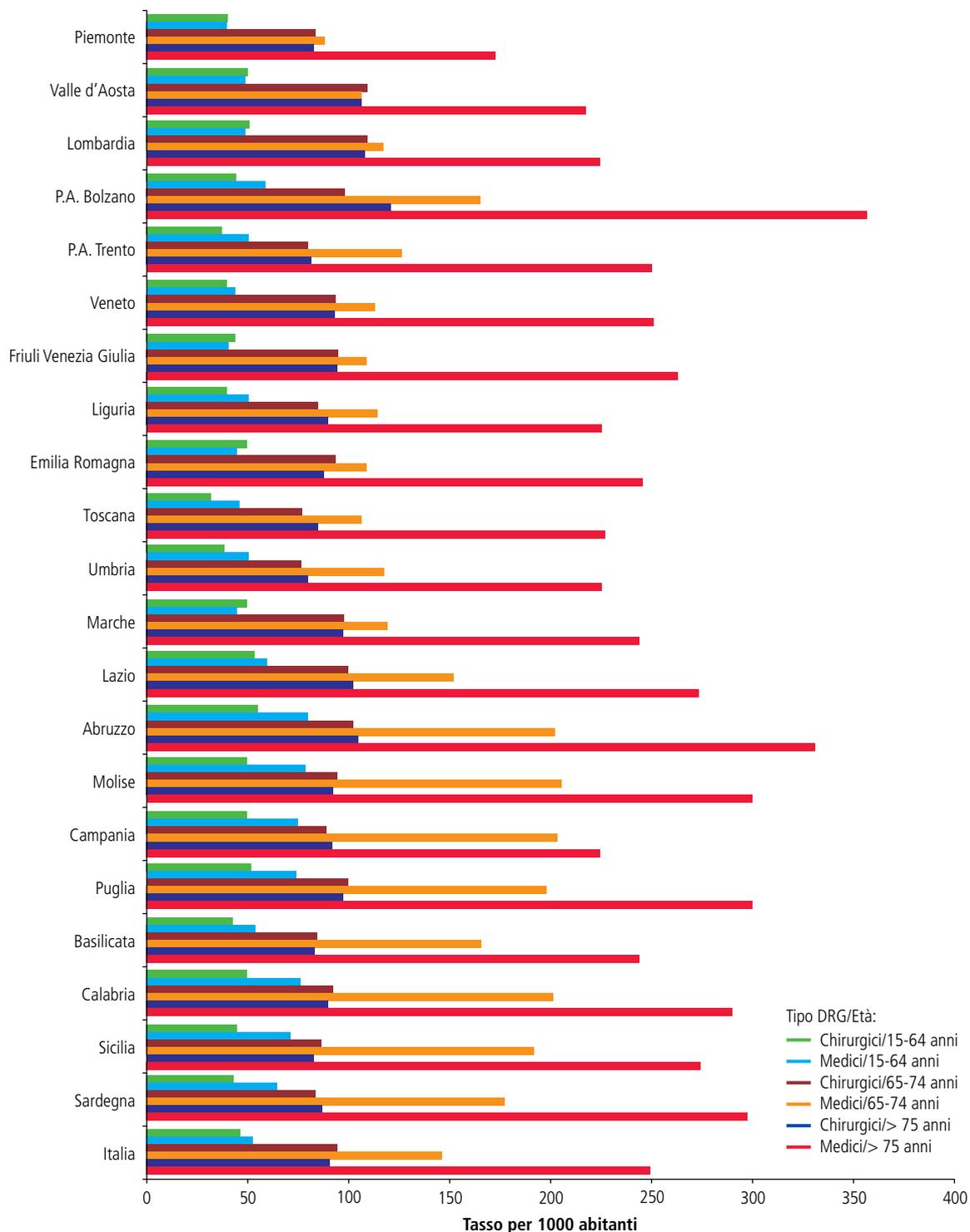


Figura 5.1 Tassi di ricovero regionali per tipo di DRG e classi di età – acuti in regime ordinario: valori per 1000 abitanti (anno 2006) Fonte: Rapporto Sanità-CEIS, 2009.

la dimissione dall'ospedale e migliora lo stato cognitivo. La durata della degenza ospedaliera e, più in generale, i costi sanitari globali di questo modello di cura non superano quelli del modello tradizionale e, addirittura, possono risultarne inferiori. In pazienti a più alto rischio è stata anche dimostrata una riduzione della mortalità, a breve o a lungo termine.

Questi vantaggi sono soprattutto evidenti quando:

- il geriatra è responsabile in prima persona della definizione, dell'attuazione e del controllo del piano di cura in tutte le sue fasi; gli esiti non sono altrettanto favorevoli quando il paziente anziano fragile viene ricoverato in altri reparti e il geriatra, o il team geriatrico, hanno solo un ruolo di consulenti;
- l'ammissione in UGA avviene mediante selezione di pazienti ad alto rischio di disabilità o di sua progressione; tale selezione è anche garanzia di utilizzazione ottimale delle risorse, in termini di rapporto costo-efficacia;
- il piano di assistenza individuale è fondato sulla VMD e, ove necessario, ha possibilità di articolarsi, senza soluzione di continuità, nella rete di servizi, anche territoriali.

L'UGA ha caratteristiche architettoniche, strutturali e organizzative tali da minimizzare i rischi derivanti dall'ospedalizzazione, soprattutto il delirium, l'immobilizzazione, la perdita di autonomia funzionale, le cadute e la malnutrizione.

Un recente studio osservazionale, condotto a Firenze, fornisce prove di efficacia del modello geriatrico nell'ospedale per acuti anche nel nostro Paese. In un campione di circa 11.000 pazienti ultrasessantacinquenni, ricoverati in ospedale attraverso il Pronto Soccorso per motivi medici, a parità di altre condizioni, la prognosi a un anno era significativamente migliore nei casi affidati a un'UGA piuttosto che a un reparto di Medicina Interna. La sopravvivenza era addirittura del 30%

migliore in quel sottogruppo di pazienti (circa un quarto dei ricoverati) che, sulla base di un punteggio prognostico denominato Codice Argento, utilizzabile sin dall'ammissione in Pronto Soccorso, erano particolarmente compromessi e a maggiore rischio di morte. Il Ministero della Salute ha inteso verificare la generalizzabilità di questi risultati, promuovendo una ricerca – tuttora in corso – sull'applicazione del Codice Argento all'intera popolazione ultrasessantacinquenne di Toscana, Lazio, Veneto e Sicilia.

Infine, vanno ricordate le prove di efficacia di modelli di cura di tipo geriatrico per specifiche condizioni, quali la frattura di femore: un *trial* randomizzato dimostra che i pazienti fratturati presi in carico in Unità di Ortogeriatrics hanno una più bassa mortalità e una minore incidenza di complicanze in acuto, mentre altri studi controllati non randomizzati mostrano vantaggi in termini di migliore recupero funzionale e più breve durata della degenza.

5.2.2. Profilo operativo della geriatria ospedaliera

Le prove di efficacia sopra riportate forniscono una chiara indicazione degli elementi costitutivi essenziali dell'UGA, che da un punto di vista operativo si traducono nelle caratteristiche riportate nella *Tabella 5.1*.

Individuazione del paziente elettivo e criteri di ammissione

Il paziente di elezione dell'UGA è l'anziano con patologia acuta o cronica riacutizzata, caratterizzato da polipatologia, complessità o fragilità, a elevato rischio di disabilità. Nella selezione dei pazienti al Pronto Soccorso/Dipartimento Emergenze e Accettazione (PS/DEA), si tiene conto dell'esistenza di marcatori di fragilità, rappresen-

Tabella 5.1 Elementi costitutivi dell'Unità Geriatrica per Acuti (UGA)

- Individuazione del paziente elettivo e criteri di ammissione
- Impiego della Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD)
- Valorizzazione dell'approccio integrato multiprofessionale
- Mantenimento e recupero dell'autonomia funzionale
- Attenzione allo stato cognitivo, affettivo e comportamentale
- Coinvolgimento del paziente e del care-giver nel programma di cura
- Prevenzione delle complicanze legate al ricovero
- Pianificazione della dimissione
- Proiezione del geriatra all'esterno dell'UGA

tati, per esempio, da un'attuale presa in carico da parte dei servizi territoriali o da una positività al Codice Argento.

L'accesso del paziente all'UGA avviene attraverso il PS/DEA, per trasferimento da altre Unità Operative ospedaliere o su proposta del Punto Unico di Accesso (PUA) o del medico di medicina generale (secondo i percorsi delineati nel *Capitolo 4*). I criteri di selezione precedentemente ricordati si potranno tradurre in modalità operative diverse a seconda delle realtà locali, in genere attraverso protocolli concordati con il PS/DEA per la conduzione di uno screening sistematico dell'anziano eleggibile.

Impiego della VMD

Condotta dal team geriatrico – ciascuna professionalità per la sua competenza – la VMD rappresenta lo strumento procedurale primario della geriatria. Si avvale di strumenti di seconda-terza generazione (vedi *Capitolo 3*), integrati e possibilmente informatizzati, che guidano la scelta degli obiettivi di cura e facilitano la verifica del loro conseguimento. Il suo valore è sostenuto dalle evidenze scientifiche sopra riportate.

A quanto già detto in precedenza si deve aggiungere che l'applicazione della VMD permette una

stratificazione prognostica più accurata, rispetto a indici prognostici basati esclusivamente su parametri d'organo o apparato, come per esempio nel caso della polmonite e dello scompenso cardiaco. Le informazioni ricavate dalla VMD condotta in UGA consentono la formulazione di un piano di cura personalizzato, che può comprendere anche interventi in altri setting, caratterizzati da una diversa intensità assistenziale.

Valorizzazione dell'approccio integrato multiprofessionale

Il team assistenziale prevede l'intervento, oltre che del geriatra, dell'infermiere, dell'operatore socio-sanitario, del fisioterapista e dell'assistente sociale, anche – ove opportuno – di altre figure professionali (logopedista, terapeuta occupazionale, psicologo, dietista), in un'ottica di intervento multidimensionale.

Modalità specifiche di collaborazione in team sono rappresentate dalla cartella clinica integrata e dai *briefing* periodici.

Nel team sono importanti la formazione di base e il continuo aggiornamento in senso geriatrico dei professionisti che lo compongono. Fa parte integrante della "mission" dell'UGA incentivare il processo di formazione e aggiornamento continuo di tutte le figure professionali che, all'interno dell'ospedale, sono coinvolte nella cura dell'anziano.

Mantenimento e recupero dell'autonomia funzionale

L'anziano ospedalizzato presenta un elevato rischio di riduzione delle capacità funzionali durante il ricovero. Per questo l'UGA mette in atto, oltre che la cura della malattia acuta, strategie mirate al mantenimento e al recupero dello stato funzionale pre-morboso, con l'obiettivo ultimo di migliorare l'autonomia e la qualità della vita. Nell'attuare programmi individualizzati di ri-attiva-

zione (o riabilitazione) motoria, vengono seguite le indicazioni ricavate dall'approccio integrato multiprofessionale della VMD.

Attenzione allo stato cognitivo, affettivo e comportamentale

L'UGA presta la massima attenzione alla prevenzione, all'identificazione e, ove possibile, al recupero dei disturbi dello stato cognitivo, affettivo e comportamentale, legati sia a una compromissione cronica pre-esistente (demenza) sia a insorgenza recente, addirittura successivi al ricovero, e potenzialmente reversibili (delirium).

Coinvolgimento del paziente e del caregiver nel programma di cura

Il personale dell'UGA adotta modalità comunicative e relazionali adeguate alle abilità del paziente, al fine di garantirne la partecipazione nel processo di cura, nel rispetto delle sue volontà e preferenze.

Il coinvolgimento attivo del caregiver è parte integrante del piano globale di cura; dati di letteratura dimostrano che tale coinvolgimento migliora significativamente la prognosi della malattia acuta, incide positivamente nella prevenzione e nel contenimento dello scompenso funzionale e cognitivo, specialmente nel paziente con demenza, ed è ben accetto da pazienti, parenti e personale.

La massima attenzione viene prestata in UGA agli aspetti etici, soprattutto nel caso di pazienti incapaci di assumere autonomamente decisioni su procedure diagnostiche e terapeutiche proposte dai sanitari.

Prevenzione delle complicanze legate al ricovero

Il ricovero ospedaliero comporta per il soggetto anziano un aumento di rischio di sindromi geriatriche (cadute, malnutrizione e disidratazione, im-

mobilizzazione, delirium, incontinenza), come di infezioni nosocomiali. Fanno parte integrante del piano di cura attuato in UGA programmi specifici di prevenzione di dette sindromi, la cui efficacia è ampiamente dimostrata in letteratura.

Analogamente, vengono attuati programmi di individuazione, prevenzione e correzione del rischio iatrogeno da farmaci, particolarmente accentuato in età geriatrica.

Pianificazione della dimissione

Sin dal momento dell'ammissione, il team si preoccupa di stimare il potenziale di rientro dell'anziano a domicilio, in relazione alle sue condizioni clinico-funzionali e cognitive, della loro modificabilità e della rete di supporto familiare e sociale. L'UGA redige protocolli e procedure di collaborazione/integrazione con i servizi extra-ospedalieri di assistenza continuativa per i casi che necessitano di supporto sociosanitario alla dimissione.

Proiezione del geriatra all'esterno dell'UGA

Il geriatra dell'UGA partecipa a percorsi assistenziali (condivisi con altri specialisti in una logica multidisciplinare), dedicati a pazienti anziani con patologie acute o croniche riacutizzate con notevole complessità di diagnosi, trattamento e assistenza, che accedono ad altre strutture e servizi dell'ospedale (compreso il PS/DEA) per la risoluzione del loro bisogno di salute.

Alla degenza ordinaria in UGA i geriatri affiancano frequentemente attività ospedaliere di Day Hospital, Day-Service e ambulatori, per garantire un'offerta flessibile di servizi, a cui l'anziano accede in uscita dall'UGA, così come dal territorio, su richiesta del medico di medicina generale o del PUA. L'attività ambulatoriale è caratterizzata, di solito, dalla presa in carico, mentre più raramente ha un carattere meramente consulenziale: ne sono un tipico esempio gli ambulatori per i disturbi cognitivi,

che (non diversamente da servizi analoghi sul territorio) esercitano funzioni di Unità Valutativa Alzheimer (UVA) per l'accertamento diagnostico, la valutazione globale, il trattamento farmacologico (compresa la gestione dei piani terapeutici) e non farmacologico dei disturbi cognitivi. Nei pazienti con franca demenza, l'UVA ospedaliera s'interfaccia con il PUA per garantire al paziente l'erogazione di servizi sociosanitari territoriali.

Alcune Aziende Sanitarie (Ferrara, Torino, Grosseto) hanno realizzato un'integrazione funzionale completa, di tipo dipartimentale, fra strutture ospedaliere e territoriali di geriatria. Questi modelli rappresentano probabilmente la forma più efficace ed efficiente di strutturazione della rete di servizi sociosanitari per l'anziano, che meriterebbe maggiore diffusione.

5.3. Criticità e possibili soluzioni

5.3.1. Esiguità numerica delle UGA

Come sottolineato in precedenza, le UGA sono poche e distribuite in modo molto disomogeneo sul territorio nazionale, in misura non giustificata da differenze demografiche. Si stima, infatti, che – con le rare eccezioni di alcune Regioni – l'attuale dotazione di posti letto di UGA in Italia sia pari a meno del 5% del totale di quelli internistici. Considerando che gli anziani rappresentano circa il 40% dei ricoveri in area medica e stimando che, di questi, almeno il 20-25% abbia quelle caratteristiche di problematicità che, secondo quanto dimostrato da solide evidenze scientifiche, rendono vantaggioso l'affidamento alla geriatria, si desume che la dotazione di posti letto in UGA dovrebbe aumentare dell'8-10% del totale dei letti di area medica.

Sulla base delle evidenze disponibili nella letteratura internazionale, è raccomandabile che venga costituita almeno una UGA in ogni Azienda Sa-

nitaria Locale, Azienda Ospedaliera o Ospedaliero-Universitaria sede di PS/DEA e di Unità Operative di Medicina Interna.

5.3.2. La geriatria nel PS/DEA

Gli ultrasessantacinquenni rappresentano il 20% e il 25% del totale degli accessi in PS/DEA, percentuale che è destinata a crescere in misura esponenziale nei prossimi anni. Contrariamente a quanto talvolta sostenuto, molti degli accessi di anziani al PS/DEA sono appropriati, in quanto dovuti a un'effettiva instabilità e complessità clinica e non a mere problematiche socio-assistenziali o a cattiva gestione da parte del territorio. Spesso le possibilità di recupero esistono, ma rimangono offuscate a causa della comorbidità cronica. Le presentazioni cliniche sono spesso atipiche, la polifarmacoterapia è la regola e le reazioni avverse da farmaci sono tanto comuni da rappresentare, nel 10-16% dei casi, il motivo, per lo più misconosciuto, dei sintomi responsabili del ricorso al PS/DEA. La disabilità è frequentissima (in alcune casistiche, la prevalenza sfiora addirittura l'80%) e insieme al delirium (che si stima sia presente nel 10% dei casi) rappresenta in molti anziani la manifestazione clinica dominante e di importante significato prognostico, per quanto aspecifica. L'interpretazione di questi quadri è difficile per chi non ha specifica formazione ed esperienza in senso geriatrico, tant'è vero che nei pazienti che giungono in PS/DEA con delirium questa condizione viene riconosciuta solo nel 35% dei casi, mentre ben il 30% dei pazienti affetti viene dimesso rapidamente, senza che siano state diagnosticate patologie rilevanti, che spesso determinano un successivo accesso, l'ospedalizzazione o la morte.

Il personale medico dei PS/DEA non nasconde la propria frustrazione e sensazione di inadeguatezza di fronte a questi pazienti che, per l'impegno ri-

chiesto e il crescente impatto epidemiologico, rappresentano una realtà nuova e preoccupante per Medicina Interna e Medicina d'Urgenza. Per farvi fronte, in letteratura sono comparse proposte di soluzioni innovative, a impronta geriatrica. Alcuni autori hanno sviluppato modelli di "Geriatric Emergency Room" esclusivamente dedicati agli anziani e gestiti da geriatri; altri hanno introdotto in maniera sistematica la VMD al PS/DEA, per migliorare l'assistenza e coordinare la dimissione. In Italia, a Torino e ad Ancona, letti del PS/DEA sono affidati a uno staff geriatrico multiprofessionale, per la diagnosi e il trattamento delle emergenze non traumatiche: gli anziani che vi sono accolti, dopo una degenza breve, possono eventualmente tornare al domicilio, con attivazione del medico di medicina generale e dei servizi territoriali, evitando così che l'accesso al PS/DEA si concluda con un ricovero inutile o una dimissione intempestiva. Le Geriatriche ospedaliere italiane sollecitano l'ulteriore sperimentazione e verifica di efficacia (e costo-efficacia) di questi e altri eventuali modelli di accoglienza dell'anziano al PS/DEA, nei quali esse sapranno mettere in campo la loro competenza e professionalità, a vantaggio degli anziani più bisognosi di cure e, al tempo stesso, dell'intero Servizio Sanitario Nazionale.

5.3.3. Collegamenti con il territorio

L'attività dell'UGA non può essere disgiunta da quella della rete integrata dei servizi, nel rispetto del principio di continuità assistenziale. Tuttavia, in molte realtà questi collegamenti sono deboli o assenti. Questo rappresenta un indubbio elemento di criticità, che mina efficacia ed efficienza del sistema nel suo complesso e dovrebbe essere superato, secondo il modello proposto nel *Capitolo 4* o in modelli più avanzati, come quelli dipartimentali, precedentemente citati.

5.3.4. Le incertezze legate alla nuova realtà dell'Ospedale per Intensità di Cure (OIC)

In alcune Regioni italiane sono allo studio modelli innovativi di ospedale che, pur con differenze locali, si richiamano comunque al principio di organizzazione per intensità di cura (*Figura 5.2*). In questi modelli, i pazienti sono assegnati primariamente a un determinato livello di intensità assistenziale (elevata/intermedia/bassa) e solo in subordine a una struttura organizzativa professionale specialistica. La stessa tradizionale articolazione dell'ospedale per reparti differenziati secondo discipline specialistiche viene ampiamente superata, sul piano strutturale e – almeno in parte – anche organizzativo. Vengono, così, esaltati gli aspetti tecnologici dell'ospedale come luogo dell'acuzie e dell'intensità; al tempo stesso, secondo le intenzioni dei suoi promotori, il modello garantirebbe un processo di cura contraddistinto da presa in carico globale, elevato grado di coordinamento, integrazione e continuità nelle sue varie fasi, omogeneità ed equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi e delle prestazioni.

I medesimi principi di centralità del paziente, valutazione degli effettivi bisogni, integrazione multiprofessionale e continuità delle cure attraverso setting assistenziali differenti sono patrimonio indiscusso e riconosciuto della Geriatria che, anzi, ha contribuito a introdurli nella cultura medica e ha saputo applicarli con successo, come dimostrano le prove di efficacia ottenute nel processo di cura dell'anziano fragile in UGA. Per contro, si deve rimarcare che, al momento, non è disponibile alcuna evidenza scientifica che questi obiettivi siano con maggiore certezza o estensione raggiunti dall'OIC, rispetto al modello tradizionale di ospedale per specialità nel suo complesso e, nello specifico, rispetto al modello geriatrico per l'anziano fragile. La Geriatria italiana è in grado,

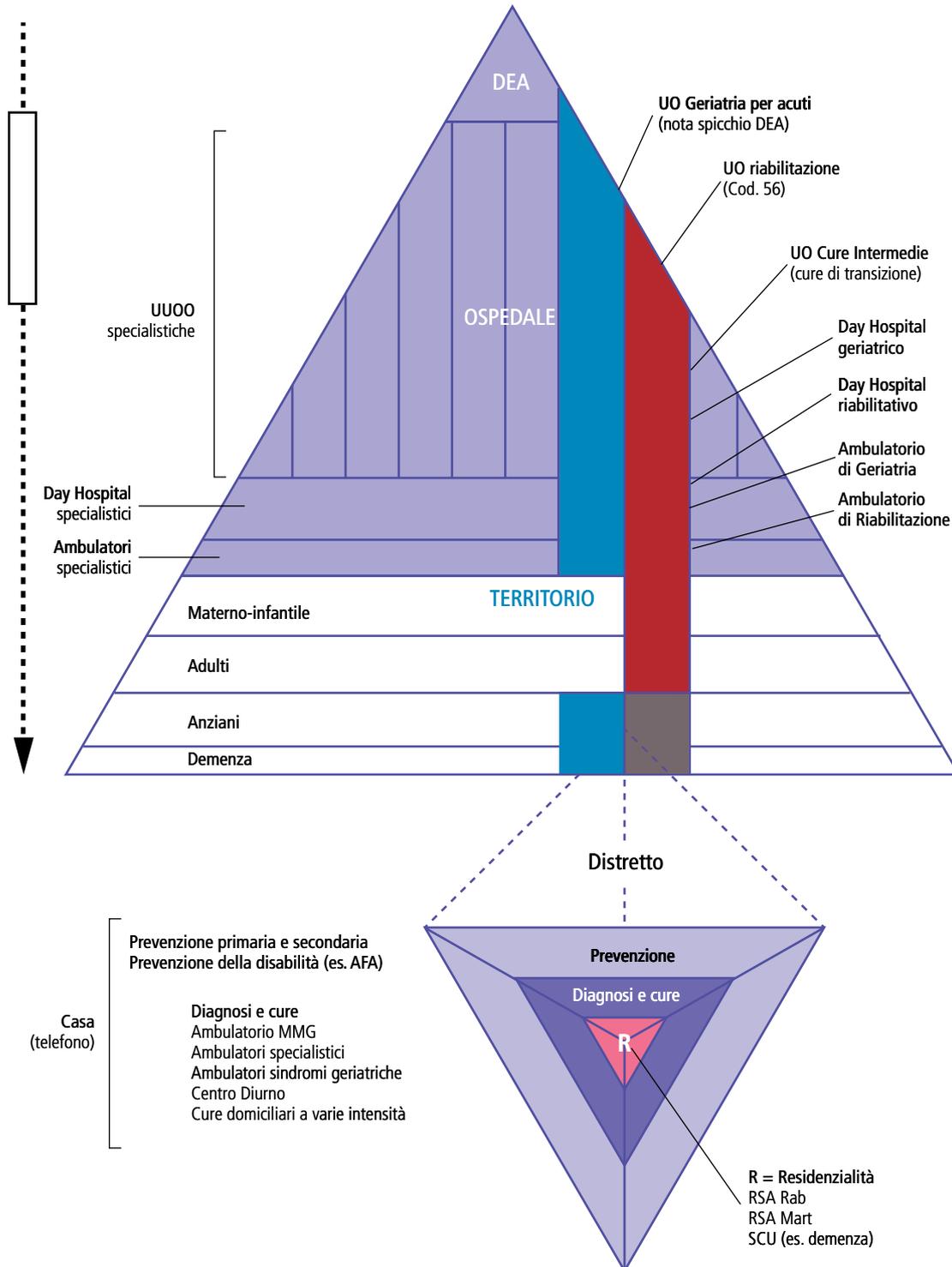


Figura 5.2 Struttura dell'Ospedale per Intensità di Cure (OIC). DEA, Dipartimento Emergenza e Accettazione; MMG, medico di medicina generale; RSA, Residenza Assistenziale Sanitaria; SCU, *Special Care Unit*.

rendendosene disponibile, di apportare un contributo qualificato ed esperto all'ideazione e attuazione dell'OIC nelle Regioni dove queste sono in atto, a garanzia che entro il modello venga tutelata la salute degli anziani più bisognosi di cure.

5.3.5. I limiti del sistema DRG e i suoi possibili correttivi

Il sistema di pagamento a prestazione basato sui raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG), introdotto in Italia nel 1995, ha penalizzato il riconoscimento dell'effettiva attività delle Geriatriche ospedaliere, in quanto il DRG sottostima l'impegno delle risorse assistenziali dedicate alla gestione del paziente anziano ricoverato e non consente un livello di rimborso adeguato. Il suo limite principale, riconosciuto anche in altri Paesi dove esso è adottato, è quello di non tenere conto del grado di gravità clinica della singola patologia né, tantomeno, della multi-morbosità e dello stato funzionale del paziente. Dati ricavati dal database del Gruppo Italiano di Farmacovigilanza nell'Anziano (GIFA) hanno confermato anche per l'Italia i limiti del sistema DRG nel descrivere e remunerare la casistica dei pazienti anziani a comorbosità più elevata o affetti da demenza.

Tra gli altri, il sistema *All Patients Refined* (APR)-DRG si propone come alternativo strumento di misurazione della casistica ospedaliera, valutando l'impatto della gravità clinica sul consumo delle risorse, grazie all'inserimento nell'algoritmo di calcolo della sottoclasse di gravità della malattia (*Severity Index*) e della sottoclasse di rischio di morte. Esperienze in UGA italiane hanno dimostrato che il progressivo aumento dell'*APR-DRG-Severity Index* si associa a un incremento significativo e proporzionale della limitazione funzionale [ADL (*activities of daily living*) e IADL (*instrumental activities of daily living*)], della compro-

missione cognitiva (*Mini Mental State Examination*), della comorbosità (CIRS), del numero dei farmaci e della durata della degenza. Dati preliminari raccolti in uno studio multicentrico confermano questi risultati: in un ampio campione di anziani ricoverati in UGA nell'intero territorio nazionale, l'APR-DRG si correla con i principali indicatori dello stato di salute dell'anziano, ricavati dalla VMD, in misura significativamente superiore rispetto al sistema DRG tradizionale.

Sulla base di questi dati si può ritenere che l'APR-DRG consenta una stima più congrua, rispetto al DRG tradizionale, delle risorse effettivamente impiegate e, pertanto, se ne auspica l'introduzione negli ospedali del Sistema Sanitario Nazionale.

Bibliografia

Adunsky A, Lusky A, Arad M, Heruti RJ. A comparative study of rehabilitation outcomes of elderly hip fracture patients: the advantage of a comprehensive orthogeriatric approach. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58: 542-7

Antonelli-Incalzi R, Gemma A, Capparella O. Orthogeriatric Unit: a thinking process and a working model. *Aging Clin Exp Res* 2008; 20: 109-1

Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, et al. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ* 2009; 338: b50

Budnitz DS, Pollock DA, Weidenbach KN, et al. National surveillance of Emergency Department visits for outpatient adverse drug events. *JAMA* 2006; 296: 1858-66

Caplan GA, Williams AJ, Daly B, Abraham K. A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department - The DEED II study. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 1417-23

- Chiarantini D, Volpato S, Sioulis F, et al. Lower extremity performance measures predict long-term prognosis in older patients hospitalized for heart failure. *J Card Fail* 2010; 16: 390-5
- Chong CP, Savage J, Lim WK. Orthopaedic-geriatric models of care and their effectiveness. *Australas J Ageing* 2009; 28: 171-6
- Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, et al. A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med* 2002; 346: 905-12
- Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 451-8
- Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med* 1993; 118: 219-23
- DeFrances CJ, Lucas CA, Buie VC, Golosinskiy A. 2006 National Hospital Discharge Survey. *Natl Health Stat Report* 2008; 30: 1-20
- Di Bari M, Balzi D, Roberts AT, et al. Prognostic stratification of older persons based on simple administrative data: development and validation of the "Silver Code," to be used in emergency department triage. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2010; 65: 159-64
- Elie M, Rousseau F, Cole M, et al. Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. *CMAJ* 2000; 163: 977-81
- Ellis G, Langhorne P. Geriatric wards in acute hospitals. *Age Ageing* 2005; 34: 417-8
- Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, et al. Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. *Circulation* 2006; 113: 946-52
- Garrouste-Orgeas M, Willems V, Timsit JF, et al. Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. *J Crit Care* 2010 Apr 30
- Gill TM, Allore HG, Holford TR, Guo Z. Hospitalization, restricted activity, and the development of disability among older persons. *JAMA* 2004; 292: 2115-24
- Greco A, Cascavilla L, Paris F, et al. Undercoding of Alzheimer's disease and related dementias in hospitalized elderly patients in Italy. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2005; 20: 167-70
- Hastings SN, Heflin MT. A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Acad Emerg Med* 2005; 12: 978-86
- Hohl CM, Robitaille C, Lord V, et al. Emergency physician recognition of adverse drug-related events in elder patients presenting to an emergency department. *Acad Emerg Med* 2005; 12: 197-205
- Hoogerduijn JG, Schuurmans MJ, Duijnste MS, et al. A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *J Clin Nurs* 2007; 16: 46-57
- Kakuma R, du Fort GG, Arsenault L, et al. Delirium in older emergency department patients discharged home: effect on survival. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 443-50
- Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic D, et al. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med* 1995; 332: 1338-44
- Lavazza L. Il modello Hub Spoke: l'ospedale organizzato per intensità delle cure. www.centrobasaglia.provincia.arenzo.it/convegna/11-03-2008/Lavazza_Luca.pdf. Ultima consultazione: novembre 2010
- Maas ML, Reed D, Park M, et al. Outcomes of family involvement in care intervention for caregivers of individuals with dementia. *Nurs Res* 2004; 53: 76-86
- McCusker J, Bellavance F, Cardin S, et al. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 1229-37
- McCusker J, Karp I, Cardin S, et al. Determinants of emergency department visits by older adults: a systematic review. *Acad Emerg Med* 2003; 10: 1362-70

- Mecocci P, von Strauss E, Cherubini A, et al. Cognitive impairment is the major risk factor for development of geriatric syndromes during hospitalization: results from the GIFA study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2005; 20: 262-9
- Mion LC, Palmer RM, Anetzberger GJ, Meldon SW. Establishing a case-finding and referral system for at-risk older individuals in the emergency department setting. The SIGNET model. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 1379-86
- Pedone C, Ercolani S, Catani M, et al.; GIFA Study Group. Elderly patients with cognitive impairment have a high risk for functional decline during hospitalization: The GIFA Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005; 60: 1576-80
- Phibbs CS, Holty JE, Goldstein MK, et al. The effect of geriatrics evaluation and management on nursing home use and health care costs: results from a randomized trial. *Med Care* 2006; 44: 91-5
- Pilotto A, Addante F, Ferrucci L, et al. The multidimensional prognostic index predicts short- and long-term mortality in hospitalized geriatric patients with pneumonia. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009; 64: 880-7
- Pilotto A, Addante F, Franceschi M, et al. Multidimensional Prognostic Index based on a comprehensive geriatric assessment predicts short-term mortality in older patients with heart failure. *Circ Heart Fail* 2010; 3: 14-20
- Pilotto A, Scarcelli C, D'Ambrosio LP, et al. All patient refined diagnosis related groups: a new administrative tool for identifying elderly patients at risk of high resource consumption. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 167-8
- Researchers of the Italian Group of Pharmacoepidemiology in the Aged (GIFA). Characteristics of hospitalization of aged patients before and after the introduction of Prospective Payment (DRG/ROD) System. *Ann Ital Med Int* 1996; 11: 220-7
- Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, et al. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1984; 311: 1664-70
- Saltvedt I, Mo ES, Fayers P, et al. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 792-8
- Salvi F, Morichi V, Grilli A, et al. The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solution. *Intern Emerg Med* 2007; 2: 292-301
- Schumacher JG. Emergency medicine and older adults: continuing challenges and opportunities. *Am J Emerg Med* 2005; 23: 556-60
- Schumacher JG, Deimling GT, Meldon S, Woolard B. Older adults in the Emergency Department: predicting physicians' burden levels. *J Emerg Med* 2006; 30: 455-60
- VII Rapporto Sanità (anno 2009) – CEIS – Fondazione Economia Tor Vergata – Università di Roma Tor Vergata Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. www.sigg.it. Ultima consultazione: novembre 2010
- Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, et al. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342: 1032-6
- Van Craen K, Braes T, Wellens N, et al. The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58: 83-92
- Vidán M, Serra JA, Moreno C, et al. Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 1476-82
- Wilber ST, Blanda M, Gerson LW. Does functional decline prompt emergency department visits and admission in older patients? *Acad Emerg Med* 2006; 13: 680-2
- Wilber ST, Gerson LW, Terrell KM, et al. Geriatric emergency medicine and the 2006 Institute of Medicine reports from the Committee on the Future of Emergency Care in the U.S. health system. *Acad Emerg Med* 2006; 13: 1345-51
- Wolinsky FD, Miller TR, Geweke JF, et al. Emergency Department utilization patterns among older adults. *J Gerontol Med Sci* 2008; 63A: 204-9

6. I nodi della rete: post-acuzie e riabilitazione

6.1. Introduzione

Garantire la continuità assistenziale e una corretta e rispettosa transizione tra ospedale e territorio è esigenza ormai imprescindibile e riveste in alcuni Paesi una caratteristica di vera e propria emergenza sanitaria e sociale. Non sempre, infatti, al tumultuoso espandersi delle fasce di popolazione più anziane e fragili è corrisposto un pronto adeguamento della risposta assistenziale, in particolare per la gestione della post-acuzie all'atto della dimissione ospedaliera. Le risposte sono state diversificate e variabili.

Nei Paesi anglosassoni, per esempio, sin dagli anni Novanta con il termine generico di “Cure Intermedie (CI)” sono stati indicati i vari “setting assistenziali”, compresi tra l'Ospedale per acuti e il domicilio, costituiti da sistemi di cura molto eterogenei tra loro e anche molto diversi dal punto di vista strutturale e funzionale. In Italia, la risposta ha avuto nelle diverse realtà regionali articolazioni ancora più complesse e diversificate. In generale, è comunque riconducibile ai diversi setting assistenziali riportati nella *Figura 6.1*, in cui il reparto di Post-Acuzie (PA) rappresenta un momento cruciale.

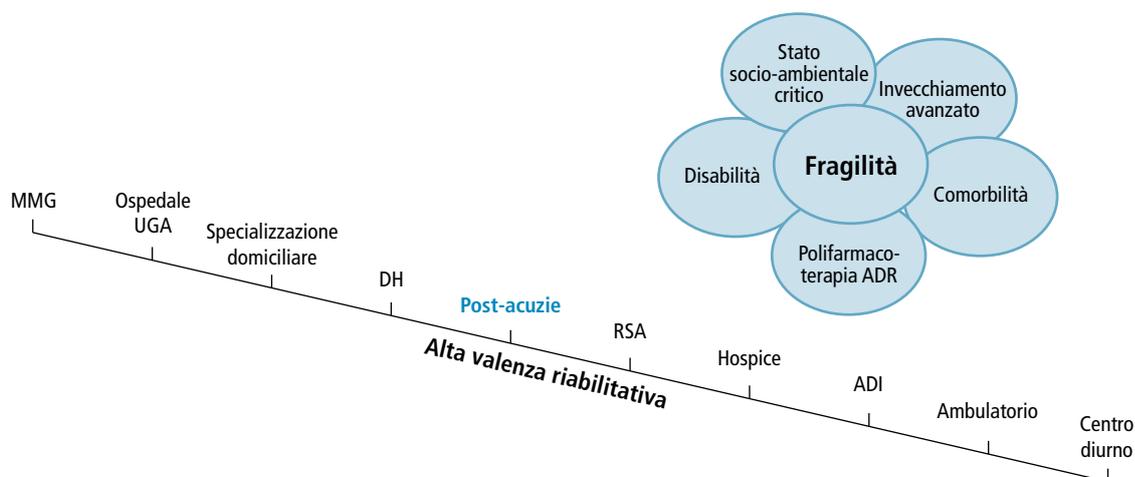


Figura 6.1 Setting assistenziali.

Nel nostro Paese il termine di PA (Post-Acuzie) talvolta è utilizzato come sinonimo di “Lungodegenza medico-geriatrica (LG)”, distinta dalla “Lungodegenza Riabilitativa cod. 60 (LR60)”, struttura della “Rete dei Servizi Riabilitativi”. La funzione riabilitativa prevista nelle LR60 si caratterizza per un impegno di almeno 60 minuti/die e quindi si rivolge a pazienti con patologie a possibile esito altamente disabilitante (es. esiti di ictus e frattura di femore). Per comprendere appieno il razionale della genesi delle CI occorre fare riferimento al Regno Unito, Paese in cui dal 1946 è stato istituito nell’ambito del *National Health Service* (NHS) il Dipartimento di Geriatria con il compito di gestire le strutture distrettuali domiciliari e residenziali, funzionalmente collegate all’Ospedale per acuti. A questo proposito, nel 2001 la *British Geriatrics Society*, sulla scorta di una direttiva del *National Health Service* revisionata nel 2008, ha individuato nell’ambito dei servizi sociosanitari i seguenti criteri per le CI:

- servizi finalizzati a soggetti che necessitano di lunghi ricoveri ospedalieri e/o che sono a rischio di ricovero ospedaliero inappropriato o che necessitano di assistenza residenziale;
- servizi fondati sull’approccio globale volto all’individuazione del percorso terapeutico-riabilitativo individuale;
- servizi strutturati in modo da ottenere il massimo recupero funzionale e il più precoce rientro al domicilio;
- servizi erogabili per non più di 6 settimane;
- servizi che garantiscono l’interdisciplinarietà nella valutazione in base a protocolli condivisi.

I posti letto ospedalieri di Lungodegenza erano già funzionanti in Italia prima dell’ultima guerra mondiale, con un ulteriore sviluppo nel dopoguerra allorché la rete ospedaliera era molto carente e la cronicità veniva trattata in strutture dedicate, spesso specifiche per particolari patologie quale la tubercolosi (INAIL, INPS), ovvero in re-

parti dedicati a patologie croniche spesso disabilitanti di interesse medico-internistico. Le prime sono state abolite con la scomparsa della malattia tubercolare, le seconde quando si è acquisita la consapevolezza della pessima qualità strutturale e funzionale di queste strutture. Il maggiore inconveniente delle vecchie Lungodegenze consisteva in un’assistenza priva di alcun approfondimento clinico capace di individuare un Piano di Assistenza Individuale (PAI) e quindi una prospettiva di recupero funzionale e di rientro al domicilio. Il sistema delle Cure Intermedie, al fine di evitare il rischio di assolvere al semplice ruolo di custodia riproponendo inutilmente lo stesso approccio della fase acuta della malattia, deve tendere al raggiungimento di outcome clinici e non deve rispondere a meri criteri di economicità.

Nell’ambito delle Cure Intermedie, la Post-Acuzie è una struttura diversa dal reparto per acuti, ma sempre compresa nell’ambito dell’Ospedale, a cui trasferire pazienti che non possono essere dimessi a domicilio dal reparto per acuti, avendo bisogno di ulteriore stabilizzazione clinica, recupero anatomico-funzionale e/o consolidamento o aggiustamento della terapia. La denominazione di questo setting assistenziale, integrato funzionalmente con la “Rete dell’Assistenza Geriatrica”, è differente nelle diverse Regioni italiane, venendo denominato PA e/o LG e, talvolta, addirittura identificato con la LR60 (*Figura 6.2*), con la quale non deve essere confusa, trattandosi di una struttura ospedaliera di competenza medico-geriatrica nella quale la componente riabilitativa è a supporto degli atti assistenziali con interventi di riattivazione motoria.

In questo contesto la Post-Acuzie rappresenta un nodo fondamentale e irrinunciabile del percorso assistenziale dell’anziano fragile, necessario per il trasferimento di pazienti ricoverati in reparti per acuti che non possono essere dimessi a domicilio o per pazienti provenienti dal domicilio (o da strutture

Riabilitazione acuta

- Riabilitazione Ospedale per acuti

Riabilitazione intensiva

- Riabilitazione cod. 75 e 28
- Riabilitazione RO/DH cod. 56

Riabilitazione estensiva

- Lungodegenza riabilitativa cod. 60
- RSA riabilitativa
- Strutture socio-residenziali e semi-residenziali riabilitative
- Riabilitazione ambulatoriale
- Riabilitazione domiciliare
- ADI riabilitativa

Figura 6.2 Denominazione del setting assistenziale.

distrettuali), per i quali non è necessario il reparto per acuti o per i quali questo risulta improprio.

L'esigenza di un reparto di Post-Acuzie nell'organizzazione ospedaliera nasce, nei Paesi sviluppati, in risposta al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, all'introduzione del sistema a pagamento a DRG e alla riduzione delle potenzialità di assistenza da parte dei familiari. Emerge la necessità di definire come e dove gestire la fase post-acuta della malattia, evitando le dimissioni "precoci", o di protrarre la degenza nel reparto per acuti a fronte di tempi di recupero anatomico-funzionali sempre più lunghi soprattutto dell'anziano fragile ospedalizzato.

La Post-Acuzie è un setting assistenziale ospedaliero capace di fornire un regime appropriato a pazienti affetti soprattutto da malattie cronico-recidivanti, ben definiti sul piano diagnostico ma con problemi clinici ancora attivi, che richiedono una competente sorveglianza medica e un "nursing" non erogabile in regimi extra-ospedalieri. Evidentemente, la situazione clinica di questi pazienti non necessita dello stesso numero di ore assistenza/personale e dello stesso potenziale tecnologico della fase acuta della malattia, anche se l'assistenza medica nella Post-Acuzie deve essere garantita da personale di formazione internistico-geriatrica e, ove necessario, da consulenti specialisti.

6.2. Analisi dell'esistente

Sulla scorta dell'analisi dei Piani Sanitari Nazionali e Regionali e di eventuali specifiche "leggi regionali", è possibile documentare una grande diversificazione della situazione italiana circa le strutture dedicate alla degenza ospedaliera post-acuta, diversamente denominate e caratterizzate dal punto di vista strutturale e funzionale.

Negli anni Ottanta-Novanta, a causa dell'alta prevalenza delle gravi patologie disabilitanti dell'età pediatrica e/o adulto-anziana, sono state definite le caratteristiche delle strutture residenziali e/o semi-residenziali ex Art. 26 della Legge 833/1978 ed ex Art. 8 della Legge 104/1992 e quindi della LG e della LR60 nell'ambito della "Rete dei Servizi di Riabilitazione" (vedi *Figura 6.2*).

Con lo sviluppo dei reparti di Riabilitazione, in molte Regioni le malattie cronico-degenerative-disabilitanti, soprattutto riferite agli anziani, sono state spesso trattate in fase post-acuta esclusivamente nelle LR60, creando un notevole equivoco sull'appropriatezza del ricovero rispetto alla Lungodegenza.

A eccezione di Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto e Toscana, nelle altre Regioni i posti letto di LR60 e di Lungodegenza, comunque denominati (lungodegenza, cure intermedie, post-acuzie), sono

molto al di sotto del fabbisogno. Un adeguamento numerico dei posti letto disponibili in questo setting, come del resto previsto dal recente patto per la salute, implicherebbe un'accelerazione del turn-over delle strutture ospedaliere per acuti, garantendo il rispetto della congruità della tipologia e della durata dei ricoveri.

La caratteristica preminente della Post-Acuzie, rispetto alla fase acuta della malattia, è l'approccio volto al maggiore recupero possibile dello stato funzionale del singolo paziente, al di là del mantenimento o dell'ulteriore raggiungimento dei classici obiettivi clinici. Di conseguenza, la struttura del reparto, le competenze professionali coinvolte e la metodologia valutativo-terapeutico-riabilitativa adottata rispetto alla degenza per acuti dovranno essere specifiche. Poiché l'oggetto prevalente della cura nella PA è l'anziano fragile, è del tutto evidente che per la valutazione non si possa prescindere dall'adozione di strumenti di Valutazione Multi-dimensionale (VMD) capaci di fornire una visione globale del singolo caso clinico, di suggerire il PAI e di pesare il risultato.

La Post-Acuzie non può svolgere una funzione esclusivamente custodistica, né può costituire una ripetizione dell'intervento di ricovero in fase acuta. Essa deve tendere ad attuare tutti quei provvedimenti (farmacologici, di riattivazione motoria, formativi e organizzativi) capaci di recuperare l'autonomia funzionale precedente il ricovero, accompagnare l'evoluzione di un quadro clinico ancora non definito, risolvere specifici problemi socio-assistenziali.

La Post-Acuzie deve garantire quindi una strutturazione, risorse e capacità operative adeguate ai seguenti obiettivi:

- accelerare il turn-over delle aree di degenza per acuti delle discipline di medicina e chirurgia generali e specialistiche, in particolare della Geriatria;

- stabilizzare i risultati clinici ottenuti nella fase acuta della malattia;
- ripristinare in maniera ottimale le autonomie possibili dopo la fase acuta della malattia;
- ricercare, dopo attenta analisi, le soluzioni ai rapporti esistenti tra morbilità e contesto sociale;
- fornire, a costi minori rispetto ai posti letto per acuti, assistenza qualificata a pazienti post-acuti non dimissibili dall'Ospedale o a pazienti che, nel proprio domicilio o in RSA, presentano problemi di instabilità clinica o necessità di aggiustamento della terapia;
- completare un sistema integrato, coerente e coordinato anche con i Servizi distrettuali residenziali, semiresidenziali e domiciliari, ai quali il paziente deve avere garanzie di accesso attraverso percorsi preferenziali e facilitati;
- possibilità di riconversione dei posti letto per acuti in sovrannumero, senza importanti impatti in termini di appropriatezza organizzativa e conseguente efficienza gestionale.

6.3. A chi è riservata la PA?

Considerato che la Post-Acuzie è una struttura ospedaliera complementare a quella per acuti, è necessario che il paziente trasferito abbia completato il percorso diagnostico-terapeutico, che sia clinicamente stabile per rendere possibile il completamento dell'intervento terapeutico-rieducativo e che possa ottenere il massimo recupero funzionale possibile in vista di un rientro al domicilio.

La Post-Acuzie è riservata a:

- pazienti ricoverati in reparti per acuti, che non possono essere dimessi a domicilio, avendo ancora bisogno di ulteriore stabilizzazione clinica, recupero anatomico-funzionale o consolidamento o aggiustamento della terapia, pur avendo completato l'iter diagnostico;

- pazienti a domicilio o istituzionalizzati affetti da malattie cronico-degenerative ad andamento recidivante, ben definite sul piano diagnostico, che necessitano tuttavia di accertamenti di I livello per il controllo periodico della malattia, difficilmente eseguibile in regime assistenziale domiciliare e ambulatoriale;
- pazienti con pregressa malattia acuta, parzialmente stabilizzati, non autonomi, in cui persista la necessità di verifica medica quotidiana per l'aggiustamento della terapia e il recupero dell'autonomia in tempi contenuti;
- pazienti convalescenti con esiti non stabilizzati di malattia, non autonomi, con deficit funzionali emendabili;
- pazienti destinati a trattamenti terapeutici periodici che devono essere eseguiti sotto continuo controllo medico;
- pazienti con deficit funzionale lieve e prognosi favorevole per un recupero a breve termine, che necessitano prevalentemente di assistenza inter-nistico-geriatrica o di minimi interventi riabilitativi, per i quali risulterebbe impropria la LR60.

6.4. Diagnosi di ammissione

Per il trasferimento del paziente alla Post-Acuzie non è sufficiente la semplice dichiarazione di stabilità clinica e di completamento dell'iter diagnostico, ma è necessario riassumere con molta precisione il percorso seguito dal paziente nella fase acuta del ricovero e gli schemi terapeutici messi in atto. Anche se la dinamica assistenziale dovrà seguire percorsi differenti, tuttavia coerenti con gli obiettivi terapeutici della nuova struttura di accoglienza, al fine di garantire una corretta continuità assistenziale, la "transitional care" è un momento delicato e fondamentale nella fase di trasferimento di un paziente da un "setting" a un altro, soprattutto se si tratta di un anziano fragile. Per garantire un cor-

retto trasferimento è indispensabile assicurare una diretta trasmissione delle informazioni da parte del personale medico-infermieristico. Tali comunicazioni nel prosieguo del programma terapeutico dovranno essere bidirezionali per poter permettere una rapida definizione del PAI, ovvero un altrettanto rapido e corretto trattamento in caso di aggravamento della condizione clinica, con un nuovo eventuale trasferimento nell'area dell'acuzie.

Al momento della dimissione dalla PA a domicilio o in istituzione, per non vanificare il lavoro svolto con la perdita inesorabile del recupero funzionale ottenuto, è altrettanto fondamentale la trasmissione diretta dell'informazione dal personale medico-infermieristico ai parenti-caregiver-medico di medicina generale, perché è molto difficile che l'anziano fragile esaurisca nel ricovero ospedaliero il programma terapeutico.

La comunicazione interpersonale deve basarsi sui 5 principi di Coleman e Boulton: affidabilità, comunicazione chiara e diretta dei piani di cura e degli obiettivi, scambio periodico bidirezionale di informazioni, coinvolgimento del paziente e dei familiari in tutte le fasi, valorizzazione delle funzioni di coordinamento.

Nel trasferimento in Post-Acuzie dovranno essere affrontati i seguenti principali problemi:

- problemi medici:
 - diverse patologie cronico-degenerativo-disabilitanti, stabilizzati clinicamente, in fase di convalescenza medicalizzata (recupero della malnutrizione, disidratazione, lesioni da decubito, vasculopatie periferiche, piede diabetico ecc.),
 - polmonite o altro processo infettivo a lenta risoluzione,
 - BPCO anche in fase di insufficienza respiratoria parziale, che abbiano superato una recidiva infettiva polmonare,
 - insufficienza cardiaca cronica dopo una fase di riacutizzazione,

- endocardite infettiva in corso di valvulopatie degenerative, dopo la scomparsa della febbre,
- ictus in cui non prevalga la componente riabilitativa,
- cirrosi epatica in fase ascitica,
- nefropatia cronica, stabilizzata in fase di terapia di consolidamento,
- squilibri metabolici in pazienti diabetici,
- malattie neoplastiche con complicanze della chemioterapia;
- problemi chirurgici:
 - fase di recupero/convalescenza dopo interventi di chirurgia generale o specialistica in caso di complicanze chirurgiche o lento recupero clinico,
 - complicanze mediche (infettive, metaboliche, cardiocircolatorie, respiratorie, neurologiche ecc.) in corso di interventi chirurgici superata la fase di acuzie.

6.5. Standard strutturali e funzionali

In considerazione della provenienza dei pazienti in Post-Acuzie, sarebbe auspicabile una collocazione della struttura vicino ai reparti per acuti da cui provengono, non solo per evitare la duplicazione dei Servizi generali ospedalieri (Radiologia, Laboratorio di analisi cliniche ecc.), ma soprattutto per rendere più facile e immediato il trasferimento del paziente al reparto per acuti in caso di aggravamento. D'altra parte, è anche necessario che la Post-Acuzie sia ambientalmente e funzionalmente separata dall'area della degenza ordinaria per acuti, a conferma della diversa mission delle due strutture.

6.5.1. Caratteristiche della degenza

- Stanze preferibilmente a 2 letti, munite di servizi igienici per disabili.

- La superficie della stanza deve consentire l'alzata in poltrona.
- Ossigeno e aspirazione centralizzati.
- Letti articolati, muniti di sponde e di materassi antidecubito.
- Sistemi di videosorveglianza, soprattutto per il controllo continuo di pazienti con deficit cognitivo.
- Dispositivi di sistemi di sollevamento e di trasporto di pazienti non autonomi.
- Palestra riabilitativa nelle adiacenze del reparto.
- Spazi di socializzazione per la fase pre-dimissione.
- Libero accesso ai familiari.

6.5.2. Standard funzionali

I reparti Post-Acuzie devono prevedere il seguente personale:

- medici di estrazione internistico-geriatrica;
- infermieri con cultura gerontologico-geriatrica;
- OSS con cultura gerontologico-geriatrica;
- assistenti sociali;
- disponibilità di consulenze specialistiche.

È inoltre indispensabile garantire le attività riabilitative attraverso la presenza di fisioterapisti, terapisti occupazionali e logopedisti.

Il personale medico, infermieristico, tecnico e socio-sanitario deve garantire:

- la definizione del PAI attraverso un lavoro in team con la partecipazione di tutti i professionisti;
- l'attuazione del progetto di struttura di riattivazione/riabilitazione/mantenimento;
- la lotta all'immobilizzazione e alle piaghe da decubito;
- il supporto dell'assistenza sociale;
- l'adozione di strumenti con indicatori di esito (VMD).

La migliore metodologia della Post-Acuzie è rap-

presentata dal progetto di struttura e dall'educazione sanitaria. Il progetto di struttura consiste nell'azione dell'intero team in modo che ciascuno operi per ottenere il massimo risultato possibile quanto a riattivazione/riabilitazione/mantenimento.

Per ottenere l'autonomia nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana non è sufficiente l'intervento riabilitativo svolto dal fisioterapista, ma necessita di un lavoro reiterato il più possibile nell'arco delle 24 ore da parte di tutte le componenti del team, al quale deve concorrere attivamente il supporto informale (familiari, caregiver), che deve poter accedere al reparto senza limiti di orari.

In questo caso l'educazione sanitaria deve essere vista soprattutto come educazione terapeutica, intesa come addestramento dei membri del team a specifici compiti. Tutto ciò per poter realizzare sinergicamente il programmato PAI, che si compone della mobilitazione attiva e passiva, dell'assistenza ai pasti, dell'alimentazione enterale, della gestione del catetere vescicale, della somministrazione di farmaci per via parenterale, del monitoraggio dei parametri vitali ecc. Aspetti non secondari dell'educazione terapeutica sono la formazione del personale di assistenza sul contesto relazionale del singolo paziente e la trasmissione corretta delle mansioni delegabili al supporto informale (familiari, caregiver), considerato che non esiste un sistema sanitario in grado di far fronte a tutti i bisogni dell'invecchiamento della popolazione e soprattutto delle malattie cronico-degenerativo-disabilitanti. Il PAI, infatti, non si esaurisce nel ricovero ospedaliero, ma deve continuare nella fase domiciliare o di istituzionalizzazione dell'anziano fragile, per evitare il rischio di responsabilità omissive e conseguente perdita del recupero medico-funzionale ottenuto.

È necessaria, pertanto, l'individuazione di un infermiere "case manager" che gestisca i rapporti

con il paziente e i familiari per favorire la realizzazione del percorso di cura.

Ne deriva che nell'ambito della continuità assistenziale dell'anziano fragile, oltre l'assistenza medica e infermieristica, è indispensabile garantire in tutti i "setting" l'intervento riabilitativo e l'assistenza sociale, adeguati al bisogno individuale emergente. Bisogna sempre considerare il peso che rivestono i problemi sociosanitari nell'anziano fragile, una volta superata la fase acuta della malattia, anche per garantire che le CI e in particolare la Post-Acuzie non servano per fare economie di spesa, ma, al massimo, risparmio virtuoso.

L'esperienza condotta dalla Geriatria nel Regno Unito ha dimostrato e confermato il ruolo irrinunciabile dell'assistenza sociale nell'assistenza geriatria, in considerazione dell'alta prevalenza delle problematiche sociali nell'anziano fragile e della capacità della risoluzione dei problemi sociali nel risolvere il sovraffollamento degli ospedali inglesi. Nell'ambito della disabilità, molteplici direttrici di sviluppo del sistema di *welfare* del nostro Paese pongono, come criterio chiave, la certezza dei diritti e l'universalismo nell'accesso a benefici e servizi. Deve essere garantito alla persona con disabilità un modello di accesso al sistema di *welfare* chiaro e definito, indipendentemente dall'età e dalla causa che ha generato la condizione di disabilità, nonché una modalità di totale partecipazione alla definizione del progetto individualizzato. Già la Legge n. 104/1992 imponeva un modello di accertamento attivo delle abilità presenti nella persona disabile e non soltanto la valutazione della menomazione. Tale modalità è stata ulteriormente rafforzata dall'introduzione, da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2001, dell'ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*). L'ICF è un modello unificante per analizzare la complessità delle condizioni di salute e costruire un profilo del funzionamento

che ne è la base, attraverso i suoi elementi fondamentali (strutture e attività corporee, funzionamento, abilità e partecipazione).

Tutto questo in un'ottica che vede la persona disabile non più come "malato", ma come "persona avente diritti" (Conferenza di Madrid del 2002 in preparazione all'anno europeo della Persona Disabile).

Il Modello Bio-Psico-Sociale è la base fondante di ogni valutazione e decisione in campo sociosanitario: la Persona nella sua globalità e specificità. Si possono definire solo in questi termini le caratteristiche del bisogno di interventi riabilitativi e commisurare tutti gli aspetti organizzativi, normativi e professionali.

Peraltro, lo sviluppo della rete riabilitativa in Italia ha portato in diversi casi alla realizzazione di percorsi non appropriati; spesso si è utilizzato il fabbisogno riabilitativo come giustificazione per l'invio di pazienti, con prognosi riabilitativa non sufficientemente buona, ai percorsi riabilitativi.

Il gradiente clinico che deve indirizzare verso le strutture riabilitative dedicate è determinato dalla prognosi riabilitativa che scaturisce dalla valutazione del medico specialista in riabilitazione. Occorre distinguere fra la riattivazione motoria (comprensiva anche di attività occupazionale) con un impegno temporale ridotto e le attività riabilitative che, attraverso esercizi terapeutici in un arco temporale maggiore, portano al recupero di diverse funzioni che risultano compromesse nei pazienti più complessi.

Diventa quindi indispensabile un confronto sempre più integrato fra i medici specialisti in riabilitazione e i medici geriatri per la definizione dei percorsi affinché le due reti si intersechino in alcune fasi (es. quando un paziente attraverso un programma di riattivazione motoria sviluppa le potenzialità di partecipazione ad attività riabilitative più intense), ma si differenzino nelle altre fasi

al fine di non creare disagi e illusioni ai pazienti e ai loro familiari, evitando l'inappropriatezza nell'utilizzo delle risorse sanitarie a disposizione.

L'esistenza parallela della "Rete dei Servizi Geriatrici" e della "Rete dei Servizi Riabilitativi", anche se tra loro complementari, in molte Regioni può creare confusione tra la LG e la LR60 circa l'appropriatezza della prestazione, soprattutto in presenza dell'anziano fragile, che si potrebbe definire anche "persona ad alta complessità (PAC)". Con questa tipologia di pazienti occorre rispondere adeguatamente, in relazione alla fase di malattia, alle numerose comorbilità, alle menomazioni e alle capacità residue; variabili cliniche che possono giocare un ruolo cruciale nell'esito prognostico se la struttura non è centrata sulla persona, ma esclusivamente sulla singola malattia disabilitante e se non viene assicurata la continuità assistenziale. La presenza del Geriatra nell'equipe multidisciplinare che opera nella struttura potrebbe rappresentare la discriminante nel definire l'appropriatezza del ricovero del singolo paziente.

In conclusione, si rileva la necessità di distinguere meglio la strutturazione e l'organizzazione funzionale della LG rispetto alla LR60 e la tipologia di malato da indirizzare verso le due strutture. L'alternativa consiste nell'identificare un'unica struttura nella quale diviene indispensabile la coordinazione internistico-geriatrica.

Bibliografia

Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002; 288: 2469-75

Coleman EA, Boult C; American Geriatric Society Health Care Systems Committee. Improving the quality of transitional Care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 556-7

Ellis G, Langhorne P. Comprehensive geriatric assess-

ment for older hospital patients. *Br Med Bull* 2005; 71: 45-59

Golini A. Demographic trends and ageing in Europe. Prospects, problems and policies. *Genus* 1997; 53: 33-74

Griffiths PD, Edwards MH, Forbes A, et al. Effectiveness of intermediate care in nursing-led inpatient units. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 4: CD002214

Griffiths PD, Harris R, Richardson G, et al. Substitution of a nursing-led inpatient unit for acute services: randomized controlled trial of outcomes and cost of nursing-led intermediate care. *Age Ageing* 2001; 30: 483-8

<http://bgs.org.uk>. Ultima consultazione: novembre 2010

Kahn KL, Rogers WH, Rubenstein LV, et al. Measuring quality of care with explicit process criteria before

and after implementation of the DRG-based prospective payment system. *JAMA* 1990; 264: 1969-73

Linee Guida Ministero della Sanità per le attività di Riabilitazione. DM 7.5.1998

National Service Framework for Older People 2001 March.

Pincheon D. Intermediate care. *Br Med J* 2002; 324: 1346-8

Salsi A, Calogero P. Le cure intermedie. *It J Med* 2010; 4: 57-62

Somme D, Hèlbert R, Bravo G, et al. The individualized service plan as a clinical integration tool: qualitative analysis in the Quebec PRISMA experiment. *Int J Integr Care* 2007; 7: e52

www.dh.gov.uk. Ultima consultazione: novembre 2010

Young J, Stevenson J. Intermediate care in England: where next? *Age Ageing* 2006; 35: 339-41

7. I nodi della rete: l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

7.1. Introduzione e normativa attuale

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è un servizio in progressivo sviluppo nella rete dei servizi, anche se il suo grado di diffusione risulta ancora diverso tra le realtà regionali (*Figura 7.1*).

Indagini condotte nel nostro Paese hanno messo in luce, mediante strumenti di valutazione multidimensionale di terza generazione, la complessità clinico-assistenziale degli anziani in ADI. Lo studio osservazionale ULISSE (un Link Informatico sui Servizi Sanitari Esistenti per l'anziano), finanziato dal Ministero della Salute, ha permesso di rilevare le caratteristiche clinico-funzionali dei soggetti assistiti in 11 Servizi di ADI distribuiti sul territorio nazionale (*Tabella 7.1*).

L'ADI è regolamentata, sotto il profilo gestionale e organizzativo, con modalità differenziate nelle singole Regioni.

A oggi il documento unico di riferimento è la relazione della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), in cui le cure domiciliari vengono descritte come l'insieme dei trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, prestati da personale qualificato direttamente al domicilio del paziente. Si tratta di interventi finalizzati alla cura e all'assistenza di persone non autosufficienti e in

condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzarne il quadro clinico, limitarne il declino funzionale e migliorarne la qualità della vita quotidiana. Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale e il conseguente impegno di risorse.

Le cure domiciliari e le prestazioni connesse vengono distinte in:

- “Cure Domiciliari Prestazionali”: sono caratterizzate da una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, a un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, non presupponga la presa in carico del paziente, né una valutazione multidimensionale di secondo livello e l'individuazione di un piano di assistenza multidisciplinare;
- “Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello”: si rivolgono a pazienti che, pur non presentando criticità di carattere acuto o sintomi particolarmente complessi, hanno bisogno di continuità assistenziale e interventi programmati che necessariamente si articolano sui 5 giorni/settimana (primo livello) o 6 giorni/settimana (secondo livello). Questa tipologia di cure domiciliari – in funzione della

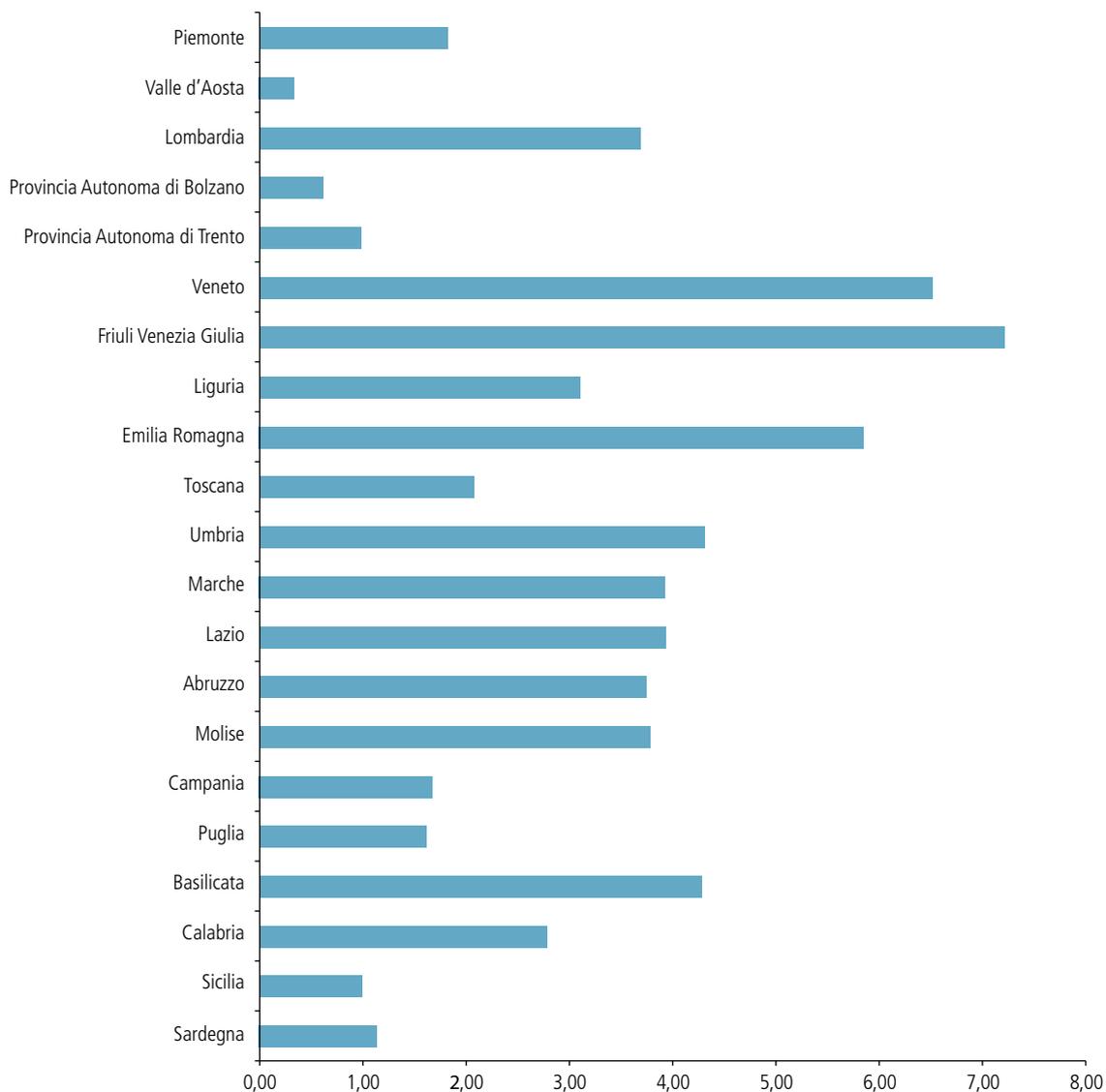


Figura 7.1 Percentuale di anziani trattati in ADI sul totale della popolazione anziana (anno 2007). Fonte: Rapporto Sanità-CEIS 2009.

differente complessità/intensità – è caratterizzata dalla formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) redatto in base alla valutazione multidimensionale di secondo livello e attuato attraverso la presa in carico del Punto Unico di Accesso (PUA);

- “Cure Domiciliari Integrate di terzo livello”: as-

sorbono quelle precedentemente definite come ospedalizzazione a domicilio e consistono in interventi professionali rivolti a soggetti che presentano bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche: pazienti terminali (oncologici e non), pazienti con malattie neurologiche degenerative/progressive

Tabella 7.1 Anziani trattati in ADI: caratteristiche clinico-funzionali)

Età (media ± DS)	80,3 ± 9,7
Sesso (% F)	61,6
N. di malattie (media ± DS)	2,8 ± 1,2
N. di farmaci (media ± DS)	3,6 ± 2,0
N. di ADL compromesse (media ± DS)	5,0 ± 1,5
N. di IADL compromesse (media ± DS)	5,6 ± 1,2
Deficit cognitivo: CPS (media ± DS)	2,8 ± 1,0
Deficit cognitivo: CPS ≥ 2 (%)	50,8
Deficit cognitivo: CPS ≥ 5 (%)	40,2
Soggetti costretti a letto (%)	37

Modificata graficamente da Lattanzio et al., 2010.

in fase avanzata (sclerosi laterale amiotrofica, distrofia muscolare), pazienti con necessità di nutrizione artificiale parenterale, pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo, pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza. Anche in questo caso, presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura continuativo, sempre attraverso la presa in carico del PUA;

- “Cure domiciliari palliative a malati terminali”: sono rivolte a pazienti nella fase terminale della malattia e sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità, così come vengono definite dal PAI; per i malati terminali è individuato un profilo specifico di cure palliative che richiede l'intervento di un'equipe dedicata. In questo caso, si tratta di interventi programmati che si articolano sui 7 giorni settimanali e per i quali è prevista la pronta disponibilità di intervento nelle 24 ore.

La gamma specifica delle prestazioni che riguardano questi singoli profili di assistenza – dettagliata anche in relazione alle singole figure professionali – è stata ampiamente delineata dalla Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA.

7.2. Funzionamento appropriato

Il Progetto obiettivo “Tutela della salute degli anziani”, stralcio del Piano Sanitario Nazionale 1991-1995, indicava l'attivazione dei servizi di ADI come obiettivo prioritario: si ipotizzava il raggiungimento, entro il termine del quinquennio successivo, di almeno il 2-5% degli ultrasessantacinquenni non ospitati in residenze sanitarie assistenziali. I successivi piani sanitari nazionali hanno ribadito che l'ADI rientra nei livelli essenziali e uniformi di assistenza e che devono essere garantiti in uguale misura e intensità su tutto il territorio nazionale.

7.2.1. Obiettivi dell'ADI

Uno degli obiettivi primari dell'assistenza all'anziano è la riduzione del ricorso all'ospedalizzazione – in particolare dei ricoveri impropri o incongrui – e, dove indispensabile, il contenimento della durata di degenza con una riduzione dei giorni di ricovero impropri e/o incongrui.

Inoltre, come testimoniato da numerose ricerche, la maggior parte delle persone anziane, anche quelle che presentano un livello significativo di multimorbilità e di disabilità, preferisce rimanere al proprio domicilio.

L'ambiente familiare, infatti, è più ricco di contenuti umani e relazionali ed è anche quasi sempre la soluzione più adeguata.

In quest'ottica, i servizi domiciliari devono orientare la loro azione sulla base dei seguenti criteri: mantenere l'anziano nel suo ambiente di vita, supportare la famiglia, offrire soluzioni alternative quando tale supporto manca o viene meno, assicurare continuità assistenziale mediante “dimissioni programmate” dall'ospedale per acuti, così come dalle strutture riabilitative (post-acute ed estensive) o dalla RSA (*Tabella 7.2*).

Tabella 7.2 Obiettivi principali delle cure domiciliari

- Assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale
- Continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure
- Supporto alla famiglia
- Recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione
- Miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale

7.2.2. Integrazione sociosanitaria

Per ottenere risultati efficaci ed efficienti è necessario considerare che gli anziani hanno bisogno di risposte molto flessibili e differenziate, che tengano conto della loro diversità. Queste risposte devono essere integrate e continuative, ossia tali da basarsi sull'interazione tra comparto sanitario e sociale e da assicurare un tragitto assistenziale programmato.

In quest'ottica emerge la necessità (indicata anche dalla normativa, di tipo sia sanitario sia sociale – Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, D.Lgs n. 229/99, Legge 328/2000) di realizzare, da parte delle Regioni, una piena integrazione fra servizi sanitari e sociali. Nell'area dei servizi per anziani va incentivata la programmazione locale degli interventi, qualificando la collaborazione e il concorso dei diversi soggetti istituzionali e sociali impegnati nella promozione e tutela della salute degli anziani. L'integrazione istituzionale, infatti, nasce dalla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (in particolare aziende sanitarie e amministrazioni comunali) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute.

Nel modello organizzativo da adottare deve essere presa in considerazione la forte esigenza, nell'ambito dell'assistenza domiciliare, di integrazione fra le risposte di tutti i servizi, in senso sia trasversale (raccordando le prestazioni contemporaneamente

erogate dai diversi livelli di assistenza) sia longitudinale (garantendo continuità dell'assistenza nelle fasi di passaggio da un servizio a un altro, in relazione all'evoluzione del bisogno dell'anziano).

7.2.3. Strutturazione del servizio ADI

In relazione a quanto detto, la programmazione di un servizio di ADI deve necessariamente passare per due punti cardine:

- il modello organizzativo da adottare;
- lo strumento di valutazione multidimensionale da utilizzare.

La cura dell'anziano a domicilio, in particolare dell'anziano fragile, rappresenta la sfida più grande per i sistemi sociosanitari di tutti i Paesi industrializzati. Le necessità sanitarie sono spesso complesse: l'anziano fragile presenta un mix di problemi medici acuti e cronici e di disabilità funzionale. Allo stesso tempo, i supporti sociali sono frequentemente ridotti o a rischio di "rottura". Questi fattori comunemente comportano un aumento – spesso inappropriato – del consumo delle risorse sanitarie e sociali. È per questo motivo che l'anziano fragile necessita di interventi combinati che possono essere garantiti da un "accesso unico ai servizi" con un approccio basato sui principi del "case management".

Tuttavia, nel modello del "case management", la responsabilità tra le varie componenti assistenziali che partecipano alla cura dell'anziano rimane scarsamente definita, pertanto i pazienti anziani che non hanno un referente organizzativo unico tra l'assistenza sanitaria primaria e secondaria e l'assistenza sociale rischiano di non ottenere gli interventi adeguati.

Come descritto in precedenza, la costruzione di una rete di servizi sul territorio è condizione indispensabile per la presa in carico globale. In particolare, lo sviluppo dell'ADI ha lo scopo di mante-

nere gli anziani nel loro ambiente naturale, di prevenire i ricoveri impropri e di agevolare il passaggio dall'ospedale al territorio e viceversa. A monte dell'assistenza domiciliare è necessario promuovere la creazione di un accesso unico ai servizi, oggi indicato con il termine di PUA. Il PUA rappresenta una modalità organizzativa (e non, necessariamente, un luogo fisico) e di gestione delle procedure standardizzate per facilitare un accesso unificato alle prestazioni sociosanitarie. Il PUA è in grado di migliorare le modalità di presa in carico unitaria ed elimina o semplifica i numerosi passaggi che la persona assistita e/o i suoi familiari devono compiere. Il PUA può essere definito come il "front office" dell'assistenza domiciliare ed è il luogo privilegiato, attraverso la corretta gestione del "caso" – case management –, dell'integrazione sociosanitaria, gestionale e professionale. Il PUA deve essere strutturato come un "servizio" specifico, di cui il cittadino identifica il luogo e le persone cui rivolgersi quando emerge una fragilità da affrontare. Al tempo stesso il PUA è il luogo cui il medico di medicina generale può rivolgersi quando un suo paziente ha problemi di fragilità, disabilità, non autosufficienza non più gestibili routinariamente.

7.2.4. Coordinatore del Caso e Valutazione Multidimensionale

Il sistema dell'accesso unico deve prevedere al suo interno un coordinatore del caso (case manager), specializzato nella valutazione del bisogno. Il coordinatore del caso assumerà il ruolo di "Angelo Custode" dell'anziano fragile e/o a rischio di disabilità, coordinando la valutazione di tutte le aree problematiche emerse, attraverso l'utilizzo di strumenti di terza generazione. Insieme al geriatra dell'Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM) e in accordo con il medico di medicina generale verrà valutata l'eventuale idoneità per la rete dei

servizi di assistenza continuativa; il coordinatore del caso, in particolare, avrà la responsabilità nell'organizzazione e nel successivo controllo delle prestazioni erogate. In questo modo, il coordinatore del caso rappresenta il "braccio operativo" del medico di medicina generale e della UVM del Distretto. Il coordinatore del caso ("Angelo Custode") dovrà essere adeguatamente formato sui principi del "case management" e sulla valutazione multidimensionale. In una prima fase (primo contatto), il coordinatore del caso deve essere lo specialista della valutazione dei bisogni assistenziali dell'anziano, attraverso una valutazione di primo livello che sia in grado di identificare tutte le eventuali necessità di intervento (eleggibilità a uno o più dei servizi presenti sul territorio).

Successivamente, attraverso una valutazione multidimensionale di secondo livello, il coordinatore del caso e il geriatra della UVM, in accordo con il medico di medicina generale, identificheranno nel dettaglio i bisogni di intervento e i vari servizi disponibili, presupposto questo alla corretta formulazione del PAI. In questo modo la presa in carico nell'assistenza domiciliare si accompagna a un approccio multidimensionale di cui l'aspetto essenziale è la valutazione globale dello stato funzionale del paziente attraverso sistemi di valutazione di terza generazione sperimentati e validati su ampia scala, standardizzati e in grado di produrre una sintesi delle condizioni cliniche, funzionali e sociali. Questo tipo di approccio, oltre a guidare la corretta elaborazione del PAI, consentirà di arrivare alla definizione del case-mix individuale e di popolazione assistita nel rispettivo servizio di ADI.

7.2.5. La gestione clinica dell'anziano in ADI e il ruolo del geriatra

La molteplicità delle figure professionali che intervengono nel processo assistenziale dell'ADI e

la necessità di definire gli ambiti di responsabilità rendono necessario identificare il medico responsabile della gestione clinica del paziente e rendere trasparenti i ruoli di consulenza dei diversi specialisti medici che intervengono nell'assistenza.

La funzione di responsabile clinico, distinta da quella del “case manager assistenziale”, è propria del medico di medicina generale ed è sostenuta dal rapporto fiduciario. Solo in alcuni casi di cure domiciliari integrate di terzo livello (ospedalizzazione domiciliare) e in alcuni casi di cure palliative a pazienti terminali assimilabili all'ospedalizzazione domiciliare potranno essere definiti diversi profili di responsabilità, comunque trasparenti, tracciabili e identificati all'interno del PAI.

Nell'ambito dell'adeguato funzionamento del servizio di ADI, il geriatra, oltre alle responsabilità delineate nei paragrafi precedenti, dovrà essere coinvolto in aspetti specifici dell'assistenza, correlati sia all'organizzazione del servizio stesso sia alla formazione del personale. In particolare deve:

- collaborare con i responsabili del Distretto, della ASL e della Medicina Generale, affinché si possa raggiungere il migliore livello qualitativo possibile dell'assistenza erogata;
- collaborare con le controparti istituzionali portando il proprio personale e decisivo contributo di conoscenze basate, da una parte, sulle evidenze scientifiche e, dall'altra, sui dati derivanti dai controlli di qualità dei servizi erogati nella propria realtà territoriale;
- favorire sia l'effettiva multidisciplinarietà all'interno della UVM, sia l'integrazione con gli altri nodi della rete (ospedale, servizi territoriali e residenziali, volontariato);
- contribuire con iniziative valide all'educazione continua degli operatori – medici e non medici – coinvolti nell'assistenza all'anziano;
- proporre e contribuire a realizzare percorsi assistenziali e di “disease management”, in grado

di ridurre le liste di attesa e qualsiasi altra situazione capace di incidere negativamente sul buon esito della cure domiciliari per l'anziano fragile.

7.2.6. Evidenze scientifiche

Le esperienze nazionali e internazionali suggeriscono come programmi integrati di intervento sociosanitario a domicilio centrati sul modello del “case-management”, e cioè su una figura professionale esperta nella valutazione del bisogno dell'anziano fragile e suo “Angelo Custode” nell'assicurarli l'effettiva erogazione del servizio necessario, prevenendo il declino fisico e rallentino quello cognitivo degli assistiti (*Figura 7.2*).

Il tutto con una riduzione significativa dell'ospedalizzazione e del ricovero in RSA, permettendo un risparmio di spesa stimato in oltre il 20% (*Figura 7.3*).

In particolare, il modello del “case management” ha prodotto risultati estremamente positivi in Italia, in Europa e in altri Paesi: riduzione dei ricoveri in ospedale e/o in RSA del 35-40% (Italia); riduzione del ricorso al Pronto Soccorso del 50% (Italia); miglioramento dello stato funzionale (fisico, cognitivo e affettivo) del 30% (Italia); riduzione della spesa sanitaria dal 20% al 29% (Italia); riduzione dell'istituzionalizzazione del 50%; aumento dell'aderenza alle strategie di prevenzione (vaccinazione antinfluenzale) del 25%; riduzione della comparsa di stress psico-fisico nel caregiver del 45% (Europa – studio ADHOC); riduzione della spesa sanitaria con una significativa riduzione di posti letto ospedalieri per acuti (Canada).

Il Ministero della Salute ha inteso verificare la riproducibilità di questi risultati in 12 ASL di 4 Regioni (Toscana, Lazio, Veneto e Sicilia), promuovendo una ricerca – tuttora in corso – per verificare:

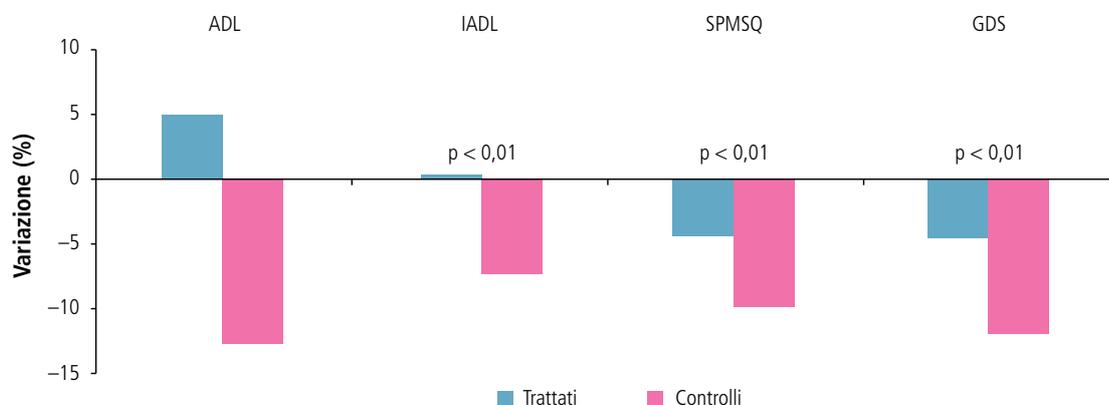


Figura 7.2 Variazione nello stato funzionale dopo 1 anno di follow-up. Per quanto riguarda le attività del vivere quotidiano (ADL) si osserva un netto miglioramento nel gruppo trattato rispetto ai controlli, mentre per lo stato cognitivo (SPMSQ) e per lo stato affettivo (GDS) si osserva una significativa minore riduzione nei trattati rispetto ai controlli (modificata graficamente da Bernabei et al., 1998).

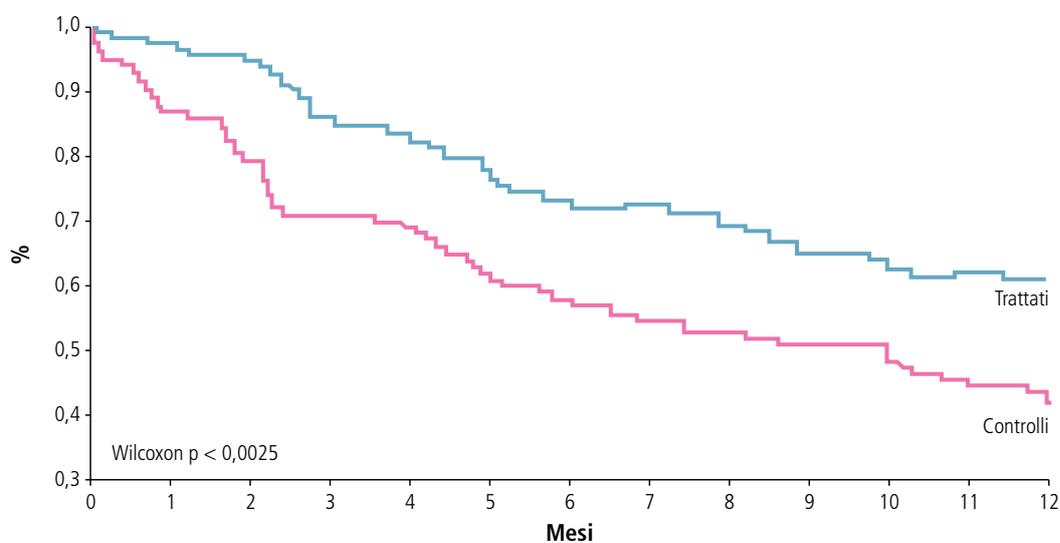


Figura 7.3 Variazione nella percentuale dei soggetti ospedalizzati e/o istituzionalizzati nell'arco di 1 anno di follow-up: il gruppo dei soggetti trattati mostra una percentuale di permanenza a casa (senza fare ricorso all'ospedale e/o RSA) nettamente superiore a quella del gruppo di controllo. Inoltre, quando costretti all'ospedalizzazione i soggetti trattati andavano in ospedale dopo e ci rimanevano per un periodo più breve (modificata graficamente da Bernabei et al., 1998).

- la possibilità di formare adeguatamente il coordinatore del caso, attraverso un corso strutturato in 5 giorni sull'apprendimento delle tecniche di "management" e di valutazione multidimensionale con strumenti di terza generazione;
- l'impatto di un servizio di ADI con accesso unico e "Angelo Custode" su qualità della vita, funzione

fisica, cognitiva, comportamentale e affettiva, tasso di ospedalizzazione e di re-ospedalizzazione, durata della degenza in ospedale, tasso di istituzionalizzazione, consumo dei farmaci.

7.3. Criticità e possibili soluzioni

- La consistenza dei servizi nel territorio dovrebbe essere decisamente aumentata, in modo da arrivare a valori simili a quelli della media dei Paesi europei nei quali l'assistenza all'anziano è di più alta qualità. Si dovrebbe cioè passare, per l'ADI, dallo 0,5% (Centro-Sud)-3% (Nord) attuale ad almeno al 5-6% di tutti gli ultrasessantacinquenni.
- La programmazione dei servizi di ADI dovrebbe tenere conto delle caratteristiche del bacino d'utenza e della qualità dei servizi erogati. Le scelte decisionali dovrebbero, quindi, dipendere dalle caratteristiche socio-demografiche (es. consistenza del nucleo familiare) ed economiche (es. residenza in area industriale o agricola, centro storico) e dai controlli di qualità dei servizi.
- Il livello massimo possibile di integrazione tra l'ospedale e l'ADI e viceversa deve essere assicurato, in modo da consentire un'effettiva continuità assistenziale per l'anziano fragile.
- Il programma di continuità assistenziale a domicilio deve consentire un'integrazione ottimale tra supporto formale e informale (volontariato, familiari e/o altri caregiver).
- L'obiettivo dell'assistenza domiciliare è raggiungibile, a patto che sia stabilito un programma concordato tra ASL e Servizio Sociale del Comune, tale da consentire un'effettiva integrazione sociosanitaria, e che il PUA di riferimento gestisca l'integrazione dei servizi del territorio in accordo con il distretto, le unità complesse di cure primarie/agggregazioni funzionali territoriali della medicina generale e il medico di medicina generale.
- Il coordinatore del caso è una figura professionale nuova e dovrà essere adeguatamente formata sui principi del case management e sulla valutazione multidimensionale. Proprio l'importanza e la provata efficacia di questi nuovi modelli di assistenza geriatrica hanno portato negli Stati Uniti e negli altri Paesi europei a un aumento degli spazi offerti alla formazione gerontologico-geriatrica a livello sia universitario sia delle scuole professionali. Senza operatori formati professionalmente e opportunamente motivati, nessun tipo di assistenza domiciliare all'anziano porterà a un reale vantaggio.
- L'attuazione di efficaci programmi di prevenzione deve essere garantita nell'ambito delle attività dell'assistenza domiciliare (patologia infettiva, ulcere da pressione, malnutrizione).
- La lista d'attesa per l'attuazione dei programmi di assistenza domiciliare deve essere ridotta al minimo, con l'obiettivo di consentire in tempi adeguati il ritorno dell'anziano al proprio domicilio dopo il ricovero in ospedale o altra istituzione. Ciò può essere realizzato snellendo e deburocratizzando le procedure di attivazione, anche con l'impiego delle tecnologie telematiche ed eventualmente differendo le procedure valutative più complesse sulla base di una prima presa in carico da parte del medico di medicina generale, in un'ottica che, ponendo al centro dell'attenzione il paziente, privilegi la tempestività dell'erogazione assistenziale.
- Il miglioramento della comunicazione deve costituire un obiettivo prioritario degli operatori, in modo che l'anziano e i suoi familiari possano disporre di punti di riferimento precisi per l'utilizzazione ottimale dei servizi di ADI (attivazione PUA).
- Tutti gli operatori coinvolti nei servizi di ADI

devono avere una sufficiente preparazione sulle principali problematiche dell'assistenza all'anziano. Le mancanze strutturali nella formazione geriatrica degli operatori professionali e ancora più la mancanza di preparazione culturale sull'assistenza continuativa si esplicita in una richiesta di formazione professionale sentita e pressante da parte degli operatori sanitari stessi.

- Le istituzioni hanno la responsabilità di implementare banche dati sull'assistenza domiciliare per trarre informazioni sulla qualità delle prestazioni erogate e sulla quantificazione del fabbisogno assistenziale anche in termini economici.
- Le banche dati devono essere attendibili, cioè di sufficiente dimensione e con strumenti validati, in modo da permettere un loro confronto con i risultati ottenuti in altri bacini d'utenza, come Distretti, ASL, Regioni, a livello sia nazionale sia transnazionale (adozione di strumenti di valutazione di terza generazione).

Bibliografia

- Bernabei R, Landi F, Gambassi G, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ* 1998; 316: 1348-51
- Bernabei R, Landi F, Onder G, et al. Second and third generation assessment instruments: the birth of standardization in geriatric care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008; 63: 308-13
- Landi F, Gambassi G, Pola R, et al. Impact of integrated home care services on hospital use. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 1430-4
- Landi F, Onder G, Russo A, et al. A new model of integrated home care for the elderly: impact on hospital use. *J Clin Epidemiol* 2001; 54: 968-70
- Landi F, Onder G, Tua E, et al.; Silvernet-HC Study Group of Bergamo. Impact of a new assessment system, the MDS-HC, on function and hospitalization of homebound older people: a controlled clinical trial. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 1288-93
- Landi F, Sgadari A, Zuccala G, et al. A brief training program on resident assessment instrument improves motivation of nursing home staff. *J Nutr Health Aging* 1999; 3: 24-8
- Lattanzio F, Mussi C, Scafato E, et al.; ULISSE Study Group. Health care for older people in Italy: The ULISSE Project (Un link informatico sui servizi sanitari esistenti per l'anziano – a computerized network on health care services for older people). *J Nutr Health Aging* 2010; 14: 238-42
- Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Ger Psych* 2003; 18: 222-35
- Onder G, Liperoti R, Bernabei R, Landi F. Case management, preventive strategies, and caregiver attitudes among older adults in home care: results of the AD-HOC study. *J Am Med Dir Assoc* 2008; 9: 337-41
- Onder G, Liperoti R, Soldato M, et al. Case management and risk of nursing home admission for older adults in home care: results of the AgeD in HOme Care Study. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 439-44
- VII Rapporto Sanità (anno 2009) – CEIS – Fondazione Economia Tor Vergata – Università di Roma Tor Vergata
- 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: 1022-8
- Vedel I, De Stampa M, Bergman H, et al. A novel model of integrated care for the elderly: COPA, Coordination of Professional Care for the Elderly. *Aging Clin Exp Res* 2009; 21: 414-23

8. I nodi della rete: le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

8.1. Le RSA e le difficoltà classificative

Secondo Kane et al. *“Le Nursing Homes sono figlie bastarde delle case della carità e degli ospedali, ed esprimono le peggiori caratteristiche dei due genitori. Sono viste come l’ultima spiaggia, allo stesso modo degli ospedali del 19° secolo. Lo stereotipo è quello di un luogo brutto, puzzolente, popolato di persone fragili, spesso affetti da demenza grave. Molte di queste istituzioni potrebbero essere paragonate a quelle per malati mentali descritte da Pinel”*.

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono Istituti di ricovero, una volta denominati Case di Riposo o Strutture Protette, che accolgono persone anziane non autosufficienti, non più in grado di rimanere al proprio domicilio per la compromissione anche molto grave delle loro condizioni di salute e di autonomia. Secondo la normativa nazionale, la RSA deve offrire agli ospiti, per ricoveri temporanei o a tempo indeterminato:

- una sistemazione residenziale con una conno-

tazione il più possibile domestica, organizzata in modo da rispettare il bisogno individuale di riservatezza e di privacy e da stimolare al tempo stesso la socializzazione tra gli ospiti;

- tutti gli interventi medici, infermieristici e riabilitativi necessari a prevenire e curare le malattie croniche e le loro riacutizzazioni;
- un’assistenza individualizzata, orientata alla tutela e al miglioramento dei livelli di autonomia, al mantenimento degli interessi personali e alla promozione del benessere.

In questi anni lo sviluppo dell’autonomia regionale ha portato a una moltiplicazione dei modelli di assistenza residenziale, con la relativa molteplicità di definizioni e nominalistica. Per superare le difficoltà indotte dalla multiformità delle logiche regionali e dalla resistenza a rinunce anche parziali rispetto alla storia delle singole Regioni, il gruppo di lavoro n. 12 del progetto Mattoni ha proposto una classificazione secondo diversi livelli di complessità (*Tabella 8.1*).

Tabella 8.1 Classificazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) secondo il gruppo di lavoro n. 12 del progetto Mattoni

- Livello R1 – Assistenza sub-intensiva in regime residenziali (hospice, comi ecc.)
- Livello R2 – Assistenza residenziale a elevata integrazione sanitaria
- Livello R2D – Assistenza residenziale specialistica per soggetti con demenza senile
- Livello R3 – Assistenza residenziale a bassa integrazione sanitaria

Ovviamente, da un punto di vista assistenziale ci si deve augurare nel prossimo futuro un impegno sempre più marcato per costruire su tutto il territorio nazionale modelli di RSA omogenei, mettendo insieme le preziose esperienze di questi ultimi vent'anni.

8.2. La condizione clinica degli ospiti

Il sistema delle RSA va collocato all'interno di una rete dei servizi che assistono l'anziano che ha perso (o è a rischio di perdere) l'autosufficienza. Uno dei "miti" nelle discussioni sulla rete dei servizi è quello della permanenza dell'anziano al proprio domicilio. L'evoluzione dello scenario demografico ha però di fatto posto fine al dibattito, evidenziando come tale obiettivo, che pure resta primario per ogni sistema di assistenza, è tuttavia difficilmente raggiunto e raggiungibile nella nostra organizzazione sociale. Visto il progressivo aumento del fenomeno della polipatologia e ancora più della disabilità descritto nei Capitoli precedenti, le RSA sono diventate, nel corso degli anni, la risposta assistenziale privilegiata per gli anziani fragili, con una chiara tendenza verso una maggiore gravità clinico-assistenziale degli ospiti che non sembra avere ancora trovato un equilibrio. Dati relativi alla realtà delle Nursing Home statunitensi dimostrano, infatti, che negli ultimi 20 anni il numero degli ospiti con più disabilità alle ADL (*Activities of Daily Living*) è aumentato dal 71,8% all'89,9% e quello dei pazienti con incontinenza dal 55% al 75%. Nello stesso periodo l'età media è passata da 82 a 86 anni e la percentuale di disturbi cognitivi rilevanti dal 61% al 78%. Anche indagini condotte nel nostro Paese hanno messo in luce, mediante strumenti valutativi delle complessità clinico-assistenziali, un analogo significativo cambiamento delle performance cognitive, funzionali e di salute degli ospiti delle Residenze per anziani.

Tabella 8.2 Anziani trattati in ADI: caratteristiche clinico-funzionali)

Età (media \pm DS)	83,5 \pm 8,1
Sesso (% F)	71,4
N. di malattie (media \pm DS)	3,9 \pm 2,3
N. di farmaci (media \pm DS)	5,0 \pm 2,9
N. di ADL compromesse (media \pm DS)	4,2 \pm 2,7
Deficit cognitivo: CPS (media \pm DS)	3,2 \pm 2,1
Deficit cognitivo: CPS \geq 2 (%)	70,4
Deficit cognitivo: CPS \geq 5 (%)	42,0
Soggetti costretti a letto (%)	34,2

Modificata graficamente da Lattanzio et al., 2010.

Lo studio osservazionale ULISSE (un Link Informativo sui Servizi Sanitari Esistenti per l'anziano), finanziato dal Ministero della Salute, ha permesso di rilevare le caratteristiche clinico-funzionali dei soggetti assistiti in 31 RSA distribuite sul territorio nazionale (*Tabella 8.2*).

Il tutto si inserisce in un contesto di ulteriore complessità a livello macro, nel quale molti quesiti sono ancora irrisolti: non è chiaro, per esempio, quale debba essere il fabbisogno di posti letto all'interno delle singole Regioni, né quale debba essere il tipo di assistenza fornito dalle stesse.

Il fabbisogno di posti letto non sempre risponde alle sole caratteristiche cliniche dell'utenza; dipende, infatti, anche dalle condizioni socioeconomiche della popolazione (la presenza di molto anziani, l'organizzazione dell'habitat, il livello di povertà, le possibilità di trasporto ecc.) e dalla presenza di soluzioni assistenziali alternative. Infatti, l'offerta limitata di sistemi di protezione direttamente forniti al domicilio dell'anziano è la principale determinante della domanda di allocazione nelle residenze.

Quanto al tipo di assistenza, vi sono ancora molte incertezze. Le RSA devono "specializzarsi" in nuclei al cui interno curare individui con problematiche cliniche simili? Devono essere strutture residenziali che forniscono assistenza sanitaria a sog-

getti non assistibili a domicilio, o devono anche rappresentare un riferimento erogatore di servizi per la comunità (centri diurni, ambulatori, assistenza domiciliare)? Ancora, devono prevedere posti letto per degenze temporanee di sollievo o dedicarsi soltanto alla residenzialità stabile? Devono porsi come alternativa, a minor costo, rispetto a strutture lungodegenziali riabilitative? Per tutte queste domande non vi è ancora una risposta definitiva; sono aperte allo studio, alla sperimentazione, alla costruzione di servizi fondati su dimostrazioni di efficacia.

8.3. Criteri generali sull'organizzazione

Le RSA sono strutture di tipo extraospedaliero che fanno parte della rete dei servizi territoriali di primo livello. Secondo il Progetto obiettivo "Tutela della Salute degli anziani" del 1992, l'obiettivo nazionale di posti letto di strutture residenziali da realizzare entro il 1995 era pari al 6% degli anziani ultrasessantacinquenni (420.000), di cui il 2% (140.000) garantito dalle RSA. Successivamente tale obiettivo non è stato più aggiornato; quel 2% oggi significherebbe oltre 200.000 posti letto nelle RSA per anziani.

L'universo della non autosufficienza nelle RSA può essere suddiviso in due grandi tipologie distinte a elevato livello di non autonomia: le forme cronico-degenerative e le demenze.

La prima tipologia ricomprende soggetti colpiti da patologie con andamento cronico-degenerativo non guaribili che si presentano sempre associate tra di loro [patologie cardiache croniche, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con insufficienza respiratoria, vasculopatie di tutti i distretti arteriosi, osteoartropatie, morbo di Parkinson, sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi multipla ecc.] o da eventi morbosi (esiti di ictus cerebrale) che richiedono comunque attività tera-

peutica, riabilitativa e assistenziale continua, allo scopo di prevenire le riacutizzazioni e le conseguenze negative connesse all'immobilità e di limitare i ricoveri in ambiente ospedaliero.

La seconda tipologia, invece, accoglie soggetti colpiti da demenza grave, non necessariamente collegata ad altre compromissioni funzionali, anzi spesso associata a un'accentuata ipermobilità relativa e iperattività notturna.

Le RSA, in particolare quelle di nuova costruzione, vanno preferibilmente localizzate in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, o ben collegate mediante mezzi pubblici a centri urbani, al fine di evitare ogni forma di isolamento. Di particolare interesse risultano le iniziative di ristrutturazione o riconversione di edifici già esistenti localizzati nei centri storici e la presenza di spazi verdi per attività motorie e ricreative, dove possibile. Le RSA, sulla base di standard dimensionali, possono essere ricavate anche presso aree e spazi resi disponibili dalla riduzione di posti letto ospedalieri.

La capacità ricettiva deve essere non inferiore a 20 e non superiore a 120 posti, articolata in nuclei da 20 soggetti (DPR 14/1/1997). Ogni 4 moduli, 1 di 10-15 posti va riservato alle demenze.

L'organizzazione per nuclei o moduli appare la più idonea a garantire l'assistenza residenziale a gruppi di ospiti di differente composizione, nonché a favorire il razionale impiego del personale e l'utilizzazione delle risorse.

8.4. Il governo degli accessi.

Le Unità di Valutazione Geriatrica

La decisione in ordine al ricovero è assunta dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) del Distretto, i cui membri – il medico geriatra, l'assistente sociale e l'infermiere professionale – provvedono alla valutazione della situazione com-

plessiva della persona, dei suoi bisogni sociali e sanitari, dei suoi livelli di autonomia, della possibilità o meno di soluzioni alternative. Le UVM, la cui composizione varia nelle diverse realtà italiane, devono avere al proprio interno una specifica componente culturale e operativa geriatrica, perché la specificità della non autosufficienza dell'anziano richiede esperienze e competenze specifiche. Le UVM hanno prevalentemente sede presso il Distretto; devono però essere dotate di un'alta flessibilità di lavoro, sia temporale (l'anziano può subire un aggravamento improvviso delle proprie condizioni che ne rendono impossibile la permanenza a casa) sia spaziale (presso il Distretto, ma anche al domicilio o in ospedale). Poiché il ricovero in RSA prevede la partecipazione al costo del servizio da parte dell'interessato o dei familiari "tenuti agli alimenti" (a norma del codice civile, il coniuge, i figli ecc.), l'inserimento della persona giudicata idonea nella lista d'attesa è condizionato alla definizione – da parte dei familiari – delle relative procedure amministrative.

All'UVM spetta il compito di ricevere la domanda di intervento, di analizzarla, di valutare la condizione di auto/non autosufficienza e di esprimere un orientamento assistenziale. Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti. L'UVM deve essere effettuata con appositi strumenti validati per la misurazione dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente (a questo proposito si vedano le indicazioni del gruppo di lavoro n. 12 del progetto Mattoni). L'attribuzione dell'ospite al corretto li-

vello di assistenza dovrà avvenire mediante strumenti di analisi del case-mix assistenziale derivati dai dati dell'UVM.

Il gruppo di lavoro n. 12 del progetto Mattoni e la commissione LEA non sono riusciti a ottenere dalle Regioni il consenso sull'adozione di un unico strumento UVM e di analisi del case-mix. Hanno quindi individuato un set minimo di informazioni necessario ad alimentare il Flusso Informativo Residenziale (FAR), che rappresenta una base dati comune ai più diffusi strumenti in uso e può essere da essi alimentato automaticamente. Di conseguenza, il DM 17.12.2008 prevede che il flusso informativo nazionale possa essere alimentato indifferentemente da uno dei tre strumenti validati dal Ministero (RUG, SVAMA, AGED), nonché da eventuali diversi strumenti già adottati dalle Regioni, a condizione che per gli stessi vengano prodotti idonei file di transcodifica che ne documentino l'idoneità ad alimentare correttamente il flusso informativo nazionale. Il flusso dovrà essere a regime dall'1 gennaio 2011.

Pur con questi limiti, il lavoro prodotto dalle commissioni ministeriali appare di grande valore, perché getta le basi per una comune metodologia di lavoro che possa portare allo sviluppo di una cultura e di una prassi dell'assistenza residenziale che appare sempre più necessaria in un settore che già in alcune regioni ha superato per numero di posti letto quello ospedaliero.

Inoltre, imponendo precisi criteri e tempi per l'alimentazione del flusso informativo nazionale, si obbligano di fatto le regioni ad adottare una regolamentazione del settore organica e allineata ai principi generali del decreto.

Dalla valutazione multidimensionale geriatrica devono emergere come fattori determinanti della scelta il grado di non autosufficienza (valutazione della capacità residua) e la consistenza del supporto formale (assistenza domiciliare integrata) e infor-

male (famiglia e volontariato). Per valutare le condizioni psicofisiche dell'anziano, l'UVM si avvale di scale di autosufficienza, integrate da componenti sociali (reddito, nucleo familiare, caratteristiche dell'abitazione ecc.), al fine di valutare anche misure alternative all'assistenza residenziale. Compilate le valutazioni preliminari, l'anziano non autosufficiente viene inserito all'interno di una lista d'attesa a livello di distretto o di Azienda Sanitaria. La RSA utilizza un modello organizzativo che, anche attraverso l'integrazione con i servizi territoriali delle unità sanitarie locali, garantisce:

- la stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- la raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività clinico-assistenziali;
- il coinvolgimento della famiglia dell'ospite;
- la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze o eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici).

Nelle RSA sono erogati anche interventi di riabilitazione caratterizzati da un moderato impegno terapeutico a fronte di un forte intervento di supporto assistenziale. Ogni intervento riabilitativo deve essere attuato solo quando opportunamente inserito nel piano individuale di assistenza all'anziano. In questo contesto il geriatra ha il ruolo di individuare i soggetti per i quali l'intervento fisioterapico risulti efficace, utilizzando misure di performance fisica (forza muscolare degli arti inferiori, valutazione dell'equilibrio ecc.) e coordinando il team riabilitativo.

8.5. Standard assistenziali

Le singole Regioni applicano e misurano gli standard assistenziali secondo criteri non sempre assimilabili. In linea di massima il parametro più co-

munemente utilizzato è quello dei “minuti di assistenza giornaliera”, intesa come somma totale del potenziale di assistenza espresso dalle unità di personale in servizio nella struttura nell'arco delle 24 ore.

I minuti di assistenza sono l'indicatore più comunemente utilizzato per qualificare il livello di assistenza erogata, presupponendo una correlazione fra l'entità delle risorse messe in campo e l'intensità e qualità del servizio che ne deriva. Nei minutaggi di assistenza vengono in genere conteggiate solo le figure di assistenza al paziente: personale infermieristico, OSS (operatori socio-sanitari) o OSSS (operatori sociosanitari con formazione complementare in assistenza sanitaria), terapisti della riabilitazione, animatori. Viene escluso dal conteggio il personale amministrativo e tecnico-logistico di supporto.

Vengono conteggiati i minuti effettivamente lavorati ogni giorno, su media mensile, dal personale impiegato. Alcune Regioni utilizzano indicatori leggermente differenti (numero di addetti per posto letto, turnistica specifica ecc.), che sono tuttavia riconducibili allo stesso concetto.

Gli standard di assistenza utilizzati variano in media dai 90 ai 150 minuti/die, con importanti differenze tra le diverse Regioni, non sempre giustificate dai livelli di complessità assistenziale delle strutture. Il Documento della commissione LEA propone alcuni standard di riferimento che vengono presentati nella *Tabella 8.3*.

L'applicazione degli standard assistenziali tiene conto del lay-out organizzativo e delle dimensioni globali della struttura. Nelle strutture di dimensioni più piccole appare quasi sempre necessario adottare standard più elevati, per assicurare la necessaria turnistica su 24 ore e i servizi di coordinamento. Gli standard mettono in luce l'esigenza di disporre di nuove figure professionali oltre all'infermiere [OSS, OTA (operatori tecnici addetti

Tabella 8.3 Standard previsti dal documento della commissione LEA

Prestazioni	Standard qualificanti
R1	Guardia medica: h 24 Assistenza medica: 300 minuti/die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza globale > 210 minuti/die per ospite, di cui assistenza infermieristica > 90 minuti/die per ospite
R2	Assistenza medica: 160 minuti/die per nucleo Infermiere h 24 Assistenza globale > 140 minuti/die per ospite, di cui assistenza infermieristica > 45 minuti/die per ospite
R2D	Assistenza: 120 minuti/die per nucleo Infermiere h 12 Assistenza globale > 140 minuti/die per ospite, di cui assistenza infermieristica > 36 minuti/die per ospite
R3	Assistenza medica: 80 minuti/die per nucleo Infermiere h 8 Assistenza globale > 100 minuti/die per ospite, di cui assistenza infermieristica > 20 minuti/die per ospite

all'assistenza), ASA (ausiliari socioassistenziali)], in grado di svolgere le funzioni fondamentali di cura dell'ospite e di sorveglianza.

8.6. Il ruolo del medico e l'organizzazione dell'assistenza

Ogni struttura residenziale è diretta da un Direttore di Struttura, figura che deve avere competenze complesse e per il quale non è stato definito uno specifico profilo professionale e formativo, anche se oggi si stanno moltiplicando le offerte formative post-universitarie orientate a questa professione. Il Direttore di struttura può provenire da un percorso assistenziale, sociale, economico-gestionale, alberghiero: in ogni caso deve essere in grado di leggere e coordinare le diverse attività svolte nella struttura e sovrintendere ai suoi problemi gestionali. In alcune Regioni, e per alcune tipologie di residenze, viene richiesta anche la figura del Direttore Sanitario, individuato in un medico con competenze in campo igienico organizzativo e/o geriatrico. L'organizzazione operativa dell'attività assistenziale è basata su organigramma, funzioni, strumenti e

tempi. I tempi dell'organizzazione devono essere strutturati sulle esigenze degli ospiti piuttosto che su quelle degli operatori, ma devono anche consentire l'equilibrato flusso delle attività della struttura. Secondo quanto stabilisce il DPR 14 gennaio 1997, strumenti fondamentali dell'organizzazione sono la Valutazione Multidimensionale (VMD), il Piano di Assistenza Individuale (PAI) e la struttura Multiprofessionale delle Equipe (MP). Il PAI è il programma di lavoro organico dell'equipe multiprofessionale: è costruito a partire dalla VMD e definisce obiettivi, condivisione (anche con i familiari) e assegnazione di compiti, parametri e strumenti di monitoraggio e verifica. La costruzione del PAI costituisce il primo passaggio del lavoro dell'equipe multiprofessionale, che deve essere sviluppato con il contributo di tutti gli operatori che interagiscono quotidianamente con l'ospite e sono in grado di riferire sui suoi specifici bisogni e comportamenti. Il PAI prevede obiettivi generali e particolari, con attività definite assegnate ai singoli operatori e con momenti di condivisione. Elemento strategico del PAI è la sua discussione e condivisione con i fa-

miliari, anche perché rappresenta un momento di forte presa d'atto delle sue reali condizioni e dei suoi bisogni, nonché di comprensione del lavoro dell'equipe.

Le riunioni periodiche di aggiornamento del PAI rappresentano il fulcro del piano di lavoro stesso, soprattutto se sono l'occasione per condividere osservazioni e informazioni essenziali per modulare e correggere il lavoro dei singoli.

L'equipe MP è formata dall'insieme degli operatori. La sua operatività non si risolve semplicemente nelle riunioni periodiche e nella costruzione e gestione del PAI, ma in una filosofia di lavoro condivisa e nella circolazione continua delle informazioni. L'equipe MP deve riuscire a superare il modello gerarchico delle professioni realizzando un piano di confronto orizzontale.

L'organizzazione del lavoro deve essere espressione dello sviluppo dei piani di assistenza e deve poter essere tarata su modelli non necessariamente meccanici come quelli dei reparti ospedalieri. La presenza dell'infermiere nell'arco della giornata è anch'essa espressione dei singoli piani di lavoro sviluppati nei nuclei. Strumenti tarati sull'assorbimento specifico di risorse per profilo professionale consentono di definire standard organizzativi basati sull'effettivo carico assistenziale degli ospiti presenti. Poiché l'attività nelle RSA è per definizione di lunga durata e senza interruzione, è indispensabile utilizzare sistemi di misurazione che periodicamente permettano di rilevare l'efficacia degli interventi. È necessaria l'implementazione in ogni RSA di un sistema di rilevazione degli outcome (come peraltro viene richiesto dalle autorità regolatorie, nella ricerca di nuove modalità di pagamento delle prestazioni che tengano conto non solo di indici strutturali e di funzionamento, ma anche di "risk-adjusted outcomes"). La definizione degli outcome costringe alla caratterizzazione delle relative procedure, che costituiscono l'ossatura di

una buona organizzazione. Rilevazioni periodiche, con frequenza prestabilita, di parametri clinici specifici permettono di identificare precocemente modificazioni delle condizioni di salute, predisponendo gli adeguati interventi.

L'assistenza nelle strutture residenziali deve tendere: a operare affinché l'ambiente sia di supporto al paziente cronico e non autosufficiente; deve essere orientata al recupero e al mantenimento del massimo livello possibile di autosufficienza, a preservare e ottimizzare l'autonomia individuale, il benessere soggettivo, la soddisfazione personale; a fornire conforto e dignità al paziente terminale; a stabilizzare e ritardare la progressione delle patologie croniche; a prevenire le patologie acute e iatrogene e a identificare e trattare rapidamente quando queste si manifestano. Inoltre, l'assistenza nelle RSA deve essere compiuta tenendo conto del ruolo centrale di queste istituzioni nella rete dei servizi geriatrici, in modo da evitare la formazione di ghetti di fatto, impermeabili rispetto ai bisogni – spesso pressanti – degli anziani che vivono in un determinato territorio.

Le strutture residenziali sono strutture della rete territoriale e l'assistenza medica deve essere fornita dal sistema di cure primarie nell'ambito di un modello organizzativo regionale che integri il ruolo del medico di medicina generale, per il tramite delle aggregazioni funzionali territoriali e delle unità complesse di cure primarie. Anche i farmaci, le prestazioni specialistiche, gli ausili e i presidi sanitari sono garantiti al paziente dal Servizio Sanitario Nazionale con modalità definite dal modello organizzativo regionale. L'organizzazione dell'assistenza medica primaria in RSA presenta spesso notevoli problematiche logistiche e organizzative. È pertanto necessario organizzare la presenza dei medici di assistenza primaria secondo un modello funzionale integrato che superi il rapporto di scelta a quota capitaria prevedendo uno specifico impe-

gno orario. In letteratura vi sono numerosi dati italiani, europei e americani secondo i quali la presenza di un team medico stabile all'interno delle residenze per anziani garantisce più elevati risultati di salute. In particolare, permette di ridurre drasticamente i ricoveri ospedalieri degli ospiti, fenomeno che da una parte aggrava il funzionamento del pronto soccorso e, allo stesso tempo, è fonte di grave stress e disagio per l'ospite, senza che sia realmente difesa la sua salute.

Una delle caratteristiche che rende l'assessment geriatrico in RSA diverso da quello effettuato in altri setting è che la valutazione medica e la terapia devono essere fortemente integrate nel piano di cura assieme a tutti gli indicatori geriatrici.

La decisione clinica è complicata dal fatto che molte procedure diagnostiche e terapeutiche non sono accessibili e, quando lo sono, comportano un elevato rischio di iatrogenicità e di disagio, talvolta maggiori del beneficio che da esse può derivare. Il potenziale guadagno che discende da un controllo serrato di alcune patologie croniche (diabete mellito, scompenso cardiaco congestizio, ipertensione ecc.) può essere sovrastato dal rischio iatrogenico in soggetti molto vecchi e con funzione grandemente compromessa.

Inoltre, problemi quali la scarsa disponibilità di fondi della struttura spesso riducono in modo diretto, o attraverso un'autolimitazione del medico, l'interesse verso interventi diagnostici e terapeutici potenzialmente efficaci; così, purtroppo, il "meno peggio" diventa oggettivamente l'obiettivo terapeutico.

Nell'istituzione geriatrica le possibilità di intervento medico tradizionale sono ampie e vanno dal riconoscimento alla terapia delle riacutizzazioni di problemi cronici (scompenso cardiaco, patologie metaboliche, BPCO ecc.) alla gestione di patologie acute (infezioni respiratorie, urinarie, gastroenteriche, cutanee ecc.) e alle relative terapie.

La modificazione delle condizioni cliniche degli ospiti (descritta precedentemente) rende sempre più frequenti queste considerazioni. D'altro canto, i medici non sono sempre presenti nella struttura quando si manifestano patologie acute e le prime cure vengono talvolta prestate telefonicamente. In questa situazione l'imperativo geriatrico dell'intensività non è soddisfatto; il paziente viene inviato in una divisione ospedaliera per acuti senza aver ricevuto una tempestiva assistenza qualificata (che in buona parte dei casi può evitare l'ospedalizzazione); qui viene preso in carico da personale che non ha familiarità né interesse nella cura del paziente molto vecchio e disabile. Ogni RSA dovrebbe predisporre protocolli *ad hoc*, che permettano una sicura e standardizzata gestione delle emergenze, anche in temporanea assenza del medico. Nelle strutture di una certa dimensione (e quindi con disponibilità economiche) la guardia interna rappresenta un significativo vantaggio per la sicurezza dell'ospite.

Anche al di là dei problemi di emergenza, il paziente in una struttura residenziale geriatrica deve essere valutato con periodicità; il medico ha contatti continuativi con lo staff assistenziale che, prima del medico stesso, rileva le modificazioni sintomatologiche, dello stato funzionale o del comportamento, cioè i segni di un'incipiente patologia acuta. La diagnosi deve essere sempre fatta (o quanto meno il problema del raggiungimento della diagnosi deve essere sempre posto; le decisioni sul procedere o meno a un work-up procedurale devono essere formalizzate; si deve cioè uscire dal ghetto delle definizioni generiche e approssimative) e un trattamento intensivo deve essere messo in opera in risposta alla "crisi"; solo così è possibile evitare che una malattia d'organo diventi d'organismo e che vi siano alte probabilità di una non adeguata ripresa funzionale. Per questo motivo la RSA deve operare in stretta collabora-

zione con un ospedale (collaborazione che non può essere saltuaria, ma fondata su un rapporto che dovrebbe essere convenzionale).

Non vi è un consenso diffuso sul punto di equilibrio fra interventi clinici all'interno della RSA e ricovero ospedaliero. È necessario superare la tendenza diffusa ad affrontare con i limitati strumenti diagnostici e terapeutici delle strutture residenziali tutti i problemi clinici; solo un reparto ospedaliero adeguatamente attrezzato può rispondere a taluni bisogni sanitari anche di un ospite di una struttura residenziale. Se, in presenza di una grave patologia acuta, l'anziano viene mantenuto in una struttura non dotata di strumenti adeguati per effettuare una diagnosi e una terapia delle singole alterazioni, il rischio di una prognosi infausta o di una grave perdita della funzione sarà elevatissimo. Non si deve però dimenticare che vi è lo stesso pericolo se il paziente viene ricoverato in strutture ospedaliere non qualificate per la diagnosi e cura dell'anziano. L'ospedalizzazione deve essere mantenuta per il minor tempo possibile, poiché può provocare, di per sé, effetti negativi sulla salute del paziente anziano (delirium, compromissione del senso di fame e di sete, complicanze da prolungato allettamento ecc.). La struttura residenziale deve essere pertanto attrezzata al precoce accoglimento del paziente ospedalizzato.

Il medico in una struttura residenziale geriatrica ha un ruolo specifico nella cura dei "problemi geriatrici" quali l'incontinenza, le difficoltà dell'equilibrio e della deambulazione, l'insonnia, le cadute, le algie croniche (osteoarticolari, neuropatiche, neoplastiche), i problemi iatrogeni.

La RSA è inoltre la principale struttura di assistenza e cura degli anziani "malati di mente". Già prima della legge di deistituzionalizzazione, un elevato numero di pazienti con problemi comportamentali era ricoverato in istituti geriatrici; la presenza di una percentuale così elevata sotto-

linea la necessità di un sistema per la corretta valutazione e l'opportuno trattamento. Gli ospiti di una casa di riposo con problemi psichici possono essere suddivisi in due gruppi: i pazienti con una lunga storia di malattia o di ritardo mentale e di istituzionalizzazione e coloro che hanno sviluppato i sintomi già in età avanzata. Di frequente riscontro sono gli stati depressivi e le demenze, che possono essere complicati da disturbi comportamentali. Questi ultimi richiedono preparazione psicogeriatrica, poiché molti sintomi sono comuni alle diverse categorie eziologiche; per esempio, il delirio e le allucinazioni sono manifestazioni sia di psicosi che di demenza; diversi stati depressivi si manifestano con apatia, mutacismo, inibizione psicomotoria, segni sia di disturbo dell'umore che di patologia organica. Senza una diagnosi precisa, la vera natura della condizione clinica non viene determinata e quindi anche le condizioni psichiatriche reversibili vengono trascurate. Si spiegano in questa luce i pattern di prescrizione psico-farmacologica spesso diffusi in un istituto geriatrico, caratterizzati per la prevalenza di sedativi (neurolettici e ipnotici), a conferma che è principalmente la sintomatologia "disturbante" per l'ambiente a essere trattata e controllata, e non quella che provoca maggiore sofferenza soggettiva. La cura della depressione è anche troppo largamente considerata inutile (mancata diagnosi o incapacità di comprenderne il rilievo clinico) o rischiosa (timore nell'uso di farmaci con effetti collaterali specifici nell'età avanzata).

Nella RSA il medico deve affrontare anche la cura del paziente terminale e i problemi etici relativi alle scelte terapeutiche da adottare. In situazioni particolari, taluni ospiti preferiscono una morte senza interventi eroici a un prolungamento della vita di solo poche giornate; troppo spesso, però, si accetta superficialmente l'astensione terapeutica come scelta di far morire per vecchiaia gli ospiti,

quando le condizioni cliniche pongono margini di intervento ancora precisi e ampi (solo il medico esperto conosce i limiti, ma anche i possibili successi di un atto terapeutico).

Infine, un compito non marginale è il mantenimento di rapporti significativi con i familiari degli ospiti: deve gestire difficoltà personali, sensi di colpa, di inadeguatezza, di aggressività ingiustificate, sostanziali abbandoni; spesso in questo ruolo nessuno può sostituire il medico, il cui prestigio e competenza sono strumenti utili per mantenere la serenità nel rapporto tra l'ospite e la sua famiglia, serenità che spesso si riflette anche nel rapporto tra ospiti e operatori. Da questo punto di vista, la professione all'interno delle RSA ha compiti più ampi e più gravosi rispetto a quelli esercitati, per esempio, nell'ospedale o nel territorio.

8.7. I Nuclei Alzheimer

Nell'ambito dell'organizzazione della RSA, una riflessione particolare merita il tema del Nucleo Alzheimer. Per Nucleo Alzheimer s'intende un'area di degenza e di vita specificamente dedicata a soggetti con disturbi cognitivi e del comportamento, strutturato in modo da costruire intorno al paziente un "ambiente protesico" che faciliti l'orientamento e limiti le interazioni critiche tra il paziente e l'ambiente. Il Nucleo Alzheimer prevede ambienti e arredi specificamente progettati, oltre a codici colore, strumenti di controllo ambientale, e soprattutto il "giardino alzheimer", spazio di libero uso, ricco di stimoli sensoriali, che faciliti il controllo del wandering. Alcune Regioni, come la Lombardia, hanno previsto la realizzazione di questi nuclei nell'ambito dell'organizzazione delle RSA. Il DM 17 dicembre 2008 li prevede come livello assistenziale a se stante. Il dibattito sui Nuclei Alzheimer data in realtà fin dai primi anni Novanta, con opinioni contrapposte di chi teme

una "ghettizzazione" del paziente demente e di chi, al contrario, intende riservargli un ambiente specialistico a più elevato valore assistenziale. Gli studi realizzati sull'argomento hanno dimostrato un migliore adattamento dei pazienti, una riduzione delle pratiche di contenzione fisica e farmacologica, un minore burn-out degli operatori. A oggi, comunque, la realizzazione dei Nuclei Alzheimer deve prevedere specifici requisiti di tipo sia progettuale sia organizzativo e deve individuare precisi criteri di accesso riservati alle fasi centrali di malattia in cui si manifestano in modo più produttivo disturbi del comportamento.

In Italia, l'istituzione di servizi sanitari innovativi per i pazienti affetti da demenza è proceduta in modo molto timido. La Regione Lombardia ha costituito il primo modello di rete integrata e specifica per le persone affette da malattia di Alzheimer e sindromi correlate nel nostro Paese. L'articolazione della rete dei servizi previsti dal Piano Alzheimer prevedeva l'istituzione, nei suoi nodi essenziali, di Centri Regionali Alzheimer (a diffusione sovrazonale, individuati in Istituti di Riabilitazione Geriatrica e in strutture a elevato livello di competenza scientifica), di Nuclei Alzheimer nelle residenze per anziani (40 nella fase iniziale e 60 a regime, a distribuzione più diffusa, non omogenea, ma comunque in grado di coprire quasi tutte le ASL della Regione), e di servizi territoriali (Centri Diurni e servizi di Assistenza Domiciliare Integrata). Altre regioni (Liguria, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana) hanno previsto interventi residenziali specifici per le demenze. La relativa limitazione dei finanziamenti per i servizi territoriali non ha permesso un'adeguata espansione di questa modalità assistenziale e i Nuclei Alzheimer non hanno avuto una diffusione sufficientemente omogenea.

Tra le ragioni che hanno portato alla sperimentazione di unità specializzate per l'assistenza ai soggetti con demenza in RSA vi sono primariamente con-

siderazioni di tipo clinico, che evidenziano come l'ambiente svolga nel paziente con demenza un importante ruolo di compenso e stimolo ma, al contempo, possa essere invece elemento che accentua i deficit cognitivi e le alterazioni comportamentali. Le modificazioni ambientali non incidono sulla storia naturale della malattia e sul declino delle funzioni cognitive, ma riducono i problemi comportamentali (quali agitazione, affaccendamento, wandering, aggressività, insonnia) e i sintomi psicotici e rallentano il declino delle capacità funzionali dei soggetti con demenza (*Tabella 8.4*).

Il primo obiettivo di ogni ambiente terapeutico è assicurare che gli utenti non subiscano alcun danno. L'ambiente di un Nucleo Alzheimer deve aiutare il paziente, attraverso la progettazione degli spazi, gli arredi, l'organizzazione e i programmi delle attività, a "sapere chi è" e a "sapere dov'è". I diversi ambienti devono essere chiaramente riconoscibili (con l'utilizzo di colori, simboli, indicazioni), i percorsi devono essere facilitati (da indicazioni colorate e simboli) e le forme ripetitive eliminate.

Lo sforzo dedicato al miglioramento dell'ambiente di vita delle persone affette da demenza certamente migliora la qualità della vita dei pazienti e delle famiglie e rappresenta a tutt'oggi uno dei pochi risul-

tati realmente terapeutici ottenibili nella demenza. Un altro degli elementi portanti nella realizzazione di questi nuclei è la formazione di uno staff specificamente preparato all'approccio e alla cura di questi malati, al fine di aiutare tali operatori (medici, infermieri e tutto il personale assistenziale) a riconoscere i disturbi comportamentali e a ricercarne le possibili cause, a mantenere il più a lungo possibile l'autonomia di questi pazienti tramite una stimolazione continua delle attività della vita quotidiana (es. stimolazione a vestirsi da soli e a mangiare da soli), a uniformare le procedure mediche e assistenziali tramite un assessment geriatrico multidimensionale che permetta una visione complessiva e univoca del paziente da parte di tutti gli operatori.

La formazione dello staff include l'acquisizione delle metodiche per ridurre gli stimoli uditivi eccessivi, i rumori acuti (come le voci del personale e dei caregiver), i movimenti troppo veloci o bruschi. Enfasi è stata posta sulla sensibilità e gentilezza da utilizzare nell'assistere queste persone e sulla possibilità di terapie non farmacologiche nel trattamento dei disturbi comportamentali; a questo si aggiunge l'attenzione specifica da porre nell'introito alimentare dei malati e nella prevenzione delle cadute, nonché nella promozione e nel man-

Tabella 8.4 Caratteristiche principali dei Nuclei Alzheimer

Che cosa c'è di "speciale" nelle Unità per la Demenza?

Ambiente fisico

- Riduzione degli stimoli rumorosi
- Sicurezza durante il vagabondaggio
- Appropriate stimolazioni sensoriali

Approccio del personale all'assistenza

- Piani di cura individualizzati
- Approccio "di gruppo" ai pazienti
- Riduzione delle contenzioni fisiche e farmacologiche
- Enfasi posta alla dignità del paziente e allo stato funzionale

Programmi terapeutici

- Attività adeguate alle condizioni cognitive e funzionali dei singoli pazienti
- Attenzione posta alle attività "familiari"
- Terapia occupazionale di gruppo, programmi di attività fisiche
- Attività individuali

Coinvolgimento delle famiglie

- Fornire informazioni e supporto di gruppo
- Incoraggiare i familiari alla partecipazione alle attività e all'assistenza

tenimento delle performance funzionali tramite attività di animazione e di coinvolgimento attivo di queste persone.

I profili professionali previsti dagli standard gestionali sono medico, infermiere, fisioterapista, animatore o educatore e ausiliario che realizzano uno standard assistenziale superiore di circa un terzo a quello realizzato dagli stessi profili professionali negli altri nuclei della RSA. L'organico di un Nucleo Alzheimer deve essere tale da consentire 3 presenze a tempo pieno e 1 part-time nella mattinata, 3 presenze piene nel pomeriggio e 1 presenza di notte per ciò che riguarda il personale di assistenza, cui vanno aggiunte 1 terapeuta della riabilitazione a part-time e 1 medico a 18 ore la settimana.

Al di là delle osservazioni sopra riportate, che riflettono le tendenze della letteratura, l'organizzazione di nuclei assistenziali per persone affette da demenza con gravi disturbi comportamentali ha permesso un rilevante miglioramento della qualità del lavoro da parte degli operatori, che hanno la cultura, la sensibilità e il tempo per assistere gli ospiti in un ambiente caratterizzato da un forte livello di tolleranza, condizione necessaria per rompere il circolo vizioso che talvolta si instaura nelle RSA: BPSD (*behavioral and psychological symptoms of dementia*)-aggressività verso l'operatore-risposta contentiva (chimica e fisica)-aggravamento dell'aggressività.

Bibliografia

- Agüero-Torres H, von Strauss E, Viitanen M, et al. Institutionalization in the elderly: the role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study. *J Clin Epidemiol* 2001; 54: 795-801
- Bellelli G, Frisoni GB, Barbisoni P, et al. The management of adverse clinical events in nursing homes: a 1-year survey study. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 915-25
- Bianchetti A, Guerini F. I Nuclei Alzheimer. In: Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F (Eds). *Residenze Sanitarie per Anziani*. Bologna: Edizioni il Mulino 2002
- Brizioli E. Il Documento LEA sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani. *I Luoghi delle Cure* 2007; V: 7-10
- Brizioli E, Bernabei R, Grechi F, et al. Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy. *Aging Clin Exp Res* 2003; 15: 243-53
- Burton JR. The evolution of nursing homes into comprehensive geriatrics centers: a perspective. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 794-6
- Cannara A, Brizioli C, Brizioli E. *Progettare l'Ambiente per l'Alzheimer*. Roma: Franco Angeli 2004
- Gold DT, Sloane PD, Mathew LJ, et al. Special care units: a typology of care settings for memory-impaired older adults. *Gerontologist* 1991; 31: 467-75
- Hawes C, Morris JN, Phillips CD, et al. Development of the nursing home Residents Assessment Instrument in the USA. *Age Ageing* 1997; 27: 19-25
- Hickam DH, Hedrick SC, Gorton A. Clinicians' predictions of nursing home placement for hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 176-80
- Istat. *L'assistenza residenziale in Italia: Regioni a confronto / Anno 2003*
- Istat. <http://www.istat.it>. Ultima consultazione: novembre 2010
- Kane RL, Kane RA. *Assessing Older Persons. Measures, meaning and practical applications*. New York: Oxford University Press 2000, pp. 438-82
- Lattanzio F, Mussi C, Scafato E, et al.; ULISSE Study Group. Health care for older people in Italy: The ULISSE Project (Un link informatico sui servizi sanitari esistenti per l'anziano – a computerized network on health care services for older people). *J Nutr Health Aging* 2010; 14: 238-42
- Linee Guida Residenze Sanitarie Assistenziali del Ministero della Sanità del 31 marzo 1994

Mattone 12 – Prestazioni residenziali e semiresidenziali. Progetto Mattoni SSN Ministero della Salute, Relazione Finale, 2007

NNA (Network Non Autosufficienza). L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: Rapporto 2009. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore 2009

Ouslander JG. Reducing the hospitalization of nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 171-73

Pesaresi F. L'evoluzione normativa nazionale e la classificazione delle Regioni. In: Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F (Eds). *Residenze Sanitarie per Anziani*. Bologna: Edizioni il Mulino 2002

Pesaresi F et al. I Servizi Residenziali. L'Assistenza agli Anziani Non Autosufficienti in Italia: Rapporto 2009. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore 2009

Rozzini R, Carabellese C, Trabucchi M. *Medicina nelle residenze per anziani*. Milano: Masson 1992

Rozzini R. Le malattie e la continuità assistenziale nell'anziano (ovvero i nodi della long term care). In: Falcitelli N, Trabucchi M, Vanara F (Eds). *Rapporto Sanità 2001. La continuità assistenziale*. Bologna: Il Mulino 2001 pp. 329-70

Rozzini R. Problematiche mediche nelle Residenze Sanitarie per Anziani. In: Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F (Eds). *Residenze Sanitarie per Anziani*. Bologna: Edizioni il Mulino 2002

Sirchia G, Trabucchi M, Zanetti E, et al. Un modello per la rilevazione della qualità nelle RSA. *Tendenze* 2001; 20: 4-19

Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F, et al. *Residenze Sanitarie per Anziani*. Bologna: Edizioni il Mulino 2002

Wittenberg R, Pickard L, Comas-Herrera A, et al. Demand for long-term care: projections of long-term care finance for elderly people. PSSRU: University of Kent 1998. www.pssru.ac.uk. Ultima consultazione: novembre 2010

9. I Centri Diurni

9.1. Centri Diurni per anziani con disabilità generica

9.1.1. Definizione e tipologia dei pazienti

Il Centro Diurno è una struttura assistenziale intermedia, semiresidenziale, a valenza sanitaria e sociale indicata per l'anziano che presenta due condizioni:

- disabilità grave;
- disagio sociale.

Le caratteristiche del paziente per l'ammissione in Centro Diurno sono all'incirca equivalenti a quelle relative all'ammissione in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA). L'anziano eleggibile al Centro Diurno deve però poter contare, al proprio domicilio, su un'assistenza informale adeguata per il periodo notturno. Il Centro Diurno è una modalità assistenziale che deve tipicamente caratterizzarsi per l'integrazione dei servizi sociali e dei servizi sanitari. Esso si colloca nella rete dei servizi per gli anziani e deve essere affiancato da altre strutture e funzioni assistenziali, prevalentemente territoriali, quali Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), RSA, Centri Semiresidenziali a intensità più leggera e Centri Sociali; deve inoltre essere collegato organicamente con la rete assistenziale geriatrica ospedaliera, in modo da poter offrire, quando necessa-

rio, una risposta nei riguardi delle dimissioni ospedaliere "difficili" di pazienti disabili o offrire un'adeguata risposta agli ospiti del Centro Diurno che presentino emergenze sanitarie. La tipologia dei servizi offerti è riassunta nella *Tabella 9.1*.

9.1.2. Gli standard e i requisiti strutturali e funzionali

Particolare riguardo deve essere dedicato alle caratteristiche architettoniche del Centro Diurno, all'organizzazione degli spazi e all'ubicazione urbana. Oltre al principio di essere privi di barriere architettoniche, gli spazi interni del Centro devono facilitare l'orientamento e l'accesso ai servizi igienici e favorire l'attività fisica sia all'interno (palestre, spazi per l'attività motoria), sia all'esterno (giardini anche terapeutici e utilizzabili per attività di giardinaggio). Infine, riguardo all'ubicazione, queste strutture dovrebbero trovarsi nei centri abitati, a poca distanza da punti di riferimento sociali quali chiese, mercati e piazze ed essere facilmente raggiungibili dai parenti degli ospiti, in modo da non dare all'anziano l'idea dell'allontanamento e dell'isolamento.

Il Centro Diurno ha un responsabile, in genere un assistente sociale o un infermiere, che controlla e coordina la gestione organizzativa della struttura,

Tabella 9.1 Servizi del Centro Diurno

- Assistenza di carattere sociale. Oltre all'assistenza alla persona (igiene personale, bagno assistito) devono essere garantite:
 - attività motoria programmata
 - attività di animazione e di socializzazione, iniziative socioculturali, supporto sociale
 - attività formative-educazionali, rivolte ai familiari e ai caregiver sulle modalità di assistenza all'anziano
- Assistenza di carattere sanitario:
 - assistenza infermieristica (somministrazione della terapia prescritta dal medico curante, rilievo di pressione arteriosa, frequenza cardiaca, alvo e diuresi, rilievo del peso corporeo e dello stato nutrizionale, prevenzione e medicazione delle ferite e delle lesioni da pressione, gestione del catetere vescicale ecc.)
 - riabilitazione (fisiokinesiterapia, terapia occupazionale)
 - assistenza medica garantita dal medico di medicina generale
 - servizio podologico
 - protocolli riguardanti il ricorso alla contenzione fisica concordati fra i vari operatori
- Assistenza di carattere sanitario:
 - il Centro Diurno non deve avere soltanto finalità di cura, o peggio, di custodia, ma deve preparare e attuare programmi formali di prevenzione. Questi dovranno riguardare, per esempio, la scelta e la programmazione delle vaccinazioni, la prevenzione di sindromi geriatriche quali le cadute, l'incontinenza urinaria, la malnutrizione, il decondizionamento fisico, le lesioni da pressione, la depressione ecc.

Tabella 9.2 Figure professionali presenti nel Centro Diurno secondo alcune normative regionali

- Infermiere
- Fisioterapista
- Terapista occupazionale
- Animatore/educatore
- Operatore socioassistenziale

vigila sul buon andamento della vita comunitaria e tiene i collegamenti con l'Unità Valutativa Multidimensionale (UVM) territoriale (Tabella 9.2). L'assistenza medica viene assicurata dal medico di famiglia, con il quale vengono presi contatti all'atto dell'ingresso dell'ospite nel Centro e con cui viene mantenuta una relazione costante e periodica. La figura del geriatra rientra tra gli specialisti che possono essere richiesti dal medico curante; pertanto, molti Centri Diurni e le RSA alle quali i Centri Diurni sono di solito associati si sono organizzati autonomamente, con l'accordo dei medici di medicina generale, per dotare le strutture di una consulenza geriatrica periodica e regolare, al fine di garantire le seguenti prestazioni:

- coordinamento della valutazione multidimensionale geriatrica dell'ospite e stesura dei piani individuali di assistenza, programmando le verifiche periodiche riguardo al raggiungimento degli obiettivi concordati e le condizioni generali e funzionali;
- coordinamento e attuazione di protocolli generali di struttura per il trattamento di problemi geriatrici (alimentazione, lesioni da pressione, incontinenza urinaria, riabilitazione ecc.);
- preparazione con le altre professionalità di programmi di prevenzione (vaccinazioni, prevenzione della malnutrizione, delle cadute, del decondizionamento fisico ecc.).

9.1.3. Finalità e strategie

Il Centro Diurno rappresenta un efficace strumento per l'assistenza e il recupero dell'anziano disabile. In presenza di perdita delle capacità funzionali ci si propone, infatti, di sfruttare al massimo le risorse residue dell'ospite mediante programmi riabilitativi, incrementando gli stimoli

esterni, favorendo il rinforzo psicologico e sociale, promuovendo l'aggregazione di gruppo e impedendo l'isolamento. L'assistenza in Centro Diurno, mantenendo l'anziano al proprio domicilio, comporta una maggiore responsabilizzazione della famiglia nel prendersene cura e la coinvolge nell'attuazione del piano di intervento. D'altra parte, per l'anziano stesso, la permanenza in famiglia e/o al proprio domicilio rappresenta un insostituibile fattore di appagamento psico-affettivo; egli, di fatto, ritorna nella sua casa ogni sera, mantenendo costanti i rapporti con un ambiente personalizzato. A seconda della situazione in cui il soggetto si trova può infatti:

- costituire un'alternativa al ricovero in RSA;
- evitare l'ospedalizzazione incongrua o facilitare la dimissione dai reparti ospedalieri;
- offrire alla famiglia un periodo di alleggerimento dal carico assistenziale.

Queste funzioni, oltre a offrire un'assistenza più adeguata, consentono anche di ottenere una riduzione della spesa assistenziale.

9.1.4. L'accesso e la presa in carico

L'ammissione dei soggetti è subordinata alla valutazione preliminare da parte dell'UVM del PUA. Le figure professionali del Centro Diurno, insieme agli operatori delle UVM territoriali, dopo aver individuato i problemi assistenziali per ogni ospite elaborano il piano individuale di intervento, con l'obiettivo del massimo recupero possibile dell'autonomia, e verificano l'attuazione mediante la metodologia del lavoro di equipe. Il Centro favorisce, cura e mantiene costanti rapporti con gli operatori sociosanitari del territorio, al fine di perseguire la realizzazione del piano individuale di trattamento. L'integrazione con la rete dei servizi assistenziali per gli anziani deve essere ugualmente operante ed efficiente sia che i Centri Diurni siano pubblici

sia che siano privati convenzionati.

9.1.5. Le prove di efficacia

Una metanalisi ha dimostrato un effetto benefico del Centro Diurno, in particolare con una riduzione dell'ansia e dell'ostilità del caregiver.

Uno studio condotto su anziani fragili in comunità-alloggio ha messo in evidenza che l'utilizzo del servizio diurno per due o più volte a settimana era associato alla diminuzione del rischio di mortalità in soggetti di sesso femminile, nella fascia di età più giovane (65-74), con punteggi più elevati di ADL (*Activities of Daily Living*), con livello di comorbidità inferiore, depressione, nessuna demenza.

9.2. Centri Diurni Alzheimer

9.2.1. Definizione e tipologia dei pazienti

Più recentemente, in molte Regioni italiane si sono istituiti i Centri Diurni Alzheimer con finalità socio-terapeutico-riabilitative a elevata intensità assistenziale. Il Centro Diurno Alzheimer è una struttura assistenziale intermedia, semiresidenziale, a valenza sanitaria e sociale rivolta prevalentemente a persone anziane affette da sindromi demenziali con elevato decadimento, accompagnato anche da disturbi comportamentali, per le quali sia possibile definire e attivare un programma di "cura" con l'obiettivo del miglioramento delle condizioni di vita dell'assistito e dei suoi familiari.

9.2.2. Servizi offerti

I servizi offerti sono in parte gli stessi previsti per i Centri Diurni per anziani con disabilità generica; in aggiunta, sono previsti programmi specifici di riabilitazione cognitiva, di trattamento dei disturbi comportamentali, di utilizzazione terapeutica dei

Giardini Alzheimer. Anche attività formative-educative rivolte ai familiari e ai caregiver dovranno essere adeguatamente implementate come mezzo per migliorare l'assistenza degli ospiti e ridurre lo stress dei caregiver. Infine, dovranno essere attentamente previste norme e programmi di sorveglianza che garantiscano la sicurezza degli ospiti.

9.2.3. Gli standard e i requisiti strutturali e funzionali

Gli standard e i requisiti strutturali e funzionali dei Centri Diurni Alzheimer sono simili a quelli previsti per i Centri Diurni per anziani con disabilità generica, peraltro, data la maggiore complessità e il conseguente maggiore impegno assistenziale che caratterizzano i pazienti affetti da sindrome demenziale, alcune caratteristiche strutturali e gli standard del Centro Diurno Alzheimer devono essere adeguatamente implementati come indicato nella *Tabella 9.3*. Apposite delibere in questo senso sono state adottate da alcune Autorità Regionali.

Gli operatori professionali previsti per il Centro Diurno Alzheimer sono gli stessi indicati negli

Tabella 9.3 Caratteristiche supplementari dei Centri Diurni Alzheimer

- La superficie interna complessiva deve essere aumentata almeno del 20% rispetto ai Centri Diurni per disabili senza disturbi cognitivi
- Gli spazi interni devono essere disegnati e attrezzati in modo da garantire locali per riposo, pranzo, attività occupazionali, terapie mirate, trattamenti terapeutico-assistenziali differenziati. Inoltre, l'arredamento deve essere scelto in maniera tale da conferire carattere di familiarità e continuità con l'ambiente quotidiano di vita della persona malata
- Deve essere assicurata la continuità tra spazi interni ed esterni. In particolare, è necessaria la presenza di un giardino Alzheimer con specifiche caratteristiche di tipo strutturale e funzionale
- Disponibilità, nei Centri Diurni attigui a RSA, di posti letto per l'emergenza e il sollievo

Standard dei Centri Diurni per anziani con disabilità generica (vedi *Tabella 9.2*), con l'unica differenza della necessità di garantire la presenza della figura professionale dello psicologo e un monte ore giornaliero per ciascuna professionalità più alto rispetto ai Centri Diurni normali.

9.2.4. Finalità e strategie

Le finalità devono perseguire l'obiettivo di un adeguato programma individualizzato di assistenza volto a modificare la storia naturale della malattia, a ridurre i sintomi dei processi degenerativi cognitivi, funzionali e comportamentali, a migliorare le abilità relazionali e sociali, a ridurre lo stress dei caregiver. Il Centro Diurno si integra con gli altri nodi della rete dei servizi territoriali e deve essere affiancato da altre modalità di assistenza integrate, da quelle domiciliari ai ricoveri in RSA.

9.2.5. L'accesso e la presa in carico

I criteri di accesso e di presa in carico nel Centro Diurno Alzheimer sono caratterizzati dalle seguenti modalità:

- valutazione multidimensionale della situazione di bisogno da parte dell'UVM del PUA, a livello distrettuale, accompagnata possibilmente dalla diagnosi differenziale da parte della UVM;
- definizione del programma di cura da parte di una UVM di cui organicamente fanno parte i referenti specialisti espressi dalla o dalle Unità Operative ospedaliere con proiezioni territoriali, concordato e condiviso con i familiari, orientato ai seguenti principi:
 - temporaneità dell'accesso presso il Centro Diurno,
 - organizzazione, attraverso il coordinamento della stessa équipe di operatori del Centro Diurno Alzheimer, di forme assistenziali in-

- tegrate di minore intensità e a domicilio,
- attivazione di gruppi di supporto e formazione del caregiver, con particolare attenzione ai familiari e alle associazioni di volontariato, che spesso collaborano con i processi assistenziali;
- le eventuali graduatorie per l'accesso al servizio dovranno tenere conto delle condizioni di gravità dell'assistito e del livello di stress del nucleo familiare.

9.2.6. Le prove di efficacia

L'assistenza in Centro Diurno di soggetti affetti da demenza si è dimostrata efficace nel ridurre i disturbi del comportamento, che è la manifestazione di maggiore rilievo sia per il paziente sia per il caregiver. In particolare, un recente studio ha potuto dimostrare che due mesi di assistenza in Centro Diurno riducono significativamente sia i disturbi comportamentali dei pazienti sia lo stress del caregiver. Studi controllati, ma non randomizzati, hanno dimostrato, inoltre, che l'assistenza di soggetti affetti da demenza in Centri Diurni postone l'istituzionalizzazione, probabilmente attraverso una riduzione dello stress e dei sintomi depressivi dei caregiver.

9.3. Criticità e possibili soluzioni

I dati ufficiali sulla diffusione e sulla tipologia dei Centri Diurni esistenti in Italia sono scarsi, tuttavia, estrapolando i dati meglio conosciuti di alcune Regioni, si può concludere che tale forma di assistenza è assai poco sviluppata ed è caratterizzata da una distribuzione diseguale da Regione a Regione, con ampi territori del tutto privi di tali

strutture. Se poi si tiene presente il costante aumento dell'aspettativa di vita, con il conseguente e parallelo aumento della prevalenza di soggetti anziani affetti da disabilità e da demenza, tale carenza andrà accentuandosi di anno in anno. La possibile soluzione non può essere altro che un programma nazionale di sviluppo nella diffusione dei Centri Diurni, in particolare nelle aree che ne sono del tutto prive. Trattasi, infatti, di una forma assistenziale di provata efficacia, che riscuote un elevato grado di soddisfazione da parte delle famiglie e, infine, che ha costi assai inferiori rispetto alle forme di assistenza residenziali quali le RSA.

Bibliografia

Kuzuya M, Masuda Y, Hirakawa Y, et al. Day Care service use is associated with lower mortality in community-dwelling frail older people. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 1364-71

Mossello E, Caleri V, Razzi E, et al. Day Care for older dementia patients: favorable effects on behavioral and psychological symptoms and caregiver stress. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 1066-72

Quayhagen MP, Quayhagen M, Corbeil RR, et al. Coping with dementia: evaluation of four nonpharmacologic interventions. *Int Psychogeriatr* 2000; 12: 249-65

Wimo A, Mattsson B, Adolfsson R, et al. Dementia day care and its effects on symptoms and institutionalization – a controlled Swedish study. *Scand J Prim Health Care* 1993; 11: 117-23

Zarit SH, Stephens MAP, Townsend A, et al. Stress reduction for family caregivers: effects of adult day care use. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998; 53: S267-77

10. La discriminazione dell'anziano in campo sanitario: il rischio dell'ageismo

10.1. Introduzione

L'aumento della popolazione anziana nelle società moderne e avanzate è una delle conquiste del nostro tempo, anche se non sempre ne vengono colti i vantaggi. Se, infatti, da una parte il progressivo invecchiamento della popolazione è una delle conseguenze del miglioramento delle condizioni socio-sanitarie, dall'altra il numero crescente di anziani ha determinato un aumento delle richieste in campo medico e ha messo in discussione la stessa organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. La continua crescita del numero di individui in età geriatrica ha portato, infatti, a una modificazione dell'attuale scenario di cura e a un conseguente e parallelo incremento sia della necessità di processi assistenziali, a lungo termine, multidisciplinari, personalizzati e in grado di garantire la continuità ospedale-territorio-servizi sociali (presa in carico del malato), sia dell'utilizzo delle risorse in campo sanitario (risorse umane, strutturali, economiche ecc.) da parte di questa fascia di età. Questi cambiamenti, in associazione alla mancanza di dati "evidence-based" sulla popolazione anziana e alla necessità di razionalizzare le risorse sanitarie limitate, hanno contribuito a creare atteggiamenti discriminatori nei confronti degli anziani. Tali atteggiamenti sono legati, in

parte, anche alla progressiva perdita di ruolo dell'anziano nella società e hanno contribuito all'isolamento e alla "svalutazione" di questa figura. Negli Stati Uniti, Butler nel 1969, per primo, ha introdotto il termine di "ageism" (ageismo), per indicare un atteggiamento stereotipato e discriminante della società nei confronti degli individui anziani.

In Italia, qualche anno dopo, nel 1973, Sordi, allievo del Prof. Antonini, coniava il termine di "geragogia" con l'intento di contrastare questa nuova forma di discriminazione e di riproporre un'idea della vecchiaia quale occasione di ulteriore crescita, non soltanto per il singolo ma per l'intera collettività.

10.2. Definizione di ageismo

L'ageismo è un fenomeno definito come "un processo sistematico di stereotipia e discriminazione contro le persone, per la loro condizione di essere anziane, allo stesso modo dei termini discriminatori di razzismo e sessismo". Nella *Tabella 10.1*

Tabella 10.1 Aspetti fondamentali che caratterizzano il fenomeno dell'ageismo

- Attitudini pregiudiziali contro gli anziani
- Azioni di discriminazione
- Pratiche istituzionali perpetranti gli stereotipi sugli anziani

sono riportati gli aspetti fondamentali che caratterizzano questo fenomeno.

Nonostante la popolazione mondiale sia sempre più anziana, l'ageismo, rispetto alle altre forme di razzismo, ha avuto sinora minore attenzione.

In medicina l'invecchiamento è istintivamente associato alla presenza inevitabile di patologie e riduzione dello stato di salute. Ne consegue che la figura dell'anziano è associata, spesso impropriamente, ai concetti di disabilità e fragilità, a indicare che nell'immaginario collettivo lo stereotipo di anziano è quello di un individuo non indipendente e con deficit funzionali e/o cognitivi.

Per contrastare questo stereotipo, stante il progressivo incremento del numero di anziani con mantenute capacità cognitive e autonomia funzionale, si è arrivati a parlare di invecchiamento di successo ("healthy aging" o "aging well"). Quest'ultimo sembra rappresentare, infatti, una forma di invecchiamento inusuale (l'eccezione piuttosto che la regola). Nel 2002, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha proposto il nuovo concetto di invecchiamento attivo ("active ageing"), che estendendo quello di "healthy ageing" promuove la rea-

lizzazione di un processo di ottimizzazione delle potenzialità fisiche, mentali, sociali ed economiche dell'anziano. Queste considerazioni creano le condizioni per implementare varie strategie di gestione dell'invecchiamento sia nelle forme fisiologiche che in quelle patologiche.

D'altro canto, nell'età avanzata si configurano quadri clinici complessi, a causa della contemporanea presenza nello stesso individuo di più malattie (multimorbilità), spesso ad andamento cronico, ma non necessariamente disabilitanti. Di fronte a tali quadri clinici, lo specialista geriatra ha il ruolo di individuare la patologia preminente, di trattarla o fronteggiarla, nel tentativo di impedire la perdita dell'autonomia funzionale. Per realizzare tale intervento occorre possedere una profonda cultura geriatrica che sia in grado di contrastare ogni forma strisciante di ageismo (*Figura 10.1*).

Il concetto di ageismo ha avuto nel tempo varie riformulazioni, ma a oggi il suo significato non si è modificato; una delle definizioni più recenti conferma che il termine ageismo è utilizzato per descrivere gli stereotipi e i pregiudizi sulle persone anziane a causa della loro età.

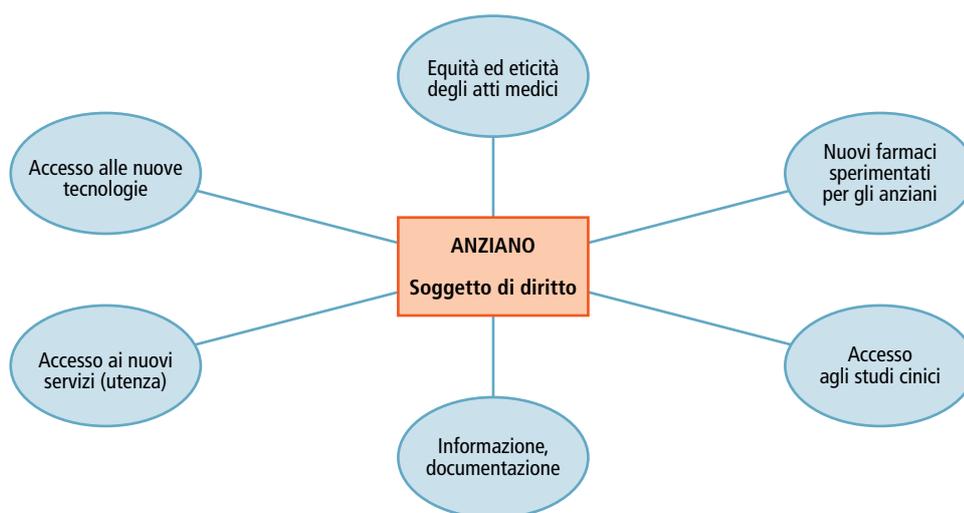


Figura 10.1 Elementi di priorità per contrastare l'ageismo in campo sanitario.

10.3. Tipologie di ageismo

La discriminazione legata all'età in ambito sanitario si può estrinsecare in: *diretta*, in cui l'atto discriminatorio è facilmente riconoscibile in quanto conduce alla negazione di un diritto a causa dell'età, per esempio un adeguato trattamento o la disponibilità di cure e/o servizi; *indiretta*, in cui il fattore età contribuisce a influenzare le scelte o gli atteggiamenti nei confronti degli anziani. Sebbene la discriminazione indiretta non sia immediatamente riconoscibile, molte sono le modalità con cui si può manifestare in campo medico. Queste sono prevalentemente legate all'organizzazione dell'attuale modello assistenziale, sia per l'accesso ai reparti per acuti o di riabilitazione, sia per la gestione a lungo termine, compresa la formazione del personale sanitario.

Per esempio, l'adozione dei DRG (*diagnosis-related group*) sta facendo emergere nelle fasce di popolazione più deboli, *in primis* gli anziani, una serie di problematiche legate alla complessità clinica che dovranno essere adeguatamente studiate e affrontate. L'inappropriata riduzione della lunghezza della degenza media in ospedale – per lo più legata all'adozione del sistema DRG – o il suo altrettanto inappropriato prolungamento – secondario a un rallentamento del processo diagnostico intra-ospedaliero o a carenze nella rete di assistenza familiare e territoriale efficace ed efficiente – può avere conseguenze avverse per i pazienti più anziani. Questi possono richiedere, rispetto ai pazienti più giovani, un tempo medio più lungo per il recupero funzionale, in seguito a un intervento chirurgico o a una malattia acuta, prima della presa in carico da parte delle famiglie e, ove necessario, delle strutture e dei servizi integrati territoriali. Inoltre, la presenza di multimorbilità può rendere necessario un intervento specialistico teso a individuare la patologia a rischio di determinare perdita dell'au-

tonomia funzionale, al fine di prevenire la comparsa di disabilità. Soprattutto nei contesti in cui non sono disponibili strutture intermedie per aiutare il recupero e la riabilitazione al di fuori dell'ospedale, i pazienti più anziani, specialmente quelli che vivono da soli, possono essere a rischio di disabilità. Inoltre, l'insufficiente attuale disponibilità dell'offerta riabilitativa, finalizzata al recupero delle abilità perse, ha contribuito a discriminare la popolazione anziana a favore di quella più giovane, sebbene la prima tragga un simile, o addirittura maggiore, beneficio dal processo riabilitativo.

Altre forme di ageismo indiretto sono legate al comportamento del personale sanitario, in ambito sia di assistenza pubblica sia di quella privata, nei confronti dei pazienti anziani rispetto a quelli giovani. Per esempio, è stato evidenziato che i medici dedicano un tempo minore al paziente anziano; forniscono informazioni meno dettagliate o utilizzano un linguaggio meno tecnico; si rivolgono ai familiari piuttosto che all'anziano malato; sono propensi a sottovalutare e attribuire i sintomi clinici dichiarati dal malato anziano come facenti parte dell'"inevitabile" processo di invecchiamento, piuttosto che come espressione di malattia. Parallelamente, anche il personale di assistenza ha spesso riluttanza a lavorare con gli anziani ed è meno disposto a soddisfare le norme basilari di nutrizione e igiene personale di questi pazienti. Tra le conseguenze più temibili degli atteggiamenti ageisti vi è da considerare il rischio di varie forme di abuso (menzionate successivamente nel presente *Capitolo*), in particolare nei confronti di coloro che sono affetti da demenza, da parte non solo dei familiari ma anche, talvolta, del personale assistenziale.

L'età rappresenta una delle variabili principali in grado di influenzare l'accesso ai programmi di prevenzione e promozione della salute. La popo-

Tabella 10.2 Esempi di ageismo in campo medico

Diretto	Indiretto
Inadeguata erogazione di: <ul style="list-style-type: none"> • trattamento • cure • servizi 	Inappropriata durata della degenza in ospedale
	Utilizzo di un linguaggio meno tecnico da parte del personale di assistenza
	Medici che: <ul style="list-style-type: none"> • dedicano un tempo minore al paziente anziano • si rivolgono ai familiari invece che all'anziano malato • sottovalutano i sintomi clinici dichiarati dal malato anziano
	Minore accesso a programmi di prevenzione e promozione della salute
	Minore accesso ai centri di riabilitazione
	Ridotto reclutamento negli studi clinici

lazione anziana ha, infatti, una probabilità minore di essere il destinatario di programmi di screening nel campo delle malattie cardiovascolari e dei tumori, sebbene queste patologie colpiscano oltre il 70% degli ultrasessantacinquenni e ne rappresentino rispettivamente la prima e la seconda causa di morte (dati Istat). La pianificazione di adeguati programmi di prevenzione e promozione della salute anche nella popolazione anziana sarebbe invece in grado di formulare diagnosi precoci e, mediante interventi mirati, prevenire le conseguenze di tali patologie, che rappresentano, fra l'altro, una delle maggiori cause di disabilità e di cure a lungo termine e che incidono per il 70% sui costi della spesa sanitaria (*Tabella 10.2*).

10.4. Ageismo e tecnologie

L'ageismo può avere un ruolo sia nello sviluppo della tecnologia in campo medico sia nell'utilizzo di questa da parte dell'anziano. Se, da una parte, le esigenze che la persona anziana potrebbe avere in presenza di limitazioni funzionali e/o cognitive non vengono ancora prese in adeguata considera-

zione nella fase progettuale delle tecnologie moderne, dall'altra la diffidenza dell'anziano nei confronti della reale utilità di tali tecnologie rappresenta una delle principali barriere al loro utilizzo. Un esempio è il mancato utilizzo da parte degli anziani di ausili tecnologici che potrebbero migliorare lo stato fisico o funzionale (es. l'uso dell'apparecchio acustico, l'uso degli ausili ortopedici). Al riguardo, va segnalato, tuttavia, che alcune esperienze recenti nell'ambito della domotica e della robotica applicata all'anziano hanno dimostrato che il precoce coinvolgimento degli anziani e dei loro familiari nel disegno preliminare di tecnologie e sistemi che siano rispondenti a specifici bisogni è un pre-requisito fondamentale affinché tali tecnologie innovative non solo siano ben accettate, ma anche richieste come strumenti in grado di migliorare sensibilmente la qualità di vita, la qualità dell'assistenza e la sicurezza dell'anziano.

Tuttavia, una delle più importanti conseguenze della discriminazione legata all'età nell'ambito della tecnologia è la limitazione all'utilizzo di presidi diagnostici o terapeutici a causa dell'ageismo. Tale conseguenza può rendersi evidente nelle si-

tuazioni in cui, a causa di una disponibilità limitata per motivi sia organizzativi sia economici, l'utilizzo della tecnologia venga stabilito sulla base del concetto che il beneficio ottenibile in un paziente giovane è maggiore rispetto a quello ottenibile in un paziente anziano. Infatti, l'accesso a strumenti ad alto contenuto tecnologico e/o apparecchi di diagnostica per immagini avanzati [risonanza magnetica (RM), tomografia a emissione di positroni (*positron emission tomography*, PET) ecc.], in presenza delle medesime indicazioni cliniche, è applicato più raramente nel percorso diagnostico/terapeutico di pazienti anziani rispetto ai soggetti di età inferiore ai 65 anni.

10.5. Ageismo e ricerca clinica

Un'altra manifestazione dell'ageismo in campo biomedico che può limitare l'accesso ai benefici dei progressi bio-tecnologici da parte degli anziani è la ridotta partecipazione di questa fascia di popolazione nella ricerca scientifica. Gli studi clinici condotti sinora hanno coinvolto, infatti, un numero inadeguato di individui anziani e con caratteristiche cliniche scarsamente rappresentative della popolazione anziana del mondo "reale". Inoltre, non si può non tenere in considerazione che: l'anziano va incontro a una serie di cambiamenti fisiologici che possono modificare la risposta ai farmaci e aumentare la probabilità di reazioni avverse (ADR); l'anziano ha una maggiore probabilità di avere multimorbilità, che possono complicare o interferire con la presentazione delle malattie e portare all'utilizzo di terapie farmacologiche multiple che, a loro volta, possono aumentare la possibilità di interazioni farmacologiche.

Secondo le linee guida del *National Commission for the Protection of Human Subjects*, la partecipazione nelle sperimentazioni cliniche è basata su tre condizioni:

- il consenso informato;
- i benefici devono superare i rischi;
- la sollecitazione alla partecipazione deve essere chiara ed equa.

Sebbene queste condizioni possano aver condizionato il reclutamento negli studi clinici sui pazienti anziani (nell'erronea convinzione che questi possano avere più difficoltà a comprendere il consenso informato e/o a partecipare a un *trial* clinico e che i rischi superino i benefici), i principali fattori che ne hanno precluso l'arruolamento sono stati l'utilizzo dei più comuni criteri di esclusione, quali l'adozione di un limite superiore di età (in genere 75 anni), la presenza di insufficienza d'organo e/o multimorbilità, l'assunzione di politrattamenti. Ne consegue che, nonostante le malattie cardiovascolari e il cancro rappresentino le due più frequenti cause di mortalità in età geriatrica, a causa del numero e delle caratteristiche cliniche dei pazienti arruolati, i risultati clinici non sono automaticamente applicabili alla popolazione anziana del mondo reale. Per esempio, sebbene la prevalenza di tumore nelle persone con un'età superiore a 65 anni sia pari al 63%, solo il 25% di anziani ha partecipato a studi clinici sul trattamento del cancro.

L'inadeguato reclutamento degli ultrasessantacinquenni nella ricerca bio-medica, nonostante questi rappresentino la fascia di popolazione che richiede il maggiore accesso sia alle cure sia all'uso di farmaci, e le numerose peculiarità che contraddistinguono i pazienti anziani hanno portato alla mancanza di dati basati sulle evidenze e alla conseguente inadeguatezza e inapplicabilità delle linee guida alla popolazione anziana e hanno contribuito a precludere, sulla base del fattore età, l'impiego di trattamenti innovativi in questa fascia di popolazione.

A oggi, quindi, la considerazione che il paziente anziano è "fragile" o troppo complesso per essere

arruolato negli studi clinici è praticamente ed eticamente inaccettabile e deve essere superata, al fine di avere in futuro dati basati sulle evidenze scientifiche. Tuttavia, va sottolineato che oggi tale reclutamento è possibile in considerazione della disponibilità di specifici indicatori – disegnati in accordo con i principi della VMD geriatrica – in grado di aggiustare i risultati di *trials* clinici o studi osservazionali dedicati agli anziani per tutte le possibili variabili di confondimento. Recentemente, nell'ambito di un progetto europeo, è stata elaborata una carta dei diritti degli anziani alla partecipazione agli studi clinici (PREDICT).

Se, infatti, l'obiettivo del Servizio Sanitario Nazionale è di “prendere decisioni sulla base delle prove disponibili”, allora anche la mancata trasferibilità dei risultati dei *trials* clinici nella popolazione anziana rappresenta una fonte di discriminazione indiretta nei confronti di questa fascia di età. Tale problematica è all'attenzione dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), che ha costituito un gruppo di studio (*Geriatric Working Group*) con lo scopo preminente di promuovere l'inserimento della popolazione anziana nelle sperimentazioni cliniche.

10.6. Ageismo e abuso

Sebbene l'origine degli atti di abuso riconosca cause diverse, il fattore età, soprattutto in associazione a disabilità e/o disturbi dello stato cognitivo, può essere una delle cause di abuso nei confronti degli anziani. Secondo la definizione adottata dall'INPEA (*International Network for the Prevention of Elder Abuse*), si definisce abuso ogni “singolo o ripetuto atto, o mancanza di un atto appropriato, che si manifesta tra persone legate da una relazione di fiducia, che causa all'anziano danno o sofferenza”. Le possibili tipologie di abuso sono: fisica (con dolore e danni fisici),

emotiva e psicologica (umiliazione, minacce), finanziaria (furti, estorsioni, eredità anticipate), sessuale. Inoltre, vi è anche una forma di abuso subdola, ma frequente, rappresentata dalla “violenza per omissione”, ossia la negligenza verso l'anziano o il suo abbandono da parte di coloro, familiari e operatori assistenziali, che sarebbero tenuti ad assicurare un livello dignitoso di vita delle persone anziane accudite. Gli atti di abuso sugli anziani si possono manifestare non solo al domicilio, da parte di familiari o “badanti”, ma anche su quelli residenti in strutture di ricovero (o presidi socio-assistenziali). Tra le forme di abuso più diffuse in questo contesto spiccano l'uso improprio di misure di contenzione fisica (es. il fissaggio coatto della persona) o farmacologica (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2006), ma anche maltrattamenti fisici, verbali e psicologici. Tra le cause principalmente addotte al riguardo da sottolineare l'insufficienza di personale e il basso livello professionale e remunerativo che lo caratterizza.

10.7. Conclusioni

Qualsiasi tipo di decisione basata sull'età o che prenda in considerazione valutazioni economiche, quali l'analisi dei costi effettivi, a ogni livello della pratica clinica, è generalmente riferibile all'ageismo. La necessità di razionalizzare le limitate risorse sanitarie ha portato, infatti, alla discriminazione delle fasce con età avanzata sulla base della “credenza” che tanto maggiore è l'età, tanto maggiori sono i costi da erogare a fronte di una minore aspettativa di vita. Tuttavia, qualsiasi forma di discriminazione basata sull'età in medicina è eticamente inaccettabile e deve essere bandita.

Per tale motivo, molti Paesi, come Irlanda, Belgio, Inghilterra e Stati Uniti, hanno formulato leggi appropriate contro la discriminazione per età. Per contrastare l'ageismo e promuovere i processi te-

rapeutici più appropriati è necessario considerare i costi di ogni prestazione, con un impiego oculato delle risorse, in modo da garantire anche al paziente anziano prestazioni efficaci ed efficienti. Pertanto è auspicabile che, in ambito ospedaliero e territoriale, possa essere realizzato un maggiore coinvolgimento del geriatra che, mediante il proprio intervento specialistico e l'applicazione della VMD, possa contribuire al corretto utilizzo delle risorse, soprattutto qualora le ricerche e la sperimentazione clinica fossero estese anche ai soggetti di età superiore ai 70 anni, al fine di validare e legittimare le terapie e la medicina dell'evidenza. La comune associazione dell'invecchiamento con l'inevitabile insorgenza di malattie ha fatto sì che la comunità abbia avuto maggiore familiarità con il concetto di invecchiamento patologico, piuttosto che con quello di invecchiamento di successo. Il Servizio Sanitario Nazionale è chiamato a rigettare ogni forma di ageismo, estraneo alla nostra cultura e ai nostri comportamenti, considerato che la Costituzione Italiana e il Codice Deontologico sanciscono l'equità del diritto di accesso alle cure e bandiscono ogni forma di discriminazione basata sull'età o sulla condizione psicofisica del paziente.

10.8. Raccomandazioni

Sono auspicabili:

- l'istituzione di organismi di sorveglianza con compiti non tanto ispettivi quanto di rimozione del rischio di esposizione a fenomeni di ageismo per contrastare ogni forma, anche subdola, di discriminazione;
- la sensibilizzazione di tutti gli operatori sanitari addetti all'assistenza delle persone anziane;
- la formazione permanente di tutte le figure professionali dedicate all'assistenza, cura e riabilitazione dell'anziano, nel percorso integrato ospedale-territorio e viceversa;
- la promozione di un "healthy and active" ageing.

La medicina non può essere influenzata dalla discriminazione basata sull'età. Un tale atteggiamento non può che condurre a una perdita prematura dell'autonomia, aumenta la disabilità e la mortalità e determina spesso l'insorgenza di uno stato depressivo nei soggetti anziani che, altrimenti, continuerebbero a condurre una vita più produttiva, più soddisfacente e più sana.

Bibliografia

Appendix B, <http://ist-socrates.berkeley.edu/~aging/ModuleAgeism.html>. Ultima consultazione: novembre 2010

Bowling A. Honour your father and mother: Ageism in medicine. *Br J Gen Pract* 2007; 57: 347-8

Butler RN. Ageism: another form of bigotry. *Gerontologist* 1969; 9: 243-6

Chadwick R, Levitt M. When drug treatment in the elderly is not cost effective. An ethical dilemma in an environment of healthcare rationing. *Drugs Aging* 1995; 7: 416-9

Cuddy A, Fiske ST. *Doddery but Dear: Process, Content and Function in Stereotyping of Older Persons*. In Nelson T (Ed). *Ageism, Stereotyping and Prejudice Against Older Persons*, Massachusetts, Institute of Technology 2002

Grant LD. Effects of Ageism on Individual and Health Care Providers' Responses to Healthy Aging. *Health Social Work* 1996; 21: 9-15

Guralnik JM, Seeman TE, Tinetti ME, et al. Validation and use of performance measures of functioning in a non-disabled older population: MacArthur studies of successful aging. *Aging* 1994; 6: 410-9

Evers W, Tomic W, Brouwers A. Aggressive behaviour and burnout among staff of homes for the elderly. *Int J Ment Health Nurs* 2002; 11: 2-9

- Haug MR, Ory MG. Issues in Elderly Patient-Provider Interactions. *Res Aging* 1987; 9: 3-44
- Hutchins LF, Unger JM, Crowley JJ, et al. Underrepresentation of Patients 65 years of age or older in cancer-treatment trials. *N Engl J Med* 1999; 341: 2061-7
- Nelson T. *Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older People*. Cambridge: MIT Press 2002
- Nygaard KS. Staff attitudes towards institutionalized dementia residents. *J Clin Nurs* 2009; 18: 2383-92
- Palmore E, Branch L, Harris D. *Encyclopedia of Ageism*. Binghamton, NY: Haworth Pastoral Press: Haworth Reference Press 2005
- Parmelee PA, Thuras PD, Katz IR, Lawton MP. Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 130-7
- Pew R, Van Hemel SB. *Technology for Adaptive Aging*. Washington, DC. National Academies Press 2004
- Pilotto A, Ferrucci L, Franceschi M, et al. Development and validation of a multidimensional prognostic index for one-year mortality from comprehensive geriatric assessment in hospitalized older patients. *Rejuvenation Res* 2008; 11: 151-61
- Ray S, Sharp E, Abrams D. *Ageism: a benchmark of public attitudes in Britain*. London: Age Concern England 2006
- Robinson B. *Ageism*. California: University of California Press, 1994
- Robinson L, Brittain K, Lindsay S, et al. Keeping In Touch Everyday (KITE) project: developing assistive technologies with people with dementia and their carers to promote independence. *Int Psychogeriatr* 2009; 21: 494-502
- Rohan ER, Berkman 8, Walker S, et al. The Geriatric Oncology Patient: Ageism in Social Work Practice. *J Gerontol Social Work* 1994; 23: 201-21
- Whelan J. *Equal Access to cardiac rehabilitation*. Age Concern England 1998
- www.predicteu.org/. Ultima consultazione: novembre 2010

11. Anziani e farmaci

11.1. Introduzione

Il notevole incremento delle fasce d'età più avanzate nei Paesi industrializzati è un fenomeno ben noto. Questa tendenza demografica, insieme con i progressi della medicina, ha ampliato il numero di persone affette da patologie croniche multiple e trattate con regimi polifarmacologici complessi. Per esempio, circa la metà dei beneficiari Medicare negli Stati Uniti assume regolarmente 5 o più farmaci. Ottimizzare il trattamento in presenza di condizioni di comorbidità multiple può essere un compito estremamente arduo, e ciò è particolarmente vero per ciò che riguarda gli anziani, poiché tutti gli elementi sui quali solitamente si basano le decisioni terapeutiche (es. evidenze scientifiche, indicazioni provenienti dalle linee guida, benefici attesi, rischi previsti) hanno un'utilità limitata in questa popolazione. Infatti, i pazienti anziani con comorbidità multiple sono spesso esclusi dai *trials* clinici randomizzati (*randomized controlled trial*, RCT) e, di conseguenza, le evidenze provenienti da questi studi non possono essere generalizzabili a questa popolazione. Nonostante le numerose iniziative mirate a incrementare l'inclusione dei pazienti anziani negli RCT sia in Europa sia negli Stati Uniti, questo problema è ancora lontano dall'essere risolto e si riflette inevitabilmente anche sulla generalizzabilità ai pa-

zienti anziani delle linee guida di pratica clinica, che sono basate proprio sull'evidenza proveniente dagli RCT e dalle metanalisi.

La questione è ancora più complessa se si considera che le informazioni sulla sicurezza dei farmaci nella popolazione anziana sono molto scarse: generalmente gli RCT non sono progettati per avere sufficiente potenza nel rilevare il rischio di reazioni avverse (*adverse drug reaction*, ADR) e quindi solo i dati provenienti da studi osservazionali (con tutti i loro limiti intrinseci) possono essere d'aiuto. È infatti proprio grazie ad alcuni importanti studi osservazionali che si è potuto rilevare, per esempio, il rischio di ospedalizzazione per iperkaliemia legato all'impiego di diuretici risparmiatori di potassio in pazienti affetti da scompenso cardiaco, o i problemi di *safety* riscontrabili con gli antipsicotici tipici o atipici nel trattamento dei disturbi del comportamento in pazienti anziani affetti da demenza.

Peraltro, applicare le linee guida per singola patologia al paziente anziano è comunque problematico. Infatti, le raccomandazioni delle linee guida sono generalmente mirate alla singola malattia, e nella quasi totalità dei casi non tengono in considerazione la coesistenza di altre patologie croniche e dei relativi trattamenti farmacologici. Di conseguenza, un approccio mirato alla semplicistica applicazione delle linee guida per patologia in pa-

zienti anziani con comorbidità multiple può avere l'effetto "indesiderato" di indurre alla prescrizione di regimi polifarmacologici complessi, con incremento notevole del rischio di interazioni farmaco-farmaco o farmaco-patologia.

Obiettivo di questa sezione è presentare lo stato dell'arte nella prescrizione farmacologica in ambito geriatrico e fare il punto sulle problematiche ancora aperte che rappresenteranno le priorità della ricerca scientifica di settore nel prossimo futuro.

11.2. Stato dell'arte nella ricerca farmacologica in ambito geriatrico

La consapevolezza delle differenze esistenti fra i risultati di un trattamento eseguito in condizioni sperimentali e quelli osservabili nella pratica reale ha indotto gli anglosassoni a coniare due termini distinti: *efficacy*, che è l'efficacia di un intervento nella fase sperimentale, ed *effectiveness*, o efficacia dello stesso intervento nella medicina clinica.

Riferita ai farmaci, l'*efficacy* può essere definita come l'entità, la grandezza, la rilevanza di un determinato effetto clinico prodotto da un medicinale in condizioni ideali, come nel corso di un RCT; l'*effectiveness* è invece l'entità, la grandezza, la rilevanza di un effetto clinico di fatto osservabile con lo stesso medicinale in condizioni di reale pratica assistenziale. È evidente che l'*effectiveness* di un farmaco non può essere misurata nel contesto degli RCT, in quanto definita da numerose variabili, talora imprevedibili, ma quasi sempre non considerate a priori dagli RCT, caratteristiche e specifiche della pratica clinica quotidiana del mondo reale (*real world medicine*). Tali variabili originano in massima parte da particolari caratteristiche dei pazienti, soprattutto se anziani (coesistenza di numerose patologie croniche, disabilità, disturbi cognitivi e/o dell'umore che possono limitare l'aderenza, regimi polifarmacologici complessi), ma anche da attitu-

dini, opinioni e orientamenti dei clinici, che non sono o non possono essere previsti e tenuti in debita considerazione all'interno degli RCT. A titolo di esempio si consideri la dimostrazione dell'efficacia e della sicurezza dei farmaci inalatori per il trattamento della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) negli RCT su vasta scala e la si confronti con la dimostrazione che circa il 40% dei pazienti anziani con BPCO ha una tecnica inalatoria subottimale (principalmente a causa della presenza di deficit della funzione cognitiva) che li espone, in assenza di un training che coinvolga anche il caregiver, ai rischi conseguenti al sottotrattamento (aumento delle riacutizzazioni, dell'uso di risorse e della mortalità).

Pertanto, mentre i pazienti anziani più complicati (quelli cioè che è possibile visitare ogni giorno in qualsiasi ambulatorio o reparto ospedaliero) continuano a essere sistematicamente esclusi dai grandi *trials*, l'osservazione clinica di tali pazienti suggerisce l'estrema urgenza di confermare (o confutare) in popolazioni di età avanzata i risultati dei *trials* condotti in popolazioni più giovani, allo scopo di aumentare l'efficacia e la sicurezza dei complessi regimi polifarmacologici cui tali popolazioni sono esposte.

Alla luce di queste considerazioni emerge anche la necessità di modificare in maniera sostanziale l'approccio e il disegno degli studi sui farmaci da utilizzare negli anziani. Infatti, un elemento cruciale nel prossimo futuro sarà rappresentato dalla capacità di fornire agli anziani risposte farmacologiche più sicure ed efficaci in condizioni di *real world medicine*. Mentre la ricerca scientifica spinge per ottenere un reale incremento del numero di pazienti anziani arruolati nei *trials* clinici, un altro aspetto non meno rilevante nell'evoluzione della ricerca farmacologica in ambito geriatrico è certamente rappresentato dall'utilizzo della valutazione multidimensionale geriatrica nella metodo-

logia e nel disegno degli RCT. La Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD) è lo strumento attraverso il quale vengono identificati e spiegati i molteplici bisogni dell'individuo anziano, ne vengono valutate le limitazioni e le risorse, vengono definite le sue necessità assistenziali e viene elaborato un programma di cura complessiva per commisurare gli interventi a tale necessità. Elemento caratterizzante della VMD è l'interdisciplinarietà, in quanto la sua applicazione prevede l'intervento contemporaneo su ciascun paziente di diverse figure professionali e la possibilità attraverso la sua applicazione sistematica di verificare l'efficacia degli interventi terapeutici e assistenziali; identificare precocemente modificazioni dello stato di salute; individuare precocemente i segni di evoluzione verso la fragilità. A proposito dell'impatto che la VMD può avere sull'approccio farmacologico al trattamento del paziente anziano, è interessante notare come in alcuni settori della medicina tale strumento sia stato accolto in maniera molto favorevole e abbia permesso di migliorare i risultati del trattamento in pazienti anziani oncologici diabetici, cardiopatici, nonché in pazienti affetti da dolore neuropatico. Se l'utilizzazione della VMD negli RCT sembra rappresentare una strategia potenzialmente efficace, una sua utilizzazione su scala più ampia, insieme con l'inserimento negli RCT dei pazienti anziani con comorbidità multiple, potrebbe dare un importante contributo sulla reale applicabilità degli interventi farmacologici nella pratica clinica reale. Infine, un'importante sfida direttamente connessa all'impiego della VMD è il tentativo di fornire linee guida per l'utilizzazione di outcome funzionali nei futuri *trials* che la Geriatria programma di disegnare sulla base di due obiettivi prioritari: migliorare lo stato funzionale degli anziani e individuare i trattamenti in grado di ridurre la prevalenza di fragilità e disabilità.

11.3. Stato dell'arte su farmaci e anziano: aspetti problematici

11.3.1. Le reazioni avverse a farmaci

Gli studi osservazionali, condotti su migliaia di pazienti in una prospettiva di pratica clinica reale, permettono anche di evidenziare con maggiore probabilità possibili effetti indesiderati rari, non osservabili nel corso di RCT proprio per il numero più limitato di soggetti in essi generalmente inclusi. È certamente questo uno tra i settori di ricerca geriatrica più proficui in Italia.

I dati del Gruppo Italiano di Farmacovigilanza nell'Anziano (GIFA) hanno dimostrato inequivocabilmente che il numero di farmaci assunti rappresenta il più importante fattore di rischio per ADR, sia considerando come outcome le ADR come causa di ricovero, sia considerando le ADR incidenti che si verificano durante la degenza, mentre l'età non rappresenta, di per sé, un fattore di rischio indipendente, ma si associa a rilevanti modificazioni della farmacocinetica e della farmacodinamica che predispongono il paziente anziano a un maggiore rischio. I principali problemi nella definizione del rischio di ADR nel paziente anziano sono quindi rappresentati dalla polifarmacoterapia e dalle alterazioni della farmacocinetica/farmacodinamica.

Sebbene il termine polifarmacoterapia sia entrato nell'uso comune, soprattutto nel campo della Geriatria clinica, una sua definizione univoca di fatto non esiste. Nella letteratura scientifica è possibile trovare definizioni diverse: l'uso di 4 o più farmaci, l'uso di farmaci senza una chiara indicazione clinica o, più frequentemente, l'uso di 5 o più farmaci. Quest'ultima definizione sembra essere quella più utile sul piano clinico, visto che al di sopra della soglia di 4 farmaci contemporaneamente assunti il rischio di reazioni avverse a farmaci aumenta in ma-

niera significativa e indipendentemente da altre variabili. I dati epidemiologici sull'argomento forniscono stime inevitabilmente disomogenee, a seconda della definizione di polifarmacoterapia utilizzata e della popolazione studiata. In ogni caso, si stima che un regime polifarmacoterapico sia seguito dal 20-50% dei pazienti ultrasessantacinquenni e che tale proporzione sia aumentata nel corso degli ultimi decenni. Le principali ragioni di questo incremento progressivo della prevalenza di polifarmacoterapia in età geriatrica vanno ricercate nella comorbidità, nell'incremento della richiesta di salute anche nelle fasi più avanzate della vita, nell'enorme avanzamento delle conoscenze sui benefici di alcuni trattamenti terapeutici per patologie a elevata prevalenza e nell'eccesso di prescrizione. Tuttavia, altri fattori possono contribuire a un incremento del numero di farmaci assunti. Tra questi, gli stessi eventi avversi causati da farmaci devono essere menzionati come possibile causa di prescrizione a cascata quando un evento avverso viene erroneamente identificato come un nuovo problema medico e un nuovo farmaco viene prescritto per il suo trattamento. Vi è poi da considerare che, tra le cause di questo progressivo aumento della complessità dei regimi polifarmacoterapici, vanno annoverate le stesse raccomandazioni prodotte da alcune linee guida che, per alcune patologie croniche molto frequenti nell'anziano, suggeriscono regimi terapeutici composti da 2 o più farmaci per un trattamento ottimale. Infine, la promozione pubblicitaria, mirata direttamente al consumatore, di farmaci utili per il trattamento di patologie quali osteoporosi, artrosi, dislipidemia e demenza può anch'essa contribuire ad aumentare la frequenza di polifarmacoterapia.

L'impiego di un regime polifarmacoterapico complesso può trovare giustificazione nella buona pratica clinica quando è in grado di determinare una condizione di benessere e/o un miglioramento significativo della salute e dello stato funzionale tale da

produrre un invecchiamento in buone condizioni generali. Tuttavia, bisogna sempre considerare che lo stesso regime polifarmacoterapico aumenta il rischio di eventi avversi, interazioni farmacologiche e ridotta compliance. Il ricovero in ospedale sembra poi essere una causa maggiore di incremento della polifarmacoterapia. Infatti, il numero di farmaci assunti da pazienti anziani ospedalizzati aumenta dal momento del ricovero alla dimissione di 1 unità, passando mediamente da 3 a 4, e i correlati principali della prescrizione di più di 6 farmaci alla dimissione sono l'uso di regimi polifarmacoterapici prima del ricovero, la comorbidità complessiva e alcune patologie croniche, quali diabete, scompenso cardiaco, BPCO, insufficienza renale e depressione. Sulla base di tutte queste considerazioni assume particolare rilevanza la recente dimostrazione che il verificarsi di almeno una reazione avversa a farmaco durante la degenza ospedaliera è correlato indipendente del declino funzionale dal momento del ricovero a quello della dimissione misurato in termini di variazione della performance nello svolgimento delle attività basali della vita quotidiana. Questo dato, insieme alle sopracitate evidenze sul rapporto tra numero di farmaci e rischio di reazioni avverse, suggerisce la prioritaria necessità di compiere sforzi per contrastare la polifarmacoterapia quando questa non è giustificata da appropriata indicazione. L'uso di farmaci non necessari come causa di polifarmacoterapia è un fenomeno tutt'altro che raro. La prevalenza di utilizzo di almeno un farmaco non necessario varia tra il 44% e il 64% in casistiche geriatriche, e in una percentuale variabile tra il 7% e il 16% è possibile rilevare duplicazioni terapeutiche nel regime farmacologico seguito dal paziente. Solo un approccio strutturato di VMD è in grado di ridurre la polifarmacoterapia non necessaria e l'inappropriatezza prescrittiva rispetto all'approccio clinico tradizionale. Infatti, tale strumento è in grado di distinguere in ogni singolo paziente, attraverso l'ap-

plicazione di strumenti ampiamente validati, i problemi clinici prioritari per i quali l'intervento terapeutico è assolutamente richiesto da quelli secondari per cui l'intervento può essere procrastinato o non eseguito, o ancora considerato inappropriato.

Tra le modificazioni età-correlate della farmacocinetica che predispongono il paziente anziano a un maggiore rischio di ADR a farmaci idrosolubili, la riduzione della funzionalità renale ha un ruolo di primo piano. Peraltro, l'impiego dei livelli sierici di creatinina (ovvero del parametro di laboratorio più facilmente disponibile per la stima della funzionalità renale) per la valutazione della funzione renale nei pazienti anziani è un metodo poco affidabile a causa della riduzione della massa magra che si accompagna sia all'invecchiamento di per sé, sia a molte patologie croniche età-correlate. Un indicatore della funzionalità renale utile per la stratificazione del rischio di reazioni avverse a farmaci è rappresentato dalla stima della velocità di filtrazione glomerulare (VFG), che si è dimostrata un metodo utile per l'individuazione del paziente a rischio di ADR. Sebbene non sia ancora stabilita la formula più precisa per il calcolo della

VFG nel paziente anziano, sulla base delle osservazioni sopra riportate si può affermare l'utilità di stimare la VFG nei pazienti anziani allo scopo di ottimizzare i dosaggi minimizzando il rischio di eventi avversi. A tale scopo, in molti Paesi l'automazione del calcolo della VFG ha trovato grande diffusione nei laboratori clinici e negli ospedali.

11.3.2. Interazioni farmacologiche

Un altro fattore che contribuisce ad aumentare il rischio di reazioni avverse è la presenza di interazioni farmacologiche, definite come: "modifica-zione qualitativa o quantitativa degli effetti di un farmaco causata dalla precedente o contemporanea somministrazione di altri farmaci".

Esistono molte forme di interazioni farmacologiche e, in particolare nei pazienti anziani, è possibile riscontrare interazioni farmaco-farmaco, che sono anche le più comuni, ma anche interazioni farmaco-malattia, farmaco-cibo, farmaco-alcool, farmaco-prodotti erboristici e farmaco-stato nutrizionale. Nella *Tabella 11.1* sono riportati alcuni esempi di interazioni rilevanti per il paziente anziano.

Tabella 11.1 Esempi di interazioni farmacologiche nell'anziano

Farmaco	Interazione farmacologica	Effetto
ACE-inibitori	FANS	Ipekaliemia, riduzione della funzionalità renale
Antipertensivi	Vasodilatatori, antipsicotici, antidepressivi	Ipotensione posturale
	FANS	Ridotto effetto antipertensivo
Acido acetilsalicilico	FANS	Ulcera peptica
Corticosteroidi per via orale	FANS	Ulcera peptica
Digitale	Diuretici, chinidina, verapamil, diltiazem	Intossicazione digitalica
Felodipina	Succo di pompelmo	Aumento della biodisponibilità
Metformina	Risperidone	Ridotto effetto ipoglicemizzante
Chinoloni	FANS	Crisi epilettiche
Sedativi-ipnotici	Etanolo	Eccessiva sedazione
Sulfaniluree	Sulfafenazolo, cloramfenicolo, warfarin, fenilbutazone	Ipoglicemia
Tetraciline	Antiacidi, ferro	Ridotta biodisponibilità
Warfarin	Fenilbutazione, aspirina, metronidazolo	Emorragia
	Barbiturici, rifampicina, glutetimide, disopiramide	Scarso controllo di anticoagulazione

FANS, farmaci antinfiammatori non steroidei.
Modificata graficamente da Shi et al., 2008.

Anche per ciò che riguarda le interazioni farmacologiche, l'uso di un numero elevato di farmaci in pazienti con comorbidità multiple è uno dei principali fattori di rischio. In uno studio condotto su pazienti anziani arruolati in 6 Paesi europei, il numero medio di farmaci utilizzati era pari a 7 e nel 46% dei pazienti era presente almeno una potenziale interazione che veniva considerata severa nel 10% dell'intero campione di popolazione. Inoltre, la prevalenza di interazioni potenzialmente pericolose aumenta dal 7,8% dei soggetti di età < 55 anni al 18,4% rilevato negli ultrasessantacinquenni. Il numero di farmaci non è però l'unico fattore di rischio per interazioni farmaco-farmaco, contribuendo ad aumentare la probabilità di tali interazioni anche il numero di medici consultati dal paziente e la contemporanea assunzione di farmaci a effetto ipotensivo, sedativo e/o anticolinergico. Inoltre, bisogna tenere in considerazione il fatto che i farmaci a maggiore rischio per interazione sono quelli a più stretto indice terapeutico. Tra questi, farmaci di larghissimo impiego nella pratica clinica, quali digitale, calcio-antagonisti, antiaritmici, ipoglicemizzanti orali, antidepressivi ciclici, warfarin, salicilati, analgesici ad azione centrale, fenitoina, teofillina. Infine, le interazioni farmaco-farmaco rappresentano un rilevante problema potenziale ogni qualvolta un paziente anziano accede al Pronto Soccorso. Infatti, le comorbidità presenti e il concomitante elevato numero di farmaci regolarmente assunti aumentano il potenziale rischio di reazioni avverse quando nuovi farmaci vengono somministrati in urgenza.

11.3.3. L'aderenza ai regimi polifarmacoterapici

L'aderenza ai regimi polifarmacologici è un problema di grande rilievo nel paziente anziano. L'aderenza è legata a molti fattori, ma i dati riguardanti la relazione tra età e non aderenza sono contrastanti. Per

esempio, in uno dei primi *trials* sull'ipertensione nell'anziano, lo studio *Systolic Hypertension in the Elderly Program* (SHEP), la compliance al trattamento antipertensivo era migliore nei pazienti anziani che nei pazienti più giovani. Ciononostante, circa il 20-50% dei pazienti anziani manifesta non aderenza alla terapia farmacologica prescritta, rendendo questo aspetto un problema prioritario nei processi di cura in età geriatrica. Nello studio europeo *Aged in Home Care* (ADHOC), la prevalenza complessiva di non aderenza era del 12,5%, raggiungendo valori ragguardevoli nei Paesi in cui il numero complessivo di farmaci prescritti era più elevato, quali Repubblica Ceca (33,5%), Regno Unito (17,2%) e Germania (17,0%), mentre in Italia la prevalenza era decisamente più bassa (2,8%), così come il numero di farmaci mediamente prescritti. In un altro studio condotto su pazienti con depressione, il 28% circa dei pazienti riportava non aderenza al trattamento antidepressivo.

La non aderenza può essere definita intenzionale o non intenzionale. Quest'ultima è più frequentemente associata a fattori di tipo socio-demografico e/o a impedimenti fisici al corretto utilizzo dei farmaci. La non aderenza intenzionale è invece conseguenza di una valutazione diretta da parte del paziente sul rapporto tra rischi e benefici di un trattamento e del grado di accettazione della diagnosi e della relativa terapia. Tra le barriere in grado di ostacolare la corretta aderenza alla terapia sono da annoverare le patologie croniche, la polifarmacoterapia e i regimi terapeutici complessi, la dimenticanza, i disturbi cognitivi, i deficit della vista e/o dell'udito. Nella *Tabella 11.2* è riportata una sintesi dei più importanti predittori di non aderenza.

La non aderenza alla terapia è uno dei principali responsabili del fallimento terapeutico nel paziente anziano. Si consideri, per esempio, che la non aderenza al trattamento antipertensivo è molto frequente in Italia (circa il 50%), che il numero

Tabella 11.2 Predittori di non aderenza

- Problemi psicologici (es. depressione)
- Deficit cognitivo
- Trattamento di malattie asintomatiche
- Follow-up o dimissione inadeguati
- Effetti collaterali
- Scarsa fiducia nei benefici del trattamento
- Scarsa consapevolezza di malattia
- Razza non caucasica
- Cattivo rapporto medico-paziente
- Complessità del trattamento
- Costi elevati e/o compartecipazione alla spesa (ticket)

Modificata graficamente da Osterberg et al., 2005.

di farmaci aumenta il rischio di non aderenza e che solo i pazienti con elevato grado di aderenza al trattamento antipertensivo sperimentano i benefici di tali farmaci in termini di riduzione dei rischi. Per questi motivi, numerosi studi hanno valutato l'efficacia di varie strategie d'intervento mirate al miglioramento dell'aderenza. Tra queste, la riduzione del numero di dosi, l'uso di strumenti per ridurre il rischio di dimenticanze nell'assunzione dei farmaci, gli interventi educativi, la supervisione da parte di staff clinici e/o di farmacisti. L'utilizzo di combinazioni di dosi fisse di farmaci può essere particolarmente utile nel migliorare la compliance in pazienti anziani con patologie che richiedono generalmente un approccio integrato con più farmaci, quali scompenso cardiaco, diabete, cardiopatia ischemica. Altri strumenti mirati al paziente e/o al caregiver basati su protocolli strutturati di supporto più o meno complessi sono stati studiati riguardo alla loro efficacia nel migliorare l'aderenza. Tuttavia, al momento l'efficacia di tali strumenti è risultata piuttosto limitata.

11.3.4. I farmaci potenzialmente inappropriati

La qualità dei trattamenti farmacologici rappresenta un problema di primaria importanza. Tale aspetto riveste particolare rilevanza nei pazienti

anziani che, per i motivi già citati, hanno un maggiore rischio di sviluppare eventi avversi rispetto alla popolazione giovane-adulta. Per tali motivi, particolare attenzione è stata rivolta alla ricerca di strumenti che possano essere di ausilio per il medico nella propria pratica clinica quotidiana nella scelta del farmaco più appropriato. Uno degli approcci più diffusi al problema dell'appropriatezza prescrittiva è rappresentato dalla raccomandazione di evitare l'uso di farmaci considerati potenzialmente inappropriati. Un farmaco viene generalmente considerato potenzialmente inappropriato quando il rischio di eventi avversi supera il beneficio del trattamento, in particolare quando è disponibile un'evidenza scientifica a supporto di un'alternativa di trattamento più sicura e/o efficace per la stessa condizione clinica. Questa definizione concettuale è stata utilizzata, per esempio, per la compilazione dei criteri di inappropriatezza di Beers, pubblicati per la prima volta nel 1991 e successivamente aggiornati nel 1997 e nel 2003. Tali criteri sono stati compilati utilizzando il metodo Delphi e comprendono due liste di farmaci che dovrebbero essere evitati nel paziente anziano: la prima elenca una lista di farmaci considerati inappropriati indipendentemente dalle condizioni cliniche presenti nel paziente, la seconda una lista di farmaci considerati inappropriati per il paziente anziano in presenza di determinate condizioni cliniche. Pur rappresentando la misura di inappropriatezza più diffusa nella letteratura scientifica internazionale, i criteri di Beers non rappresentano il solo metodo disponibile, e probabilmente non rappresentano neanche il metodo migliore (*Tabella 11.3*). La loro facile applicabilità su database riferiti a studi osservazionali ha certamente contribuito alla loro diffusione per la stima della prevalenza d'uso di farmaci potenzialmente inappropriati nei vari setting assistenziali. Per esempio, nello studio *AdHoc* la prevalenza d'uso di farmaci potenzial-

Tabella 11.3 Alcuni tra i più utilizzati criteri per la misura dell'inappropriatezza nell'uso dei farmaci nel paziente anziano

Paese	Paese	Metodo (anno)	Criteri	Limiti
Canada	McLeod et al.	Delphi consensus (1995)	<ul style="list-style-type: none"> • 18 farmaci controindicati per il paziente anziano • 16 interazioni farmaco-patologia • 4 interazioni farmaco-farmaco 	<ul style="list-style-type: none"> • Criteri obsoleti (es. beta-bloccanti nei pazienti con scompenso cardiaco)
USA	Fick et al.	Delphi consensus (2002) Fick DM, 2003	<ul style="list-style-type: none"> • 48 farmaci potenzialmente inappropriati indipendentemente dalla diagnosi • 20 condizioni cliniche e farmaci da evitare in tali condizioni 	<ul style="list-style-type: none"> • Molti farmaci non sono disponibili al di fuori degli USA • Assenza di riferimenti alla sottoutilizzazione di farmaci efficaci, alle interazioni farmacologiche e all'uso di farmaci duplicati
Irlanda	Gallagher et al.	Delphi consensus (2008) Gallagher P, 2008	<ul style="list-style-type: none"> • 65 criteri <i>Screening Tool of Older Persons' Prescriptions</i> (STOPP) • 22 criteri <i>Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment</i> (START) 	<ul style="list-style-type: none"> • Più applicabili nella pratica • Chiari riferimenti alla sottoutilizzazione di farmaci efficaci, alle interazioni farmacologiche e all'uso di farmaci duplicati

mente inappropriati secondo i criteri di Beers era globalmente del 20%, con profonde differenze tra i vari Paesi europei coinvolti e con l'Italia seconda (26,5%) solo alla Repubblica Ceca (41,1%) per prevalenza di prescrizioni inappropriate.

Tuttavia, i criteri di Beers comprendono numerosi farmaci di scarso utilizzo o addirittura non presenti nel prontuario in Europa. Inoltre, gli studi condotti in Italia sul rischio di ADR in relazione all'uso di farmaci contenuti nelle liste dei criteri di Beers non hanno rilevato alcun incremento del rischio. Infine, i criteri di Beers non prendono in considerazione alcuni problemi particolarmente rilevanti nell'anziano, quali la sottoutilizzazione di farmaci efficaci, le interazioni farmacologiche e l'impiego di farmaci duplicati. Proprio per questi motivi la misurazione dell'inappropriatezza nell'uso dei farmaci è stata recentemente oggetto di iniziative europee volte alla ridefinizione di criteri che rispondessero all'esigenza di una maggiore applicabilità clinica. Fra le iniziative di maggiore

rilievo, da segnalare lo sviluppo dei criteri STOPP (*Screening Tool of Older Persons' Prescriptions*) and START (*Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment*). Tali criteri individuano il rischio di ADR che determinano ricovero ospedaliero in pazienti anziani in misura maggiore rispetto ai criteri di Beers. Altre importanti iniziative sono attualmente in corso in Italia e riguardano lo sviluppo e la sperimentazione di nuovi indicatori di inappropriatezza farmacologica per il paziente anziano [Progetto *Development of new CRiteria for Inappropriate Medication in the Elderly* (CRIME) e Sviluppo indicatori del *Geriatric Working Group* dell'Agenzia Italiana del Farmaco].

11.3.5. Sovratrattamento e sottotrattamento

Se si considera a titolo di esempio una paziente di 70 anni affetta da ipertensione arteriosa, pregresso infarto del miocardio, depressione, diabete mellito

e osteoporosi, una combinazione di patologie tutt'altro che rara in età geriatrica, l'applicazione delle linee guida per patologia richiederebbe la prescrizione del seguente regime terapeutico farmacologico: acido acetilsalicilico, ACE-inibitore, beta-bloccante, difosfonato, vitamina D, calcio, diuretico, inibitore selettivo del reuptake della serotonina (*selective serotonin reuptake inhibitor*, SSRI), statina, sulfanilurea, metformina e/o tiazolidinedione. Tutto ciò senza considerare eventuali altri farmaci assunti per il controllo di sintomi, quali dolore, dispepsia, insonnia. Se si guarda alle linee guida da questa prospettiva, ci si rende facilmente conto che la stessa medicina basata sull'evidenza contribuisce in maniera significativa alla politerapia e pone nella pratica clinica il reale dubbio se ciò che è certamente meglio per il trattamento della singola patologia sia poi anche meglio per il trattamento del paziente quando questo è anziano e affetto da numerose patologie croniche.

Molti aspetti di questo argomento sono tuttora oggetto di dibattito nella letteratura scientifica e non è possibile elaborare raccomandazioni guidate esclusivamente dall'evidenza. Tuttavia, alcune considerazioni meritano di essere sottolineate. Prima fra tutte quella relativa alle preferenze che il paziente anziano esprime riguardo alle strategie di trattamento, agli obiettivi e al grado di rischio di eventi avversi che intende tollerare. Le evidenze che vanno emergendo in questo settore sembrano indicare che i pazienti anziani con patologie croniche multiple rappresentino una popolazione estremamente eterogenea riguardo ad outcome quali l'allungamento della sopravvivenza o la prevenzione di eventi patologia-specifica o ancora la prevenzione di outcome specifici per la popolazione geriatrica, quali il declino funzionale fisico e cognitivo. Altro aspetto di grande rilevanza è la già citata sistematica esclusione dei pazienti anziani dai *trials* clinici randomizzati su cui si basano le li-

nee guida per patologia e la conseguente ridotta generalizzabilità delle stesse. Infine, la presenza di patologie coesistenti viene riconosciuta nelle linee guida se tali patologie aumentano i rischi associati alla patologia di base o influenzano il trattamento e/o la prognosi. Tuttavia, spesso la presenza di patologie multiple coesistenti produce raccomandazioni per l'uso di ulteriori farmaci, anche in quelle condizioni in cui l'attenta selezione tra le opzioni terapeutiche disponibili potrebbe portare all'utilizzo di un minore numero complessivo di farmaci, senza chiare indicazioni di priorità di un farmaco rispetto a un altro. La vera sfida per la pratica clinica consiste quindi nell'individualizzazione della terapia farmacologica e rappresenta una priorità assoluta nel paziente anziano. La conoscenza dei trattamenti più efficaci per il trattamento delle patologie più frequenti in età geriatrica resta un elemento irrinunciabile. Tuttavia, in assenza di chiare raccomandazioni basate sull'evidenza, il buon senso clinico resta sovente l'unica guida che possa aiutare il medico ad attraversare lo stretto passaggio tra un eccessivo uso di farmaci (con conseguente aumento del rischio di eventi iatrogeni anche catastrofici) e la negazione di trattamenti potenzialmente efficaci. Tuttavia, è sempre necessario tenere in considerazione alcuni fattori che possono aiutare nell'ottimizzazione dei trattamenti: come già affermato, la sistematica applicazione della VMD può guidare la revisione del regime terapeutico a ogni controllo clinico e fornire importanti indicazioni sull'atteggiamento terapeutico da seguire e sulla possibilità di ridurre la polifarmacoterapia e l'uso inappropriato dei farmaci.

Particolare attenzione meritano, da questo punto di vista, i pazienti che si approssimano alla fine della vita: per questi pazienti è logico scegliere farmaci che siano in grado di produrre un beneficio realistico nel breve termine in accordo, quando ciò è possibile, con gli obiettivi e le preferenze pro-

posti dal paziente. In questo caso l'attenzione viene focalizzata sul miglioramento della qualità della vita e del comfort e sulla riduzione dei fastidi che determinati farmaci possono provocare e dei costi. Anche in questo caso la prescrizione ottimale si basa su considerazioni che riguardano efficacia e sicurezza, ma con un occhio più attento alla probabilità di ottenere un reale beneficio e agli obiettivi terapeutici. Un modello di decision-making potrebbe essere quello proposto nella *Figura 11.1*. Il modello rappresentato prende in considerazione fattori legati al paziente (aspettativa di vita e obiettivi della cura) e fattori legati ai farmaci (tempi per ottenere benefici e target di trattamento), costruendo una piramide che a ogni livello individua i farmaci appropriati. Alla base della piramide si trovano i pazienti anziani con la maggiore aspettativa di vita e per i quali è disponibile un intervallo di tempo sufficiente per ottenere benefici significativi di un trattamento. In questa situazione le aspettative del paziente sono quelle di prolungare la sopravvivenza e il target del trattamento

deve essere assolutamente corrispondente. Si tratta di quei pazienti anziani che potremmo definire "robusti", nei quali il sottoutilizzo di farmaci potenzialmente efficaci sulla base di criteri puramente anagrafici non può essere in alcun modo giustificato. Man mano che si sale nella piramide, l'aspettativa di vita si riduce, così come le aspettative del paziente. La conseguenza sarà rappresentata dal restringimento del piano che nella piramide rappresenta i farmaci appropriati, dalla necessità di prendere in considerazione solo farmaci che possano avere benefici nel breve termine, privilegiando un approccio palliativo orientato al controllo dei sintomi, della qualità della vita e del comfort. Si comprende, quindi, come l'ottimizzazione della terapia farmacologica nel paziente anziano possa essere particolarmente complessa, richiedendo particolare attenzione e sensibilità. Infatti, molti eventi avversi provocati dai farmaci complicano ulteriormente le condizioni cliniche di pazienti che, a causa di gravi patologie di base, hanno già un'aspettativa di vita molto breve e

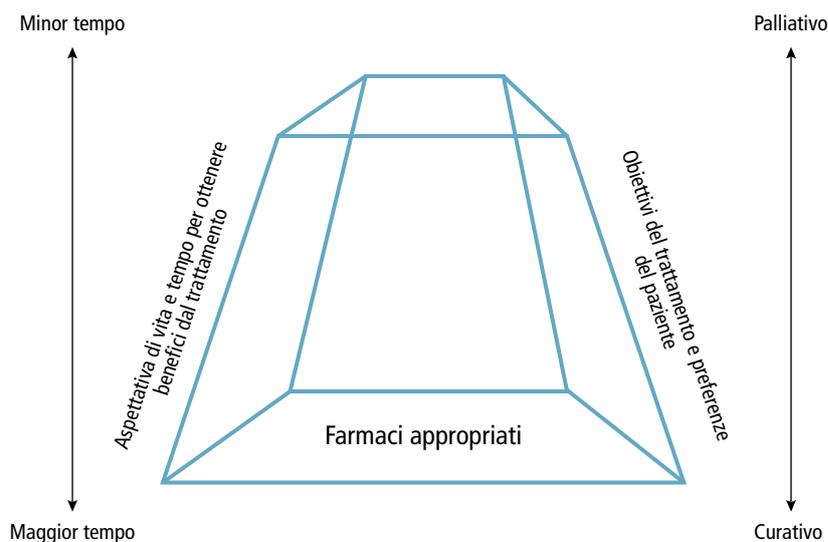


Figura 11.1 Esempio di modello decisionale per l'appropriatezza prescrittiva in pazienti che si approssimano a fine vita (modificata graficamente da Holmes et al., 2009).

sono dovuti a farmaci il cui utilizzo è talvolta opinabile. Un esempio pratico è rappresentato dall'uso delle statine, farmaci che hanno dimostrato di produrre benefici importanti, anche nei pazienti anziani, in molte condizioni cliniche. Uno studio del *Veterans Administration* indica che circa la metà dei pazienti osservati assumeva statine negli ultimi 6 mesi di vita. Tali dati sembrano indicare che venga frequentemente trascurato il fatto che si tratti di farmaci che per produrre un reale beneficio necessitano di mesi o anni e che per tale motivo la loro sospensione, in assenza di eventi coronarici o cerebrovascolari recenti, possa essere giustificata in pazienti con ridotta aspettativa di vita. Uno studio molto recente indica che tale fenomeno non è confinato alla classe farmacologica delle statine, ma riguarda numerosi altri farmaci, quali inibitori di pompa protonica, bifosfonati e antipsicotici, che vengono prescritti con frequenza pressoché costante durante tutta la durata dell'ultimo anno di vita in pazienti ricoverati in RSA nonostante i benefici attesi siano evidentemente molto scarsi. Lo stesso studio dimostra come si debba attendere l'ultima settimana di vita perché si possa assistere a un incremento della frequenza d'uso degli oppiacei.

Quest'ultimo studio introduce il tema del sottotrattamento. Per esempio, considerando sempre le statine, è importante ricordare come l'evidenza scientifica riguardo ai benefici in termine di riduzione del rischio di eventi cardiovascolari maggiori sia favorevole a un utilizzo estensivo di tali farmaci anche negli anziani (sempre che l'aspettativa di vita consenta di attendersi un effettivo beneficio), in particolare nei pazienti con coronaropatia e/o diabete. Tuttavia, la stessa evidenza si limita alla popolazione di età compresa tra 70 e 82 anni arruolata nello studio *Prospective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk* (PROSPER), mentre i benefici negli ultraottantacinquenni sono ancora da

studiare nel dettaglio. Vi sono però altri importanti esempi di sottoutilizzazione di farmaci potenzialmente utili nei pazienti più anziani: è il caso, per esempio, degli ACE-inibitori, che anche nei pazienti anziani con scompenso cardiaco sono in grado di ridurre in maniera significativa la mortalità, o dei farmaci per il controllo del dolore, che anche nei pazienti anziani possono contribuire a migliorare in maniera significativa la qualità della vita e a ridurre la sintomatologia depressiva, o ancora dei bronco-dilatatori nei pazienti anziani con BPCO stabile e degli antibiotici nei pazienti con riacutizzazioni bronchiali. Quindi, la sottoutilizzazione dei farmaci è oggi un problema altrettanto importante quanto la sovrautilizzazione, riguardando patologie di frequente osservazione in età geriatrica.

Gli effetti della sottoutilizzazione sono scontati e si manifestano attraverso una maggiore incidenza di eventi (cardiovascolari, respiratori ecc.) a causa di un minore controllo dei fattori di rischio. Le dinamiche che producono la sottoutilizzazione dei farmaci appropriati sembrano essere invece più complesse di quanto non si pensi. Infatti, la sottoutilizzazione di farmaci potenzialmente efficaci anche nell'anziano va considerata come una vera e propria espressione di inappropriata prescrizione e uno studio recente ha potuto dimostrare come uno dei fattori predittivi di sottoutilizzazione sia rappresentato proprio dalla polifarmacoterapia (*Figura 11.2*). La spiegazione più plausibile di questa apparente discrepanza può essere legata all'atteggiamento del medico contro l'inserimento di altri farmaci in pazienti che già ne assumono in numero elevato. Viene così a realizzarsi il cosiddetto "treatment-risk paradox", ovvero i pazienti che presentano i rischi più elevati a causa delle loro molteplici patologie croniche sono anche quelli che meno probabilmente ricevono il trattamento farmacologico raccomandato.

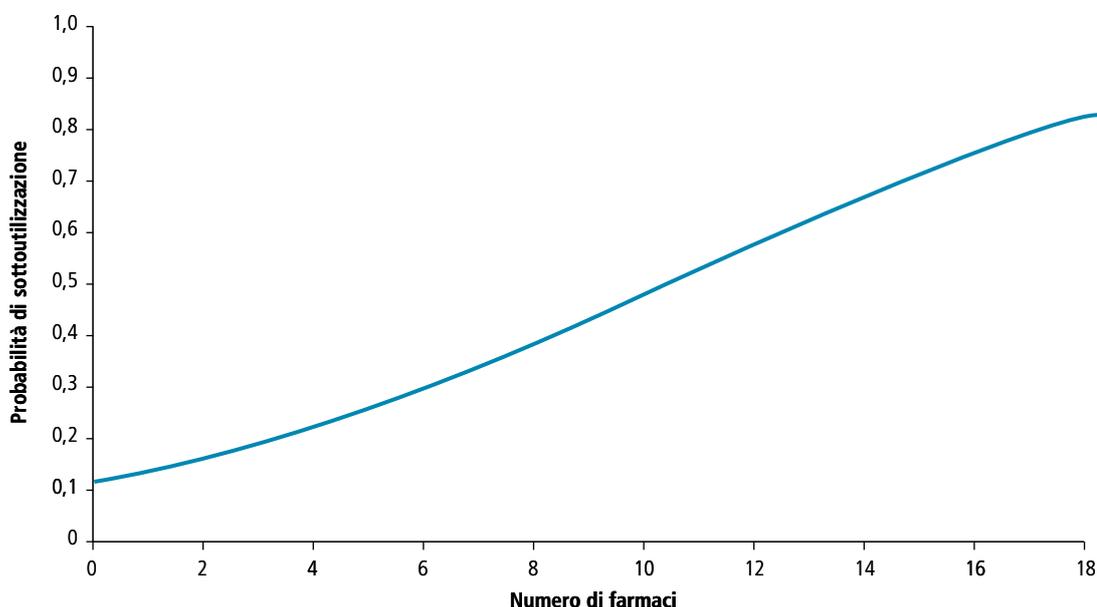


Figura 11.2 Probabilità stimata di sottoutilizzo in relazione al numero di farmaci assunti (modificata graficamente da Kuijpers et al., 2008).

11.3.6. Prescrizione “off-label”

Viene definita “off-label” la prescrizione di farmaci registrati, ma con utilizzazione diversa per indicazione, via o modalità di somministrazione da quelle previste dalla scheda tecnica. L'utilizzo off-label dei farmaci è frequente e investe differenti aree mediche, quali Oncologia, Cardiologia, Pediatria e anche Geriatria, specie la Psicogeriatrics; nella maggior parte dei casi tale utilizzazione avviene senza adeguato supporto scientifico.

È stato stimato che l'uso di farmaci “off-label” sia molto frequente. Uno studio americano si è focalizzato su questo fenomeno. In particolare, gli autori hanno cercato di definire i “modelli” di prescrizione, in relazione alla diagnosi, di 160 farmaci di comune utilizzazione. I risultati hanno evidenziato che nel 2001, negli Stati Uniti, ci sono state circa 150 milioni (pari al 21%) prescrizioni “off-label” del campione di farmaci oggetto di studio.

La prescrizione “off-label” ha riguardato soprattutto farmaci anticonvulsivanti e cardiologici e quella con supporto scientifico scarso o nullo è stata più frequente nelle terapie psichiatriche e antiallergiche; infine, la maggior parte (73%) delle prescrizioni “off-label” non era supportata da evidenze scientifiche sufficienti.

In Italia, la tendenza a utilizzare farmaci “off-label” è estremamente diffusa: l'ambito ospedaliero rappresenta lo scenario maggiormente implicato; tuttavia, va segnalato un ragguardevole uso anche a livello ambulatoriale, dove l'entità del fenomeno raggiunge il 37% dei casi.

La prescrizione “off-label” in Italia è disciplinata dall'Art. 3 della Legge 94 dell'8 aprile 1998 e dalla Legge 648 del 23 dicembre 1996, che regola, tra l'altro, l'uso dei medicinali da impiegare per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata.

A tale scopo l'AIFA provvede, infatti, a definire e

aggiornare, su propria iniziativa o su proposta di società scientifiche, università, istituzioni sanitarie e associazioni di pazienti, un elenco dei farmaci il cui uso "off-label" è rimborsabile dal Servizio Sanitario Nazionale nel rispetto delle condizioni indicate per ciascuno di essi nel relativo provvedimento.

Infatti, in casi selezionati la prescrizione "off-label" può costituire un'alternativa terapeutica ammissibile per patologie che non rispondono alle terapie indicate, o per le quali dati preliminari o di pratica clinica sostengano un loro utilizzo come utile alternativa tenendo presente, però, quanto disposto dalla Legge Finanziaria 2008 "Legge 244 del 24 dicembre 2007" e in particolare il comma 348 che recita: "In nessun caso il medico curante può prescrivere, per il trattamento di una determinata patologia, un medicinale di cui non è autorizzato il commercio quando sul proposto impiego del medicinale non siano disponibili almeno dati favorevoli di sperimentazioni cliniche di fase seconda".

A questo proposito, si veda per esempio la possibilità di utilizzo "off-label" degli antipsicotici atipici nel trattamento dei disturbi comportamentali associati alla demenza, come da comunicato AIFA del 12 gennaio 2009.

Bibliografia

- Abbatecola AM, Paolisso G, Corsonello A, et al. Antidiabetic oral treatment in older people: does frailty matter? *Drugs Aging* 2009; 26 (Suppl. 1): 53-62
- Allen S. Are inhaled systemic therapies a viable option for the treatment of the elderly patient? *Drugs Aging* 2008; 25: 89-94
- Aronson JK, Henderson G, Webb DJ, Rawlins MD. A prescription for better prescribing. *BMJ* 2006; 333: 459-60
- Bangalore S, Kamalakkannan G, Parkar S, Messerli FH. Fixed-dose combinations improve medication compliance: a meta-analysis. *Am J Med* 2007; 120: 713-9
- Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch Intern Med* 1997; 157: 1531-6
- Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, et al. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. *Arch Intern Med* 1991; 151: 1825-32
- Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, et al. Management of pain in elderly patients with cancer. SAGE Study Group. Systematic Assessment of Geriatric Drug Use via Epidemiology. *JAMA* 1998; 279: 1877-82
- Björkman IK, Fastbom J, Schmidt IK, Bernsten CB; Pharmaceutical Care of the Elderly in Europe Research (PEER) Group. Drug-drug interactions in the elderly. *Ann Pharmacother* 2002; 36: 1675-81
- Black DM, Brand RJ, Greenlick M, et al. Compliance to treatment for hypertension in elderly patients: the SHEP pilot study. Systolic Hypertension in the Elderly Program. *J Gerontol* 1987; 42: 552-7
- Bretherton A, Day L, Lewis G. Polypharmacy and older people. *Nurs Times* 2003; 99: 54-55
- Bosworth HB, Voils CI, Potter GG, Steffens DC. The effects of antidepressant medication adherence as well as psychosocial and clinical factors on depression outcome among older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 129-34
- Boyd CM, Darer J, Boult C, et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA* 2005; 294: 716-24
- Bushardt RL, Massey EB, Simpson TW, et al. Polypharmacy: misleading, but manageable. *Clin Interv Aging* 2008; 3: 383-9
- Calverley PM, Anderson JA, Celli B, et al.; TORCH investigators. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2007; 356: 775-89

- Carbonin P, Pahor M, Bernabei R, Sgadari A. Is age an independent risk factor of adverse drug reactions in hospitalized medical patients? *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 1093-9
- Cherubini A, Del Signore S, Ouslander J, et al. Fighting against age discrimination in clinical trials. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58: 1791-6
- Cheung CK, Bhandari S. Perspectives on eGFR reporting from the interface between primary and secondary care. *Clin J Am Soc Nephrol* 2009; 4: 258-60
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al.; National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289: 2560-72
- Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron* 1976; 16: 31-41
- Corsonello A, Pedone C, Corica F, et al.; Gruppo Italiano di Farmacovigilanza nell'Anziano (GIFA) Investigators. Concealed renal insufficiency and adverse drug reactions in elderly hospitalized patients. *Arch Intern Med* 2005; 165: 790-5
- Corsonello A, Pedone C, Corica F, et al.; Gruppo Italiano di Farmacovigilanza nell'Anziano (GIFA). Concealed renal failure and adverse drug reactions in older patients with type 2 diabetes mellitus. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005; 60: 1147-51
- Corsonello A, Pedone C, Corica F, Incalzi RA. Polypharmacy in elderly patients at discharge from the acute care hospital. *Ther Clin Risk Manag* 2007; 3: 197-203
- Corsonello A, Pedone C, Incalzi RA. Age-related pharmacokinetic and pharmacodynamic changes and related risk of adverse drug reactions. *Curr Med Chem* 2010; 17: 571-84
- Corsonello A, Pedone C, Lattanzio F, et al.; Pharmacosur Veillance in the Elderly Care Study Group. Potentially inappropriate medications and functional decline in elderly hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57: 1007-14
- Egger SS, Rätz Bravo AE, Hess L, et al. Age-related differences in the prevalence of potential drug-drug interactions in ambulatory dyslipidaemic patients treated with statins. *Drugs Aging* 2007; 24: 429-440
- Elwyn G, Edwards A, Britten N. What information do patients need about medicines? "Doing prescribing": how doctors can be more effective. *BMJ* 2003; 327: 864-7
- Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. *JAMA* 2004; 291: 2359-66
- European Medicine Agency. Committee for Human Medicinal Products (CHMP). Adequacy of Guidance on the Elderly Regarding Medicinal Products for Human Use. Londra, 14 dicembre 2006, Doc. Ref. EMEA 498920/2006
- Fialová D, Topinková E, Gambassi G, et al.; AdHOC Project Research Group. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA* 2005; 293: 1348-58
- Fick DM, Cooper JW, Wade WE, et al. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2716-24
- Fried TR, Bradley EH, Towle VR, Allore H. Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. *N Engl J Med* 2002; 346: 1061-6
- Fulton MM, Allen ER. Polypharmacy in the elderly: a literature review. *J Am Acad Nurse Pract* 2005; 17: 123-32
- Gallagher P, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age Ageing* 2008; 37: 673-9
- Gallagher P, Ryan C, Byrne S, et al. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment).

- Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008; 46: 72-83
- Garber AJ. Benefits of combination therapy of insulin and oral hypoglycemic agents. *Arch Intern Med* 2003; 163: 1781-2
- Gillison TL, Chatta GS. Cancer chemotherapy in the elderly patient. *Oncology (Williston Park)* 2010; 24: 76-85
- Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007; 5: 345-51
- Harris K, Stribling B. Automated estimated GFR reporting: A new tool to promote safer prescribing in patients with chronic kidney disease? *Ther Clin Risk Manag* 2007; 3: 969-72
- Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2008: CD000011
- Hayes BD, Klein-Schwartz W, Barrueto F Jr. Polypharmacy and the geriatric patient. *Clin Geriatr Med* 2007; 23: 371-90, vii
- Heininger-Rothbucher D, Bischinger S, Ulmer H, et al. Incidence and risk of potential adverse drug interactions in the emergency room. *Resuscitation* 2001; 49: 283-8
- Herrera AP, Snipes SA, King DW, et al. Disparate inclusion of older adults in clinical trials: priorities and opportunities for policy and practice change. *Am J Public Health* 2010; 100 (Suppl. 1): S105-12
- Higashi T, Shekelle PG, Solomon DH, et al. The quality of pharmacologic care for vulnerable older patients. *Ann Intern Med* 2004; 140: 714-20
- Holmes HM. Rational prescribing for patients with a reduced life expectancy. *Clin Pharmacol Ther* 2009; 85: 103-7
- Holmes HM, Hayley DC, Alexander GC, Sachs GA. Reconsidering medication appropriateness for patients late in life. *Arch Intern Med* 2006; 166: 605-9
- Hughes CM. Medication non-adherence in the elderly: how big is the problem? *Drugs Aging* 2004; 21: 793-811
- Kaufman DW, Kelly JP, Rosenberg L, et al. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States: the Slone survey. *JAMA* 2002; 287: 337-44
- Komajda M, Hanon O, Aupetit JF, et al. Management of heart failure in the elderly: recommendations from the French Society of Cardiology (SFC) and the French Society of Gerontology and Geriatrics (SFGG). *J Nutr Health Aging* 2006; 10: 434-44
- Kripalani S, Yao X, Haynes RB. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review. *Arch Intern Med* 2007; 167: 540-50
- Kuijpers MA, van Marum RJ, Egberts AC, Jansen PA; OLDY (Old people Drugs & dYsregulations) Study Group. Relationship between polypharmacy and underprescribing. *Br J Clin Pharmacol* 2008; 65: 130-3
- Kuzuya M, Endo H, Umegaki H, et al. Factors influencing noncompliance with medication regimens in the elderly. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi* 2000; 37: 363-70
- Incalzi RA, Corsonello A, Pedone C, et al. Use of antibiotics in elderly patients with exacerbated COPD: the OLD-chronic obstructive pulmonary disease study. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 642-7
- Incalzi RA, Corsonello A, Pedone C, et al. From Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) guidelines to current clinical practice: an overview of the pharmacological therapy of stable chronic obstructive pulmonary disorder. *Drugs Aging* 2006; 23: 411-20
- Johnson DW, Jones GR, Becker GJ, Mathew TH. Automated reporting of eGFR: a useful tool for identifying and managing kidney disease. *Med J Aust* 2009; 190: 200-3
- Juurink DN, Mamdani MM, Lee DS, et al. Rates of hyperkalemia after publication of the Randomized Aldactone Evaluation Study. *N Engl J Med* 2004; 351: 543-51
- Landi F, Onder G, Cesari M, et al. Pain management in frail, community-living elderly patients. *Arch Intern Med* 2001; 161: 2721-4

- Laroche ML, Charmes JP, Bouthier F, Merle L. Inappropriate medications in the elderly. *Clin Pharmacol Ther* 2009; 85: 94-7
- Lernfelt B, Samuelsson O, Skoog I, Landahl S. Changes in drug treatment in the elderly between 1971 and 2000. *Eur J Clin Pharmacol* 2003; 59: 637-44
- Levey AS, Bosch JP, Lewis JB, et al. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. *Ann Intern Med* 1999; 130: 461-70
- Lindeman RD. Assessment of renal function in the old. Special considerations. *Clin Lab Med* 1993; 13: 269-77
- Liperoti R, Gambassi G, Lapane KL, et al. Cerebrovascular events among elderly nursing home patients treated with conventional or atypical antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 1090-6
- Liperoti R, Gambassi G, Lapane KL, et al. Conventional and atypical antipsychotics and the risk of hospitalization for ventricular arrhythmias or cardiac arrest. *Arch Intern Med* 2005; 165: 696-701
- Mallet L, Spinewine A, Huang A. The challenge of managing drug interactions in elderly people. *Lancet* 2007; 370: 185-91
- Masoudi FA, Krumholz HM. Polypharmacy and comorbidity in heart failure. *BMJ* 2003; 327: 513-4
- Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, et al. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation* 2009; 120: 1598-605
- McLeod PJ, Huang AR, Tamblyn RM, Gayton DC. Defining inappropriate practices in prescribing for elderly people: a national consensus panel. *CMAJ* 1997; 156: 385-91
- Merle L, Laroche ML, Dantoine T, Charmes JP. Predicting and preventing adverse drug reactions in the very old. *Drugs Aging* 2005; 22: 375-92
- Nogueras C, Miralles R, Roig A, et al. Polypharmacy as part of comprehensive geriatric assessment: disclosure of false diagnosis of atrial fibrillation by drug revision. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 1476-8
- Onder G, Landi F, Cesari M, et al.; Investigators of the GIFA Study. Inappropriate medication use among hospitalized older adults in Italy: results from the Italian Group of Pharmacoepidemiology in the Elderly. *Eur J Clin Pharmacol* 2003; 59: 157-62
- Onder G, Landi F, Liperoti R, et al. Impact of inappropriate drug use among hospitalized older adults. *Eur J Clin Pharmacol* 2005; 61: 453-9
- Onder G, Pedone C, Landi F, et al. Adverse drug reactions as cause of hospital admissions: results from the Italian Group of Pharmacoepidemiology in the Elderly (GIFA). *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 1962-8
- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353: 487-97
- Pahor M, Manto A, Pedone C, et al. Age and severe adverse drug reactions caused by nifedipine and verapamil. Gruppo Italiano di Farmacovigilanza nell'Anziano (GIFA). *J Clin Epidemiol* 1996; 49: 921-8
- Passaro A, Volpato S, Romagnoni F, et al. Benzodiazepines with different half-life and falling in a hospitalized population: The GIFA study. Gruppo Italiano di Farmacovigilanza nell'Anziano. *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 1222-9
- Pedone C, Corsonello A, Carosella L, Antonelli-Incalzi R; GIFA Investigators. Comparison of digitalis-related adverse events in hospitalized men and women in Italy: an observational study. *Clin Ther* 2005; 27: 1922-9
- Pedone C, Corsonello A, Incalzi RA; GIFA Investigators. Estimating renal function in older people: a comparison of three formulas. *Age Ageing* 2006; 35: 121-6
- Pedone C, Lapane KL. Generalizability of guidelines and physicians' adherence. Case study on the Sixth Joint National Committee's guidelines on hypertension. *BMC Public Health* 2003; 3: 24
- Pedone C, Pahor M, Carosella L, Bernabei R, Carbonin P; GIFA Investigators. Use of angiotensin-converting enzyme inhibitors in elderly people with heart

- failure: prevalence and outcomes. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59: 716-21
- Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ* 1997; 315: 1096-9
- Rosenthal MB, Berndt ER, Donohue JM, et al. Promotion of prescription drugs to consumers. *N Engl J Med* 2002; 346: 498-505
- Seymour RM, Routledge PA. Important drug-drug interactions in the elderly. *Drugs Aging* 1998; 12: 485-94
- Senin U, Cherubini A, Maggio D, Mecocci P. *Paziente anziano e paziente geriatrico*. Napoli: EdiSES 2006
- Shi S, Mörike K, Klotz U. The clinical implications of ageing for rational drug therapy. *Eur J Clin Pharmacol* 2008; 64: 183-99
- Silveira MJ, Kazanis AS, Shevrin MP. Statins in the last six months of life: a recognizable, life-limiting condition does not decrease their use. *J Palliat Med* 2008; 11: 685-93
- Sloane PD, Gruber-Baldini AL, Zimmerman S, et al. Medication undertreatment in assisted living settings. *Arch Intern Med* 2004; 164: 2031-7
- Stevens LA, Coresh J, Greene T, Levey AS. Assessing kidney function—measured and estimated glomerular filtration rate. *N Engl J Med* 2006; 354: 2473-83
- Tashkin DP, Celli B, Senn S, et al.; UPLIFT Study Investigators. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2008; 359: 1543-54
- Tinetti ME, Bogardus ST Jr, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med* 2004; 351: 2870-4
- Topinková E, Fialová D, Carpenter GI, Bernabei R. Cross-national comparison of drug compliance and non-compliance associated factors in the elderly with polypharmacotherapy. *Cas Lek Cesk* 2006; 145: 726-32
- Tsevat J, Dawson NV, Wu AW, et al. Health values of hospitalized patients 80 years or older. HELP Investigators. Hospitalized Elderly Longitudinal Project. *JAMA* 1998; 279: 371-5
- Turnheim K. When drug therapy gets old: pharmacokinetics and pharmacodynamics in the elderly. *Exp Gerontol* 2003; 38: 843-53
- Van Spall HG, Toren A, Kiss A, Fowler RA. Eligibility criteria of randomized controlled trials published in high-impact general medical journals: a systematic sampling review. *JAMA* 2007; 297: 1233-40
- Viktil KK, Blix HS, Moger TA, Reikvam A. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *Br J Clin Pharmacol* 2007; 63: 187-95
- Vollrath AM, Sinclair C, Hallenbeck J. Discontinuing cardiovascular medications at the end of life: lipid-lowering agents. *J Palliat Med* 2005; 8: 876-81
- Walker DB, Jacobson TA. Initiating statins in the elderly: the evolving challenge. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2008; 15: 182-7
- Won A, Lapane K, Gambassi G, et al. Correlates and management of nonmalignant pain in the nursing home. SAGE Study Group. Systematic Assessment of Geriatric drug use via Epidemiology. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 936-42
- Zarowitz BJ. Fixed-dose combinations for improving medication adherence in assisted living environments. *Geriatr Nurs* 2007; 28: 341-5
- Zimmer AW, Calkins E, Hadley E, et al. Conducting clinical research in geriatric populations. *Ann Intern Med* 1985; 103: 276-83



Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A. - Roma