

# Lo stato di salute delle persone anziane in istituzioni in Ticino (seconda parte)

Angelo Tomada, Jacqueline Quaglia e Antoine Casabianca; Uff. di promozione e valutazione sanitaria  
Anna De Benedetti; Uff. del Medico cantonale

## Introduzione

I risultati presentati nella prima parte di questo articolo (1) hanno evidenziato che in Svizzera, e in particolare in Ticino, la tipologia delle persone anziane in istituzione rispecchia sostanzialmente le realtà degli altri paesi occidentali. Nella maggior parte dei casi, soprattutto nel Cantone Ticino, si tratta di persone fragili e dipendenti, con un'elevata disabilità fisica e psichica che determina limitazioni importanti, sia nello svolgimento delle attività di vita quotidiane, sia nelle capacità cognitive, espressive, decisionali e comunicative.

La seconda parte si concentrerà invece sugli elementi prettamente sanitari dello stato di salute degli anziani riguardanti, in particolare, le diagnosi mediche, il consumo di farmaci e l'igiene orale.

Dall'analisi della letteratura scientifica internazionale emerge infatti che gli anziani che vivono nelle case per anziani soffrono per l'esistenza di quadri clinici caratterizzati da comorbidità e per una prevalenza elevata di patologie cardiovascolari e psichiche che, come corollario, determinano come risposta curativa un'elevata politerapia (2-6)<sup>1</sup>. In merito a quest'ultimo aspetto, diversi studi hanno sottolineato il problema del consumo eccessivo di farmaci e dell'adeguatezza delle prescrizioni mediche, soprattutto per quanto concerne gli psicofarmaci e i neurolettici (7-10). Altre ricerche hanno invece evidenziato

l'esistenza di lacune nella cura dei dolori cronici, patologia che riguarda, in alcuni casi, oltre il 60% degli anziani in istituzione (11-16). Infine, diverse ricerche hanno evidenziato il problema della profilassi dell'igiene orale delle persone anziane e la bassa prevalenza di consultazioni dal dentista (17-19).

Tutti questi aspetti possono determinare delle conseguenze negative per lo stato di salute e la qualità di vita degli anziani in istituzione che devono pertanto essere oggetto di investigazione e di riflessione anche a livello di salute pubblica e delle politiche sanitarie (9, 13, 20-23).

Lo scopo della seconda parte di questo articolo è dunque quello di descrivere e confrontare i contesti istituzionali ticinesi e elvetici al fine di identificare le similitudini e le differenze principali inerenti il quadro diagnostico, il consumo di prestazioni sanitarie e, più specificamente, il consumo di alcuni farmaci. Inoltre l'articolo cercherà di evidenziare in quale misura le tendenze identificate in Ticino e in Svizzera si inseriscano nelle tendenze più generali che contraddistinguono i paesi occidentali come pure di fornire alcuni spunti di riflessione sulle possibili misure da implementare nell'ambito delle politiche di salute pubblica.

foto Ti-Press / Carlo Reguzzi



<sup>1</sup> Con il termine "comorbidità" si definisce la presenza di più patologie diagnosticate ad una persona. Il concetto di "politerapia" indica invece l'uso di differenti terapie per la cura delle malattie diagnosticate ad una persona.

## Metodo

Il presente articolo utilizza i dati raccolti dall'indagine nazionale sullo stato di salute delle persone anziane in istituzione realizzata dall'Ufficio federale di statistica e svoltasi fra novembre 2008 e ottobre 2009, allo scopo di ottenere informazioni sulla salute, le malattie, il ricorso alle cure e il bisogno delle stesse, le risorse sociali e le condizioni di vita generali delle persone che vivono stabilmente in un istituto.

### Campionamento e sotto-campione ticinese

Il campionamento si basa sui dati della Statistica degli stabilimenti medico-sociali (SOMED) del 2006. L'universo è composto da circa 80.000 persone di 65 anni e più che vivono da almeno 30 giorni in una casa per anziani. È importante sottolineare che in Ticino esistono solamente istituti per anziani medicalizzati, mentre nel resto della Svizzera l'universo è composto anche da istituti non medicalizzati.

Sulla base della SOMED è stato estratto a sorte un campione di istituti sanitari in funzione della dimensione degli strati composti da Cantoni e gruppi di Cantoni. Per ognuno degli istituti che hanno accettato di partecipare all'indagine è poi stato estratto un campione di residenti in funzione dell'età e del sesso. Il campione netto per la Svizzera è formato da 3.103 persone (1.082 uomini e 2.021 donne), mentre il sotto-campione riferito al Cantone Ticino comprende 506 individui (194 uomini e 312 donne). Il Ticino ha infatti finanziato un numero supplementare di interviste rispetto alle 400 stabilite dall'Ufficio federale di statistica al fine di potere eseguire delle analisi statistiche più approfondite. I dati dei campioni sono stati successivamente ponderati<sup>2</sup>.

### Svolgimento dell'inchiesta

Le persone in grado di rispondere autonomamente hanno sostenuto un'intervista faccia a faccia completata da un questionario compilato dal personale di cura e relativo a questioni

sanitarie quali l'assunzione di farmaci, le diagnosi mediche e i problemi comportamentali. Per potere raggiungere tutte le persone rientranti nel campione, e quindi anche chi non era in grado di rispondere a causa di problemi di salute, è stata predisposta una versione più lunga del questionario compilata interamente dal personale curante dell'istituto.

A livello nazionale, 1.569 ospiti (TI: n=183) hanno sostenuto un'intervista faccia a faccia, completata dal questionario compilato dal personale di cura, mentre per i 1.534 anziani che non erano in grado di rispondere (TI: n=323) il personale ha compilato la versione più lunga del questionario.

La raccolta dei dati è stata affidata all'istituto di sondaggi M.I.S. Trend con sede a Losanna e le interviste faccia a faccia sono state realizzate con il metodo CAPI (Computer Assisted Personal Interview). I dati sono stati resi anonimi per garantire la protezione della sfera privata.

### Analisi dei dati

La verifica dell'esistenza di differenze statisticamente significative tra il campione ticinese e il campione svizzero è stata effettuata tramite il test del chi-quadrato ( $p < 0,05$ ). Tuttavia, considerata la differenza di taglia tra i

due campioni e, soprattutto, la taglia relativamente piccola del campione ticinese, bisogna tenere in considerazione l'esistenza, in taluni confronti, del rischio di errore alfa, ossia di constatare la mancanza di differenze significative, quando in realtà esistono a livello delle due popolazioni di riferimento. Questo rischio esiste soprattutto nei casi in cui non si riscontrano differenze elevate nel confronto delle prevalenze riguardanti rispettivamente il Ticino e la Svizzera. Per questa ragione, i risultati presentati in questo studio devono essere considerati in primo luogo come delle tendenze generali.

Le analisi statistiche sono state realizzate con il programma SPSS 17.

## Risultati

### Percezione soggettiva della propria salute e della qualità della vita

Le tabelle 1 e 2 riguardano le valutazioni soggettive del proprio stato di salute e della qualità di vita nelle case per anziani, espresse unicamente dalle persone che sono state intervistate faccia a faccia (TI: n=183, CH: n=1.569).

La tabella 1 evidenzia come la maggior parte degli ospiti delle case per anziani in Tici-

## 1 Stato soggettivo di salute

	Ticino		Svizzera	
	n	%	n	%
Ottimo / Molto buono	5	3,4	54	3,4
Buono	73	41,0	586	40,7
Normale	71	35,4	670	41,9
Cattivo	29	18,0	227	12,6
Molto cattivo	3	1,6	28	1,3
Nessuna risposta	2	0,6	4	0,1
<b>Totale</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>	<b>1.569</b>	<b>100,0</b>

Fonte: UST, Indagine sullo stato di salute delle persone anziane in istituzione, 2008/2009 (solo interviste faccia a faccia).

<sup>2</sup> Le percentuali presentate di seguito nelle tabelle e nei grafici sono sempre ponderate.

«La maggior parte degli ospiti delle case per anziani in Ticino e nel resto della Svizzera ha indicato uno stato di salute soggettivo sostanzialmente buono.»

## 2 Qualità della vita percepita

	Ticino		Svizzera	
	n	%	n	%
Ottimo / Buono	91	45,8	935	62,3
Normale	75	45,6	477	29,1
Cattivo / Molto cattivo	16	8,5	150	8,1
Nessuna risposta	1	0,1	7	0,4
<b>Totale</b>	<b>183</b>	<b>100</b>	<b>1.569</b>	<b>100,0</b>

Fonte: UST, Indagine sullo stato di salute delle persone anziane in istituzione, 2008/2009 (solo interviste faccia a faccia).

no e nel resto della Svizzera abbia indicato uno stato di salute soggettivo sostanzialmente buono (TI: 41%, CH: 40,7%) o comunque nella norma (TI: 35,4%, CH: 41,9%), mentre meno di un quinto lo giudicava cattivo/molto cattivo (TI: 19,6%, CH: 13,9%). Non esistono tuttavia differenze statisticamente significative tra i due campioni.

Emergono invece discrepanze abbastanza importanti nella valutazione che gli ospiti forniscono circa la qualità di vita nelle case per anziani (tabella 2): in Ticino, il 45,8% degli ospiti la ritiene da buona a ottima (CH: 64,3%), il 45,6% "normale" (CH: 27,8%), mentre l'8,5% la considera "cattiva/molto cattiva" (CH: 7,5%).

Dai dati sembrerebbe pertanto che, nonostante le difficoltà oggettive, gli ospiti delle case per anziani abbiano una percezione sostanzialmente positiva del loro stato di salute e della loro qualità di vita. Esistono tuttavia alcune differenze significative che è utile sottolineare: rispetto al resto della Svizzera, il Ticino si caratterizza per una percentuale più elevata di persone che giudicano il loro stato di salute "cattivo" (TI: 18%, CH: 12,6%) e per una minore percentuale di ospiti che ritengono di avere una qualità di vita complessivamente da buona a ottima (TI: 45%, CH: 64,3%). Questi dati devono comunque essere relativizzati in quanto

riguardano unicamente i rispettivi sottocampioni di anziani in grado di rispondere in modo autonomo alle interviste faccia a faccia (TI: 36,2%, CH: 50,8%).

### Stato oggettivo di salute

#### a) Problema di salute da lungo tempo

La tabella 3 mostra che quasi l'80% degli ospiti nelle case per anziani ha problemi oggettivi di salute da lungo tempo che, nella maggior parte dei casi, sono attribuibili a patologie di natura cronico-degenerativa. Non si riscontrano differenze statisticamente significative nel confronto delle prevalenze tra i sessi e tra Ticino e Svizzera.

#### b) Manifestazioni di dolore

Le manifestazioni di dolore costituiscono un importante indicatore della qualità di vita delle persone anziane che risiedono in istituzione.

Sulla base dei dati della tabella 4 si può affermare che non esistono delle differenze statisticamente significative tra il contesto istituzionale ticinese e quello svizzero. Complessivamente, circa il 50% degli ospiti nelle case per anziani ha affermato di non avere sofferto di dolori nel corso dell'ultima settimana, circa il 10% ha indicato di avere avuto dolori solo una volta, mentre oltre un terzo

## 3 Problema di salute da lungo tempo (almeno 6 mesi)

	Ticino						Svizzera					
	Uomini		Donne		Totale		Uomini		Donne		Totale	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	147	75,5	248	77,7	395	77,2	832	75,4	1.545	77,1	2.377	76,7
No	46	24,5	63	21,8	109	22,4	245	24,5	459	22,7	704	23,1
Nessuna risposta	–	–	1	0,5	1	0,4	1	0,1	5	0,2	6	0,2
<b>Totale</b>	<b>193</b>	<b>100,0</b>	<b>312</b>	<b>100,0</b>	<b>505</b>	<b>100,0</b>	<b>1.078</b>	<b>100,0</b>	<b>2.009</b>	<b>100,0</b>	<b>3.087</b>	<b>100,0</b>

Fonte: UST, Indagine sullo stato di salute delle persone anziane in istituzione, 2008/2009.

	Ticino						Svizzera					
	Uomini		Donne		Totale		Uomini		Donne		Totale	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mai	67	50,7	112	47,4	179	48,2	280	55,1	556	52,6	836	53,1
Una sola volta	13	9,4	17	12,3	30	11,6	42	8,0	100	9,4	142	9,1
Più volte, ma non ogni giorno	20	19,7	48	26,1	68	24,6	93	20,0	213	22,5	306	22,0
Ogni giorno, una o più volte	17	17,6	20	11,7	37	13,1	64	13,1	117	12,0	181	12,2
Nessuna risposta	3	2,6	4	2,5	7	2,5	17	3,8	30	3,5	47	3,6
<b>Totale</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	<b>201</b>	<b>100,0</b>	<b>321</b>	<b>100,0</b>	<b>496</b>	<b>100,0</b>	<b>1.016</b>	<b>100,0</b>	<b>1.512</b>	<b>100,0</b>

Fonte: UST, Indagine sullo stato di salute delle persone anziane in istituzione, 2008/2009.

ha risposto di avere sofferto regolarmente di dolori. E' tuttavia importante relativizzare questi dati, in quanto la domanda si riferisce alla frequenza dei dolori negli ultimi sette giorni e quindi potrebbe descrivere solo parzialmente una realtà più complessa.

c) *Patologie diagnosticcate*

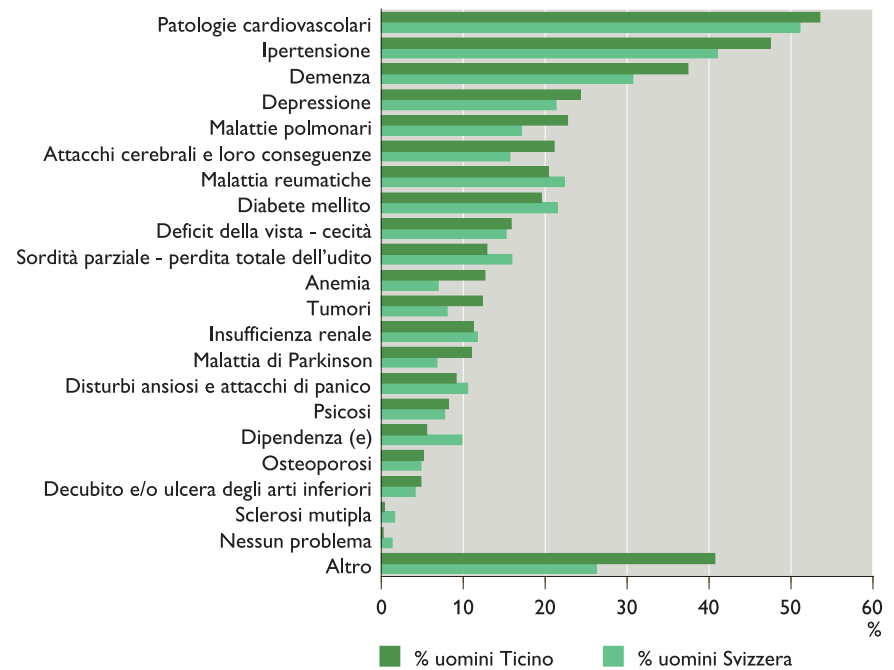
In generale, per la quasi totalità delle persone anziane in istituzione si riscontra un quadro clinico di comorbidità. Il numero medio di malattie diagnosticcate per le persone di 65 anni e più è infatti di 4,2 per gli uomini (CH: 3,5) e di 4 per le donne (CH: 3,5). Considerate le specificità di genere, è utile descrivere e confrontare le diagnosi in funzione del sesso.

Complessivamente, dai dati del grafico A non emergono delle differenze statisticamente significative nella prevalenza delle patologie diagnosticcate tra gli ospiti maschi delle case per anziani ticinesi e quelle svizzere.

Le tre patologie più frequenti riscontrate tra gli uomini sono: patologie cardiovascolari, ipertensione e demenza. Rispetto alle prime due patologie, la demenza comporta un'inevitabile degenerazione psichica e fisica della persona con conseguenze altamente invalidanti e, come corollario, un aumento del carico di lavoro della presa a carico del paziente da parte del personale di cura. La diagnosi di questa malattia è infatti una delle principali cause del ricovero in casa per anziani.

Dal grafico A si evince inoltre che circa il 25% degli uomini soffre di depressione, men-

**A** Patologie secondo le diagnosi mediche, ospiti uomini



Fonte: UST, Indagine sullo stato di salute delle persone anziane in istituzione, 2008/2009.

tre in circa un quinto dei casi sono state riferite malattie polmonari, attacchi cerebrali, malattie reumatiche e diabete mellito.

Si evidenzia infine una differenza sostanziale tra Ticino e Svizzera riguardante le diagnosi inserite nella categoria "Altro" (TI: 40,7%, CH: 26,2%).

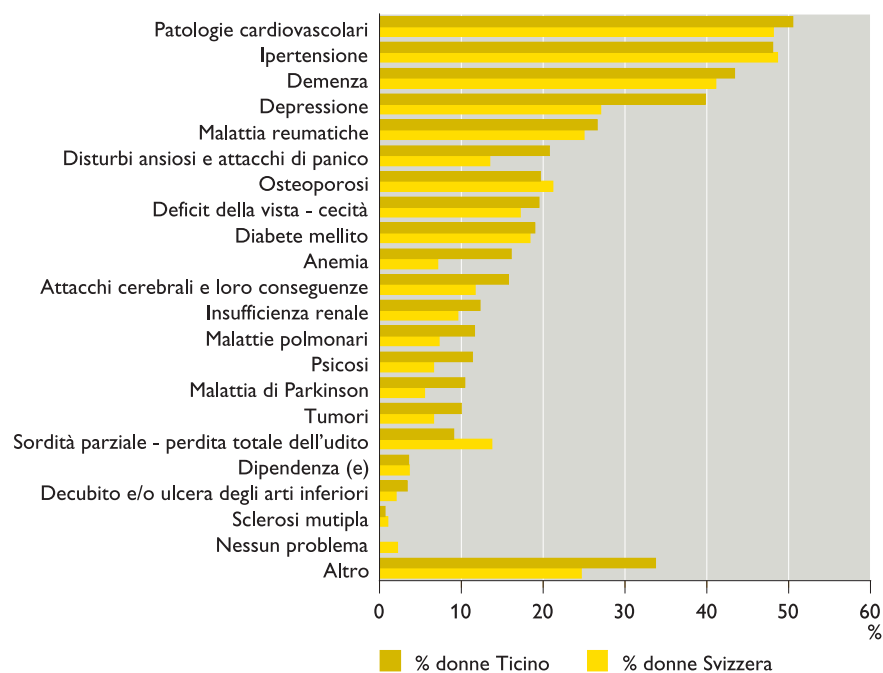
Anche tra le ospiti donne, in generale, non emergono differenze statisticamente significa-

tive dal confronto tra il Cantone Ticino e la Svizzera (grafico B). L'unica eccezione riguarda la depressione, riscontrata in misura maggiore tra le donne ticinesi (TI: 39,8%, CH: 27%).

In particolare, la prevalenza delle prime tre patologie diagnosticcate rispecchia il quadro clinico già riscontrato tra gli uomini: nelle case per anziani del Cantone Ticino, infatti, circa il 50% delle donne soffre di patologie car-

«Le tre patologie più frequenti riscontrate tra le persone anziane in istituzione sono: patologie cardiovascolari, ipertensione e demenza.»

## B Patologie secondo le diagnosi mediche, ospiti donne



Fonte: UST, Indagine sullo stato di salute delle persone anziane in istituzione, 2008/2009.

diovascolari e di ipertensione, mentre la percentuale dei casi di demenza supera il 40%.

Il grafico B evidenzia inoltre l'esistenza di altre patologie che hanno una frequenza più limitata all'interno delle case per anziani, anche se colpiscono comunque circa un quinto delle donne: osteoporosi, deficit della vista e cecità e diabete mellito.

Come già evidenziato per gli uomini, anche per il quadro clinico delle donne, soprattutto in Ticino, si riscontra una percentuale elevata di patologie classificate nella categoria "altro" (TI: 33,7%, CH: 24,7%).

### Consumo sanitario

#### a) consultazioni medico-sanitarie

In Ticino, il 94,4% delle persone che vivono in casa per anziani dispone della libera scelta del proprio medico curante, mentre nel resto della Svizzera questa percentuale scende al 79,1%. Gli ospiti delle case anziani ticinesi che hanno effettuato almeno un consulto medico nell'ultimo mese sono ben l'81% (il 74% nel resto della Svizzera). Nell'ambito delle patologie di natura psichiatrica, la consultazione e il trattamento sono stati effettuati dal medico generalista e/o dallo psichiatra.

Il grafico C mostra la percentuale delle singole consultazioni sanitarie effettuate dagli

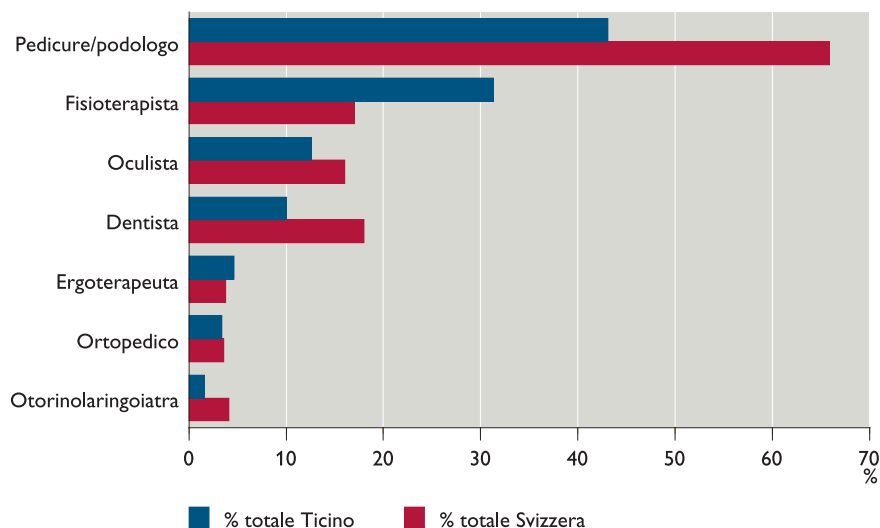
ospiti delle case per anziani negli ultimi 12 mesi di permanenza rispetto al numero totale delle consultazioni.

Oltre al medico generalista e allo psichiatra, i professionisti socio-sanitari maggior-

mente consultati sono, in ordine di frequenza, il podologo/pédicure e, in misura minore, il fisioterapista. Esistono tuttavia differenze sostanziali tra il Ticino e il resto della Svizzera: nel caso del podologo e della pédicure, a livello svizzero, il 66% degli anziani vi ha fatto ricorso durante gli ultimi 12 mesi, mentre in Ticino, la percentuale si attesta al 43%. Le ragioni di questa differenza sono da addurre principalmente al fatto che nel contesto ticinese questa prestazione risulta integrata, nella maggior parte dei casi, nelle cure di base. Di contro, la consultazione del fisioterapista avviene con una frequenza quasi doppia rispetto al contesto elvetico (TI: 31%, CH: 17%).

Fatta eccezione per le visite dal dentista (CH: 18% vs TI: 10%), vi sono infine consultazioni meno frequenti per le quali non si riscontrano delle differenze statisticamente significative tra il contesto ticinese e quello elvetico: visite dall'oculista, consultazioni dell'ergoterapeuta, dell'ortopedico e, infine, dell'otorinolaringoiatra.

## C Consultazioni di professionisti sanitari negli ultimi 12 mesi<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Più risposte possibili.

Fonte: UST, Indagine sullo stato di salute delle persone anziane in istituzione, 2008/2009.

## 5 Numero di farmaci assunti quotidianamente (ultimi 7 giorni)

	Ticino						Svizzera					
	Uomini		Donne		Totale		Uomini		Donne		Totale	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fino a 3 medicine al giorno	22	12,7	42	13,9	64	13,6	137	17,5	253	15,3	390	15,8
Da 4 a 8 medicine al giorno	102	54,4	159	52,5	261	53,0	491	50,6	934	52,7	1.425	52,2
9 e più medicine al giorno	63	32,9	99	33,6	162	33,4	340	31,9	635	32,0	975	32,0
<b>Totale</b>	<b>187</b>	<b>100,0</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>	<b>487</b>	<b>100,0</b>	<b>968</b>	<b>100,0</b>	<b>1.822</b>	<b>100,0</b>	<b>2.790</b>	<b>100,0</b>

Fonte: UST, Indagine sullo stato di salute delle persone anziane in istituzione, 2008/2009.

### b) consumo di farmaci

La tabella 5 mostra il numero di farmaci assunti quotidianamente dagli ospiti delle case per anziani. I dati presentano un quadro clinico di polifarmacoterapia in cui non emergono differenze significative né tra Ticino e Svizzera né tra uomini e donne: circa il 15% degli anziani prende fino a tre farmaci al giorno, mentre oltre il 50% degli ospiti assume quotidianamente da 4 a 8 medicine e circa un terzo un numero ancora maggiore.

Il grafico D mostra la prevalenza del consumo delle principali categorie di farmaci negli uomini residenti delle case per anziani ticinesi e svizzere.

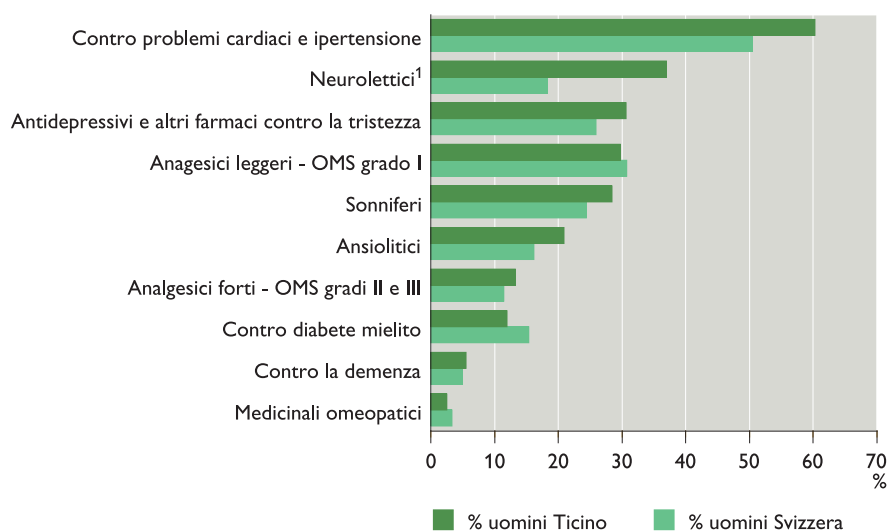
In generale, dal confronto tra il contesto istituzionale ticinese e quello elvetico non emergono differenze statisticamente significative: oltre il 55% degli anziani assume farmaci contro l'ipertensione e per la cura delle patologie cardiache. Queste percentuali sembrerebbero rispecchiare quanto evidenziato a livello di diagnosi medica (grafico A).

Il grafico D mostra inoltre una percentuale abbastanza importante di uomini che consumano farmaci per il trattamento delle patologie psichiatriche: circa il 25-30% degli ospiti assume antidepressivi, mentre il 20-

25% prende regolarmente sonniferi e ansiolitici. Tuttavia, è importante sottolineare la grande discrepanza tra Ticino e resto della Svizzera nel consumo di neurolettici: negli

istituti ticinesi, il 36,9% degli uomini assume questi farmaci, mentre a livello nazionale la percentuale si riduce della metà, attestandosi al 18,3%.

## D Assunzione delle principali tipologie di farmaci, ospiti uomini



<sup>1</sup> Disturbi comportamentali, deliri e allucinazioni.

Fonte: UST, Indagine sullo stato di salute delle persone anziane in istituzione, 2008/2009.

«Nelle istituzioni ticinesi l'uso di neurolettici risulta quasi doppio rispetto al contesto nazionale.»

Non vi sono invece differenze significative nel consumo di analgesici leggeri (circa 30%) e forti (11-14%) come pure nell'assunzione di farmaci contro il diabete mellito (12-16%), di medicinali specifici contro la demenza (4-6%) e di rimedi omeopatici (2-4%).

In generale, dal confronto delle prevalenze riguardanti il consumo dei principali farmaci assunti dalle donne residenti nelle case per anziani non emergono differenze statisticamente significative tra il contesto istituzionale ticinese e quello svizzero (grafico E).

Come già evidenziato per gli uomini (grafico D), anche tra le donne oltre il 55% assume regolarmente farmaci per la cura delle patologie cardiovascolari.

Il consumo di medicinali per la cura delle malattie psichiatriche, seppur percentualmente più basso, risulta comunque importante: oltre un terzo delle ospiti assume antidepressivi e sonniferi, mentre più del 25% prende regolarmente degli ansiolitici. Tuttavia, dai dati della tabella E si conferma anche per le donne una sostanziale discrepanza nel consumo di neurolettici tra il Ticino e la Svizzera: nelle istituzioni ticinesi l'uso di neurolettici risulta infatti quasi doppio rispetto al contesto nazionale (TI: 36,2%, CH: 20%).

Il 30-37% delle donne assume degli analgesici leggeri, mentre la prevalenza del consumo di analgesici forti corrisponde a circa il 10-15%.

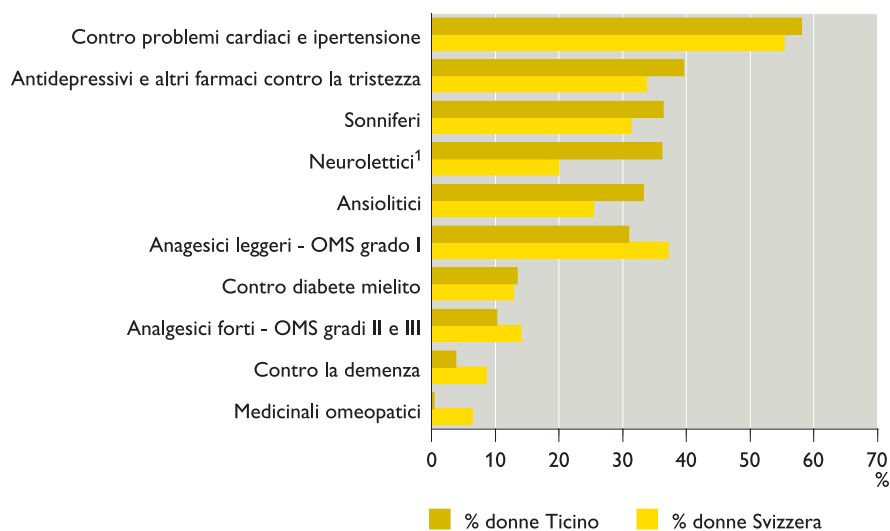
Infine, circa il 13% delle donne ricorre a farmaci per la cura del diabete mellito e meno del 10% usa medicinali contro la demenza, mentre i medicinali omeopatici vengono prescritti con una frequenza ancora minore.

#### c) Consumo di farmaci specifici per il trattamento della demenza, del dolore e della depressione

La grafico F mostra la prevalenza dei principali farmaci consumati dalle persone anziane a cui è stata diagnosticata una qualche forma di demenza.

Dal confronto dei dati, le principali differenze statisticamente significative riguardano l'assunzione di tre tipologie di farmaci: rispet-

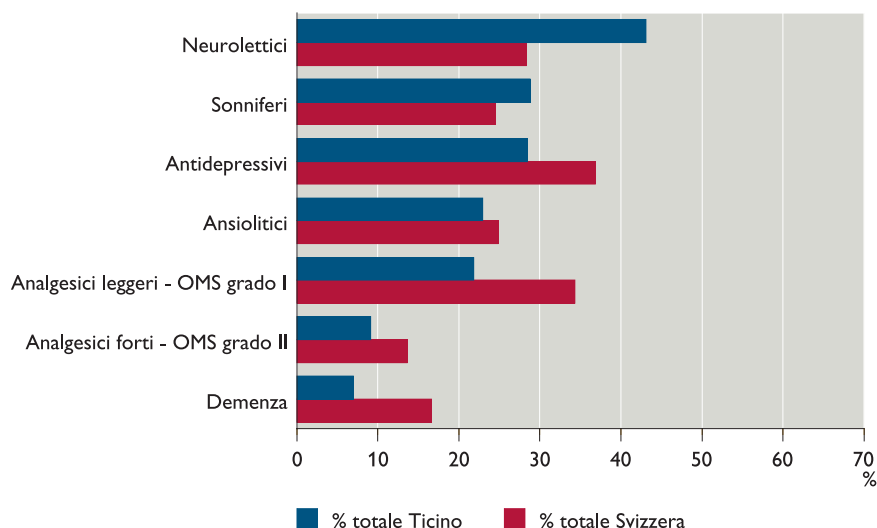
## E Assunzione delle principali tipologie di farmaci, ospiti donne



<sup>1</sup> Disturbi comportamentali, deliri e allucinazioni.

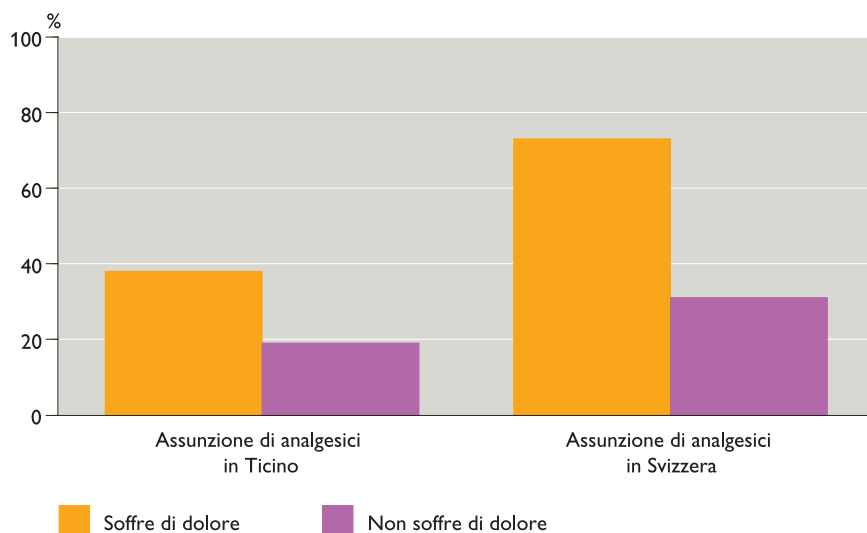
Fonte: UST, Indagine sullo stato di salute delle persone anziane in istituzione, 2008/2009.

## F Farmaci assunti dai pazienti con diagnosi medica "demenza"



Fonte: UST, Indagine sullo stato di salute delle persone anziane in istituzione, 2008/2009.

## G Manifestazioni di dolore e assunzione di analgesici (in %)



Fonte: UST, Indagine sullo stato di salute delle persone anziane in istituzione, 2008/2009.

to al resto della Svizzera, il Ticino si contraddistingue, infatti, per una quota più elevata di persone anziane affette da demenza che assumono neurolettici (TI: 43,1%, CH: 28,3%) e, al contrario, per un minore consumo di analgesici leggeri (TI: 21,8%, CH: 34,3%) e di antidepressivi (TI: 28,5%, CH: 36,8%). Non sono state invece identificate delle differenze significative nell'uso di sonniferi, ansiolitici, analgesici forti e farmaci contro la demenza.

Il grafico G mostra la percentuale delle persone anziane nelle istituzioni ticinesi e svizzere con manifestazioni di dolori che assume degli analgesici.

In primo luogo si può osservare un'importante differenza nel trattamento del dolore tra il contesto istituzionale ticinese e quello elvetico: nelle case per anziani del Cantone Ticino, solo il 38% delle persone che hanno manifestato dei dolori ha assunto degli analge-

sici, mentre questa percentuale raddoppia nel resto della Svizzera, dove raggiunge il 73%.

In secondo luogo, si riscontra un uso degli analgesici anche tra le persone che dichiarano di non soffrire di dolori, in particolare negli istituti d'oltralpe (TI: 19% vs CH: 31%).

Il grafico H presenta la percentuale di persone anziane nelle istituzioni ticinesi e svizzere con diagnosi clinica "depressione" che assumono dei farmaci antidepressivi.

In generale, dai dati non emergono differenze statisticamente significative tra il contesto istituzionale ticinese e quello svizzero: in entrambi i campioni, oltre due terzi dei pazienti a cui è stata diagnosticata una patologia depressiva assume degli antidepressivi. E però interessante sottolineare che vi è pure un quinto degli ospiti delle case per anziani che assume psicofarmaci, senza tuttavia soffrire di depressione.

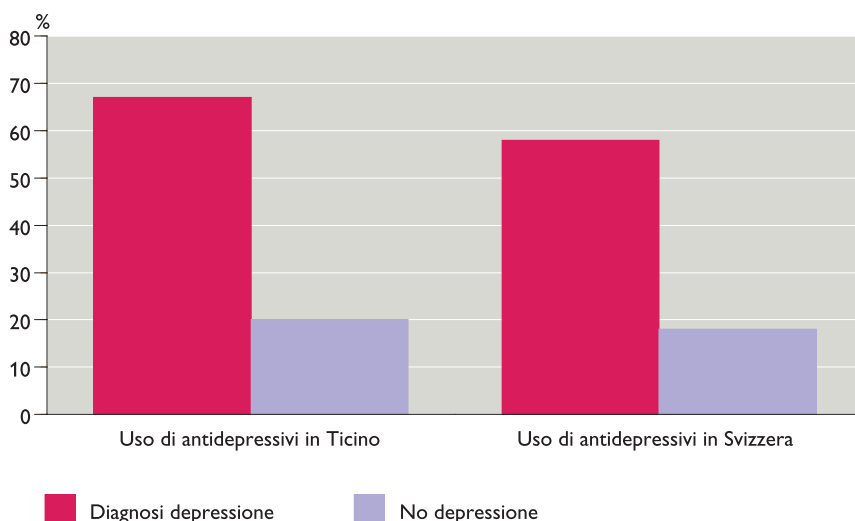
### d) Ricoveri in ospedale e al pronto soccorso

Nelle case per anziani ticinesi, il 19,5% degli anziani (CH: 15,8%) è stato ospedalizzato durante l'ultimo anno (rispetto al periodo dell'intervista).

La tabella 6 mostra che, nella maggior parte dei casi, il ricovero in ospedale degli anziani comporta una degenza relativamente lunga sia per gli ospiti residenti nelle istituzioni ticinesi che per quelli residenti nelle istituzioni del resto della Svizzera. Sul totale delle ospedalizzazioni, nel 17-22% dei casi la durata è inferiore ai 5 giorni, nel 23% la degenza dura da 5 a 9 giorni, nel 20-23% dei casi tra 10 e 14 giorni e, per oltre un terzo dei ricoveri, la degenza in ospedale supera i 15 giorni.

Infine, è interessante sottolineare che anche la percentuale di anziani in istituzione che ha dovuto recarsi al pronto soccorso degli ultimi 12 mesi non varia significativamente tra il Ticino e la Svizzera, attestandosi a circa il 15%. Di queste persone, quasi l'80% è stato ammesso una sola volta, mentre meno del 5% dei casi ha dovuto andare al pronto soccorso per più di tre volte.

## H Uso di antidepressivi tra le persone con diagnosi clinica "depressione" (in %)



Fonte: UST, Indagine sullo stato di salute delle persone anziane in istituzione, 2008/2009.

«Si può osservare un'importante differenza nel trattamento del dolore tra il contesto istituzionale ticinese e quello elvetico.»

## 6 Giorni di ospedalizzazione (ultimi 12 mesi)

	Ticino		Svizzera	
	n	%	n	%
1 giorno	4	5,2	27	6,9
2 - 4 giorni	12	11,6	68	15,8
5 - 9 giorni	24	23,0	106	22,3
10 - 14 giorni	16	22,8	86	19,9
15 giorni o più	36	37,4	168	35,1
<b>Totale</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>	<b>455</b>	<b>100,0</b>

Fonte: UST, Indagine sullo stato di salute delle persone anziane in istituzione, 2008/2009.

### Discussione generale

I risultati dell'indagine nazionale sullo stato di salute delle persone anziane in istituzione presentati nella prima e nella seconda parte di questo articolo hanno permesso di identificare alcune importanti similitudini e differenze che contraddistinguono i contesti istituzionali ticinesi e svizzeri come pure le tendenze generali e i principali problemi che accomunano le realtà cantonale e nazionale a quelle di altri paesi europei.

In primo luogo, le case per anziani ticinesi e svizzere si caratterizzano per la presenza di ospiti fragili, con forti deficit fisici e cognitivi nonché per un'elevata prevalenza di comorbidità.

Nella maggior parte degli anziani le capacità cognitive, comunicative e decisionali sono infatti alquanto limitate, soprattutto quando si tratta di esprimere i propri bisogni e utilizzare le informazioni ricevute dal personale di cura. In una parte importante degli ospiti si riscontra pure un handicap fisico rilevante che limita fortemente lo svolgimento delle principali attività di vita quotidiane. Inoltre, le persone anziane in istituzione soffrono di diverse patologie che condizionano ulteriormente il loro stato di salute e la loro qualità di vita. Circa i quattro quinti degli ospiti han-

no problemi di salute da lungo tempo, mentre oltre un terzo ha dolori cronici. Tra le principali patologie diagnosticate figurano le malattie cardiovascolari e le malattie psichiatriche, in particolare la depressione e la demenza, presente in oltre il 40% dei casi e che costituisce da sola una delle principali cause del ricovero.

In secondo luogo, quale corollario della presenza di persone fragili e con elevata comorbidità, le case per anziani ticinesi e svizzere si contraddistinguono pure per un importante consumo sanitario, soprattutto in termini di consultazioni mediche e di assunzione di farmaci.

Oltre alle regolari visite mediche effettuate, nella maggior parte dei casi, dal medico generalista e dallo psichiatra, gli ospiti usufruiscono infatti durante l'anno anche delle cure di altri professionisti sanitari, tra cui il podologo/pédicure e il fisioterapista. Meno di un quinto degli ospiti ricorre invece alle cure di altri specialisti quali l'oculista, il dentista, l'ergoterapeuta, l'ortopedico e l'otorinolaringoiatra.

La polifarmacoterapia è un ulteriore elemento che caratterizza le istituzioni per anziani. Oltre l'80% degli ospiti assume infatti quotidianamente almeno quattro farmaci e, addirittura, oltre un terzo prende nove e più

medicamenti ogni giorno. Nella maggior parte dei casi, si tratta di farmaci per la cura di patologie cardiovascolari e delle malattie psichiche, dove figurano, in particolare, i neurolettici, gli antidepressivi, gli analgesici, i sonniferi e gli ansiolitici.

Rispetto a queste tendenze generali sullo stato di salute degli ospiti delle case per anziani, il contesto istituzionale ticinese si differenzia da quello elvetico per alcuni aspetti riguardanti la casistica degli ospiti e, soprattutto, il trattamento farmacologico.

Nelle istituzioni ticinesi si riscontra, infatti, una maggiore prevalenza di persone anziane ultraottantenni fragili e con elevati livelli di handicap psichico e fisico. Tuttavia, l'elemento discriminante di maggiore rilievo concerne il consumo di farmaci neurolettici e analgesici. Se le prevalenze delle diagnosi mediche sono sostanzialmente simili tra il Ticino e la Svizzera, nelle case per anziani ticinesi il consumo di neurolettici è doppio. Questa differenza è oltremodo evidente nei pazienti con demenza. Di contro, l'uso di analgesici per il trattamento del dolore è invece inferiore di circa il 50% rispetto a quanto prescritto nelle case per anziani in Svizzera. L'esistenza di queste differenze potrebbe essere determinata da fattori culturali e/o diagnostici, soprattutto nel caso del trattamento del dolore cronico. Una riflessione più approfondita è pertanto auspicabile.

Inserite in un discorso più generale, le tendenze emerse a livello ticinese e svizzero confermano inoltre quanto già evidenziato dalla letteratura scientifica internazionale, soprattutto in merito al problema dell'adeguatezza del consumo dei farmaci (6, 11, 12, 16, 20) e alla cura dell'igiene orale (19, 21-24).

Diversi studi hanno sottolineato come un uso eccessivo e inappropriato dei farmaci nelle case per anziani costituisca una prassi abbastanza diffusa in diversi paesi europei che determina conseguenze negative di rilievo sia per gli anziani (effetti iatrogeni) sia per i costi sanitari, a causa di un aumento delle ospedalizzazioni e delle visite al pronto soccorso (3-5).



foto Ti-Press / Donato Morello

Nel caso specifico della prescrizione dei neurolettici, diverse ricerche hanno sottolineato l'uso eccessivo di questi farmaci, soprattutto nel trattamento della demenza come pure relativizzato la loro efficacia in riferimento all'evoluzione progressiva e degenerativa della patologia (2-5, 7, 8). Gli effetti negativi dei neurolettici possono infatti risultare anche gravi, come ad esempio irrequietezza, vaneggiamento, incontinenza urinaria, oltre ad aumentare considerevolmente il rischio di cadute e di rotture del femore (2). Alcuni studi hanno pertanto posto l'accento sull'importanza del monitoraggio costante del paziente da parte del medico e degli infermieri e sulla possibilità di ricorrere anche ad approcci terapeutici non farmacologici (4, 7-8).

Nell'ambito della prescrizione di farmaci analgesici per la cura del dolore cronico la letteratura ha invece evidenziato un uso sot-

to dimensionato rispetto ai bisogni espressi dagli ospiti delle case per anziani (6, 11-13). Le conseguenze derivanti da un trattamento insufficiente possono determinare stati depressivi, disturbi del sonno, perdita di appetito, agitazione e deliri (11, 12, 14-16) e, come corollario, peggiorare la qualità di vita. All'origine di questa discrepanza vi possono essere sia la difficoltà per il personale di cura di valutare adeguatamente l'intensità dolore, soprattutto nei pazienti con deficit cognitivi e comunicativi importanti ("dolore muto") (11, 20), sia fattori culturali, formativi e organizzativi (13, 15, 16).

Infine, in merito alla scarsa attenzione alla cura dell'igiene orale degli anziani, la letteratura scientifica evidenzia come questo problema sanitario sia riscontrabile in molte realtà istituzionali dei paesi occidentali. In particolare, alla scarsa igiene del cavo orale

sono spesso associati problemi di alimentazione, dolore, perdita di peso come pure un aumento del rischio di infezioni, di malattie cardio e cerebro vascolari e di diabete melito (18, 19, 23). Secondo alcuni autori, le principali ragioni di questa carenza sono da attribuire a fattori culturali, formativi e organizzativi come pure alla mancata aderenza terapeutica degli ospiti (20, 22), spesso per ragioni economiche.

L'identificazione di questi problemi sanitari costituisce l'occasione per una breve riflessione finale in termini di salute pubblica circa le possibili strategie da adottare a medio e lungo termine.

La letteratura scientifica internazionale ha innanzitutto sottolineato l'importanza di approfondire queste problematiche nell'ambito della formazione di base dei medici e degli infermieri come pure nei rispettivi corsi di perfezionamento (6, 13, 19, 22, 23). In particolare, alcuni studi hanno evidenziato l'esigenza di promuovere una cultura della gestione globale dell'anziano fragile che contempli un monitoraggio costante del quadro clinico e una valutazione regolare dell'efficacia e dell'adeguatezza delle terapie e dei farmaci somministrati, soprattutto nel caso di pazienti affetti da demenza (2, 7, 8). Questo aspetto risulta essenziale se si tiene conto del fatto che gli attori sanitari sono confrontati, e lo saranno sempre di più nei prossimi anni, con persone fortemente dipendenti, non in grado né di comunicare adeguatamente i loro bisogni né di garantire un'aderenza terapeutica in modo autonomo.

In secondo luogo, e in aggiunta a queste misure di natura più formativa e organizzativa, la letteratura ha pure evidenziato l'importanza di estendere la riflessione anche agli aspetti strutturali e architettonici e, nello specifico, alla creazione di spazi di vita interni ed esterni adeguati che possano rispondere ai bisogni degli anziani fragili e, in particolare, degli ospiti con problemi di demenza (7, 9, 15, 20).

**«Alcuni studi hanno evidenziato l'esigenza di promuovere una cultura della gestione globale dell'anziano fragile che contempli un monitoraggio costante e una valutazione regolare dell'efficacia e dell'adeguatezza delle terapie e dei farmaci.»**

## Conclusione

L'indagine nazionale sullo stato di salute delle persone anziane in istituzione ha sostanzialmente confermato le tendenze generali evidenziate dalla letteratura scientifica internazionale.

La tipologia dei residenti delle strutture svizzere e, in particolare, di quelle ticinesi comprende prevalentemente anziani ultra ottantenni fragili e fortemente dipendenti. Anche le competenze psichiche risultano compromesse e spesso associate alle diverse forme di demenza, pregiudicando le capacità espressive, cognitive e relazionali, in particolare nei confronti del personale di cura.

Nelle case per anziani si riscontra inoltre un quadro clinico di comorbidità associato ad una situazione di polifarmacoterapia. Le principali patologie diagnosticate sono le malattie cardiovascolari e le malattie psichiche e, in particolare, la demenza. Nel consumo di farmaci, il contesto istituzionale ticinese si differenzia da quello elvetico per una maggiore prescrizione di neurolettici e una minore prescrizione di analgesici nella cura del dolore cronico.

A livello di salute pubblica è dunque importante approfondire ulteriormente la riflessione sulla problematica della qualità di vita degli anziani in istituzione, in particolare per quanto concerne la polifarmacoterapia, il trattamento delle demenze e il dolore cronico. ■

## Bibliografia

- (1) Tomada A., Quaglia J., Casabianca A. (2011), Lo stato di salute delle persone anziane in istituzioni in Ticino (prima parte), in "Dati, statistiche e società", 11 (1): 36-45
- (2) Furniss L., Lloyd Craig SK., Burns A. (1998), Review. Medication use in nursing home for elderly people, in "International Journal of Geriatric Psychiatry", 13:433-439
- (3) Avorn J., Gurwitz JH. (1995), Drug use in the nursing home, in "Annals of Internal Medicine", 123 (3):195-204
- (4) Roberts MS. (1998), Medication prescribing and administration in nursing homes, in "Age and Ageing", 27:385-392
- (5) Lau DT. (2004), Potentially inappropriate medication prescriptions among elderly nursing home residents: the scope and associated resident and facility characteristics, in "Health Services Research", 39 (5): 1.257-1.276
- (6) Jones KR. et al. (2004), Translation research in long-term care: improving pain management in nursing home, in "Wordviews on Evidence-Based Nursing", Third Quarter (suppl.): 13-20
- (7) Fossey J. et al. (2006), Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial, in "British Medical Journal",
- (8) Bronskill SE. et al. (2004), Neuroleptic drug therapy in older adults newly admitted to nursing homes: incidence, dose, and specialist contact, in "Journal of American Geriatrics Society", 52: 749-755
- (9) Regione Lombardia (2010), I sintomi comportamentali e psicologici della demenza. Tavolo tecnico interaziendale ASL-RSA,
- (10) Thapa PB. et al. (1998), Antidepressants and the risk of falls among nursing home residents, in "New England Journal of Medicine", 339: 875-882
- (11) Takay Y. (2010), Literature review of pain prevalence among older residents of nursing homes, in "Pain Management Nursing", 11 (4):209-223
- (12) Zanolchi M. et al. (2007), Chronic pain in a sample of nursing home residents: prevalence, characteristics, influence on quality of life (QoL), in "Archives of Gerontology and Geriatrics", 47: 121-128
- (13) Clark L. et al. (2006), Nurses' reflections on pain management in nursing home setting, in "Pain Management Nursing", 7 (2): 71-77
- (14) Won AB. et al. (2004), Persistent non-malignant pain and analgesic prescribing patterns in elderly nursing home residents, in "Journal of the American Geriatrics Society", 52 (6):
- (15) Torvik K., Kaasa S., Rustøen T. (2010), Pain and quality of life among residents of Norwegian nursing homes, in "Pain Management Nursing", 11 (1):35-44
- (16) Boerlage AA. et al. (2008), Pain prevalence and characteristics in three Dutch residential homes, in "European Journal of Pain", 12:910-916
- (17) Ettinger RL. (2006), Rational dental care: part 1. Has the concept changed in 20 years?, in "Journal of Canadian Dentist Association", 72 (5):441-445
- (18) Avlund K., Holm-Pedersen P., Schroll M. (2001), Functional ability and oral health among older people: a longitudinal study from age 75 to 80, in "Journal of American Geriatrics Society", 49:954-962
- (19) Ship JA. (2002), Improving oral health in older people, in "Journal of American Geriatrics Society", 50:1.454-1.455
- (20) Tarzian AJ., Hoffman DE. (2004), Barriers to managing pain in the nursing homes: findings from a statewide survey, in "Journal of American Directors Association", 5:82-88
- (21) Glassman P., Subar P. (2010), Creating and maintaining oral health for dependent people institutional settings, in "Journal of Public Health Dentistry", 70:40-48
- (22) Shenkin JD., Braum BJ. (2001), Oral health and the role of Geriatrician, in "Journal of American Geriatrics Society", 49:229-230
- (23) Coleman P., Watson NM. (2005), Oral care provided by certified nursing assistants in nursing homes, in "Journal of American Geriatrics Society", 54:138-143
- (24) Chalmers JM. et al. (2005), The oral health assessment tool - validity and reliability, in "Australian Dental Journal", 50 (3): 191-199