

Anno accademico: 2024/2025

Corso: ASPETTI PROFESSIONALIZZANTI IN FARMACIA (154fa)

Ageismo e accesso alle cure

CONTESTO

- **Definizione di anziano**
- **Anziano e isolamento**
- **Anziano e fragilità**

Indicatori demografici – anno 2023

- ✓ **Speranza di vita alla nascita 83,1 anni** (6 mesi in più rispetto al 2022): uomini 81,1 anni; donne 85,2 anni (dati Istat).
- ✓ L'Italia è il paese **più vecchio d'Europa**: età media 48 anni, in Europa 44,4 anni (dati Eurostat).
- ✓ L'Italia è **settima al Mondo** per aspettativa di vita (dati *United Nations Population Division*)

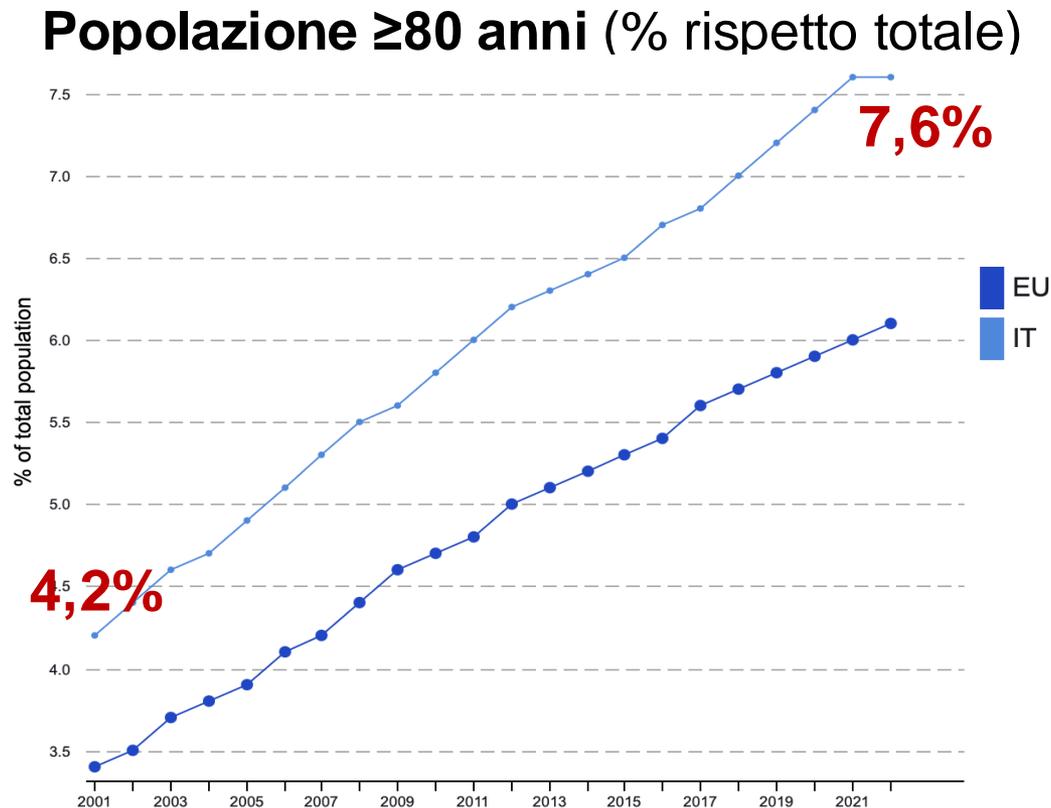


#	Country	Life Expectancy (both sexes)	Females Life Expectancy	Males Life Expectancy
1	Hong Kong	85.63	88.26	82.97
2	Japan	84.85	87.88	81.83
3	South Korea	84.43	87.28	81.32
4	French Polynesia	84.19	86.62	81.90
5	Switzerland	84.09	85.95	82.17
6	Australia	84.07	85.85	82.28
7	Italy	83.87	85.87	81.75
8	Singapore	83.86	86.36	81.38
9	Spain	83.80	86.44	81.10
10	Réunion	83.67	86.45	80.67



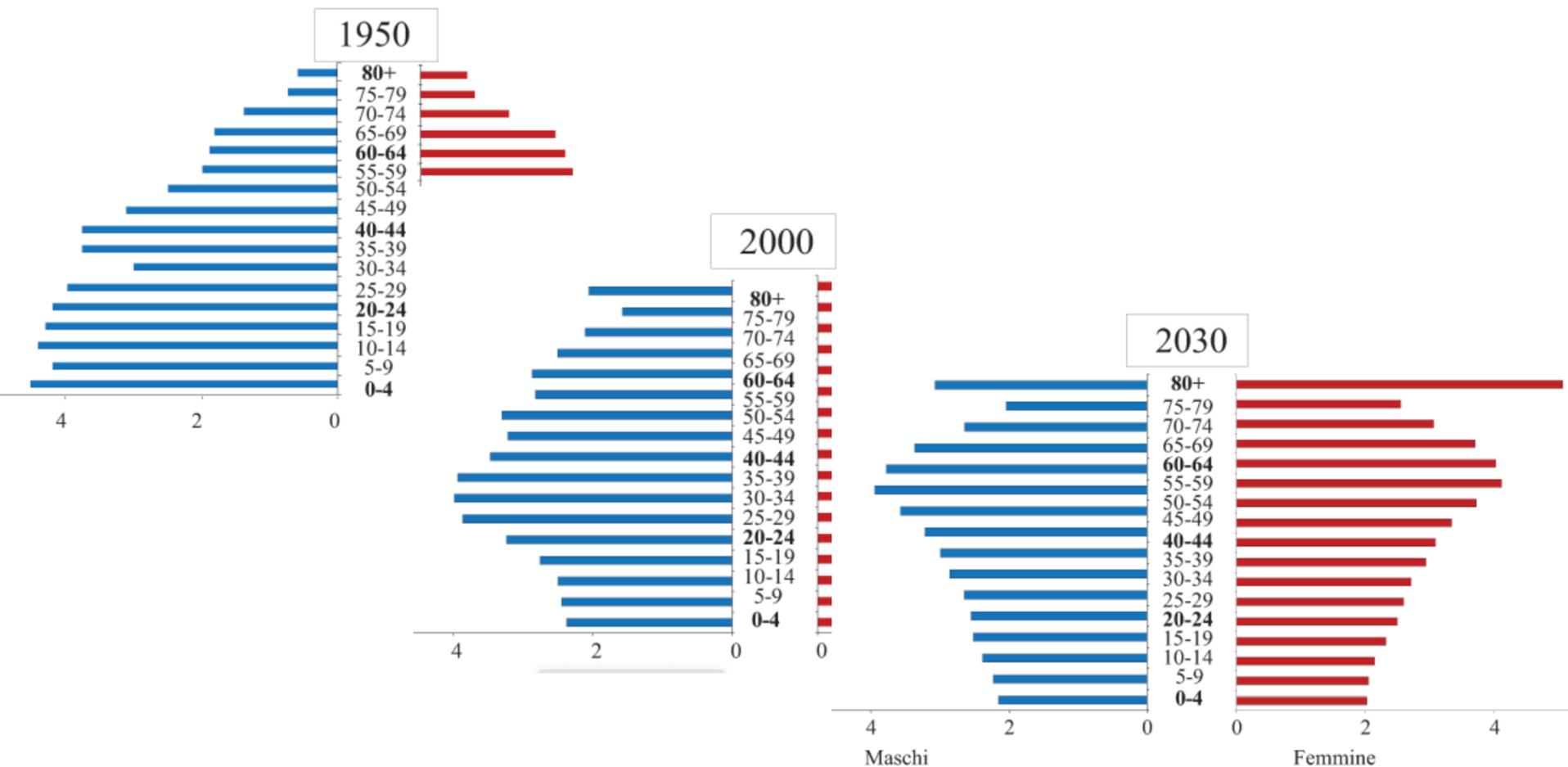
Una popolazione che invecchia. Dati Eurostat - Istat

- Nel 2022 la quota di **persone ≥65 anni** in Italia era del **23%** (rispetto al 18% del 2001); media europea 21% (16% del 2001). Circa **14 milioni** di persone in Italia ≥65 anni (in Europa circa 95 milioni).
- La quota di gli **persone ≥80 anni** è raddoppiata tra il 2001 e il 2022 (in Italia dal 4,2% al **7,6%**; in Europa dal 3,4 al 5,9%). Circa **4,5 milioni**.



Una rivoluzione demografica

Il motivo di questo evento epocale, che non ha precedenti nella storia dell'umanità per intensità e velocità con cui si è realizzato, è riconducibile a due fenomeni fra loro contrapposti: da una parte il sensibile **aumento dell'aspettativa di vita**, dall'altra la significativa **riduzione della natalità**.



Composizione percentuale della popolazione italiana nel 1950, 2000, 2030 proiezione

Chi è l'anziano?



Il punto di vista del geriatra

Prof. **Andrea Ungar** (Firenze)



Cos'è la vecchiaia?

- ✓ Convenzionalmente > 65 anni
- ✓ Oggi è anacronistico parlare di anzianità prima dei 75 anni: condizione soggettiva che varia da soggetto a soggetto:
 - fino ai 75 anni: **giovani anziani**
 - dopo 80 anni: **grandi anziani** (deterioramento di funzioni cognitive e presenza malattie croniche)

Età cronologica, biologica e psicologica

- ✓ anzianità non legata solo all'età
- ✓ altri fattori da valutare:
 - stato funzionale del paziente
 - condizioni fisiche e comorbidità
 - livello cognitivo
 - condizione sociale ed economica (ad es: la solitudine, in Italia 30% degli anziani >75 anni, rende vulnerabili, propensi alle cadute e meno resistenti alle malattie)

DEFINIZIONE DI ANZIANO

- ❖ L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS; World Health Organization-WHO) definisce i 65 anni come età di passaggio alla condizione di “anziano”
- ❖ Nel 2018 la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) ha suggerito di innalzare a 75 anni l'età in cui si diventa anziani



DEFINIZIONE OPERATIVA DI ANZIANO

Nel 2018 la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (**SIGG**) ha suggerito di innalzare a 75 anni l'età in cui si diventa anziani.

- anziano "giovane" → 65-74 anni
- anziano "vero" → 75-85 anni
- "grande" anziano → >85 anni



DEFINIZIONE DI ANZIANO

Nuova definizione dinamica di anzianità (soglia da 65 a 75 anni)

- ❖ **terza età** → condizionata da buone condizioni di salute, inserimento sociale e disponibilità di risorse
- ❖ **quarta età** → caratterizzata da dipendenza da altri e decadimento fisico

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) 2018



Emma Maria Mazzenga, 91enne veneta,
record del mondo dei 200 mt in 54 sec



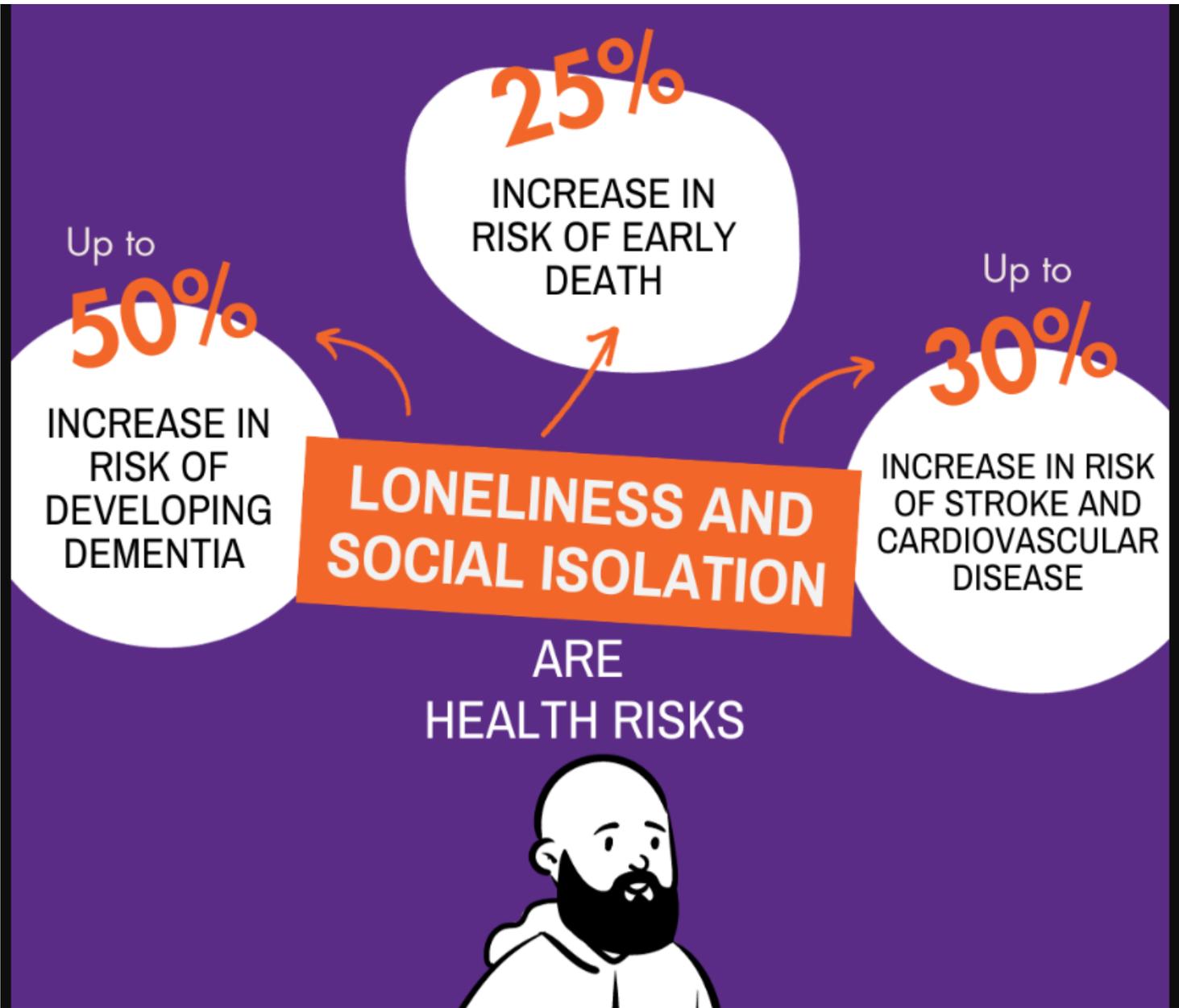
Franco, 72 anni

Popolazione (%) in età ≥ 65 del Veneto (2015)

POPOLAZIONE 65 anni e oltre
Confronto AULSS del Veneto in ordine crescente - anno 2015



- Il numero dei soggetti di età ≥ 65 anni è in costante aumento
- Il benessere del soggetto anziano è legato al **contesto familiare** (ruolo attivo di scambio culturale, assistenza, cura, ecc).
- **Circa 1 anziano su 4 vive solo.**





La sorveglianza Passi d'Argento

Anziano e isolamento (dati 2022-2023)

- ✓ Il 53% delle persone ≥ 65 anni vive sola (circa 3,5 milioni)
- ✓ Il 16% nel corso di una settimana normale, non ha avuto contatti, neppure telefonici, con altre persone.
- ✓ Il 75% riferisce di non aver frequentato alcun punto di aggregazione.
- ✓ Complessivamente il 15% degli anziani (ovvero più di 2 milioni della popolazione di età ≥ 65 anni) riferisce di non aver fatto né l'una né l'altra = condizione di isolamento sociale.

Indicatori - Passi d'Argento 2022-2023

	Isolamento sociale	Impossibilità a conversare con qualcuno	Impossibilità di partecipare ad attività sociali
Italia	15.1	16.1	75.0

L'isolamento sociale negli anziani

Dati della sorveglianza Passi d'Argento (ISS - 2021-2022)



Più di 2 milioni di over 65 (15%) solitamente non parlano con nessuno di persona o per telefono e non partecipano ad attività sociali o frequentano punti di incontro



È più frequente tra chi ha un basso livello di istruzione e maggiori difficoltà economiche, ma non ci sono significative differenze di genere



È associato a depressione e disabilità (+200%), ospedalizzazione (+49%), inattività fisica (+27%), cattiva alimentazione (+21%), perdita di autonomia nelle attività della vita quotidiana (+21%)



Fragilità: definizione

*Situazione biologica caratterizzata da **riduzione delle riserve funzionali** e **diminuita resistenza agli stress**, provocata dal **declino cumulativo di più sistemi fisiologici** che correla con comorbidità, disabilità, istituzionalizzazione e mortalità.*

(Fried 2001, 2004)



Fragilità: quantificazione

1) fenotipo di fragilità: sindrome clinica caratterizzata dalla presenza di almeno 3 dei seguenti:

- ✓ Perdita di peso (sarcopenia)
- ✓ Affaticamento (fatica in almeno 3 giorni/settimana)
- ✓ Riduzione della forza muscolare (ad es. hand-grip)
- ✓ Riduzione della velocità di cammino
- ✓ Ridotta attività fisica (lavori domestici, tempo libero)

2) indice di fragilità (frailty index): deficit cumulativo di funzioni in una serie di scale di valutazione della performance dell'anziano (**valutazione multidimensionale geriatrica**) nelle seguenti aree: salute fisica, stato cognitivo, stato psico-emozionale, stato funzionale, condizione socioeconomica, ambiente di vita.

I test sull'invecchiamento

Cosa si può fare per valutare le condizioni di un anziano?



- ❖ **Velocità del passo**: se il ritmo di deambulazione scende sotto 0,8 metri al secondo significa che l'individuo è affetto da un decadimento fisico e che sarà più soggetto a possibili cadute. Anche la qualità della camminata, il grado di stabilità e le oscillazioni eccessive sono oggetto di osservazione attenta dello specialista.
- ❖ **Chair stand test**: il paziente deve alzarsi ripetutamente dalla sedia con le braccia incrociate, con la sola forza delle gambe.

Il circolo vizioso della fragilità

**Multimorbidità
cronico-
degenerativa
(inclusi esiti
stabilizzati di
eventi acuti)**

**Sarcopenia e
debolezza**

**Ridotta
attività fisica**

Disabilità

**Ridotto
introito nutrizionale**

Fragilità sociale

Stato di salute nell'anziano: conclusione

- Lo **stato di salute** di un paziente anziano è la risultante di molti fattori, i principali sono:
 - ✓ modificazioni legate al mero invecchiamento;
 - ✓ presenza di patologie croniche;
 - ✓ condizioni di fragilità e disabilità;
 - ✓ rete familiare e supporto sociale (isolamento).
- Le persone invecchiano in modi diversi e con velocità diverse = **fenotipo dell'invecchiamento**.
- Attraverso varie valutazioni è possibile individuare gli **anziani fragili**

Ageismo

L'**ageismo** (dall'ingl. ageism, a sua volta dal s. age ('età') con l'aggiunta del suffisso -ism (-ismo) (Enciclopedia Italiana Treccani, 2016) consiste nella **stereotipizzazione e nella discriminazione di una persona o di un gruppo di persone, in base all'età.**



La discriminazione in base all'età si riferisce a COME:

- ✓ **PENSIAMO (stereotipi)**
- ✓ **SENTIAMO (pregiudizi)**
- ✓ **AGIAMO (discriminazione)**

verso gli altri o noi stessi in base all'età.

Ageismo e impatto sulla salute

Current Directions in Psychological Science
Volume 18, Issue 6, December 2009, Pages 332-336
© 2009 Association for Psychological Science, Article Reuse Guidelines
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>



Article

Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging

Il contesto e il punto di partenza

L'ageismo può avere un **impatto sulla salute attraverso tre dimensioni distinte**, ma interconnesse:

- discriminazione basata sull'**età** (ad es., trattamenti medici necessari rifiutati a causa dell'età);
- **stereotipi** negativi sull'età (ad es., credenze negative sulle persone anziane in generale);
- **auto-percezioni** negative dell'invecchiamento (ad es., convinzioni dalle stesse persone anziane sul proprio processo di invecchiamento)

Ageismo e accesso alle cure

- Due diversi livelli di ageismo:
 - livello **strutturale**, in cui le istituzioni rafforzano il pregiudizio nei confronti delle persone anziane
 - livello **individuale**, dove l'anziano acquisisce la visione negativa dell'invecchiamento propria della cultura di appartenenza.
- Entrambe le dimensioni possono svolgere un ruolo importante nell'influenzare gli outcomes di salute del soggetto anziano.
- **Un paziente anziano curato in maniera inefficace, va incontro a ricadute e ospedalizzazioni e deve essere nuovamente trattato con spreco di risorse, oltre che di vita e sofferenze individuali evitabili.**

Ageismo e accesso alle cure

➤ Aspetti legati all'erogazione dei servizi

- Razionalizzazione risorse
- Medicina difensiva
- Formazione *stake holder*

➤ Ageismo e fragilità

- Auto-ageismo
- Accessibilità: comorbidità/disabilità/fragilità;
isolamento sociale; svantaggio socio-economico

Ageismo e accesso alle cure

- **Studio del fenomeno**

Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review

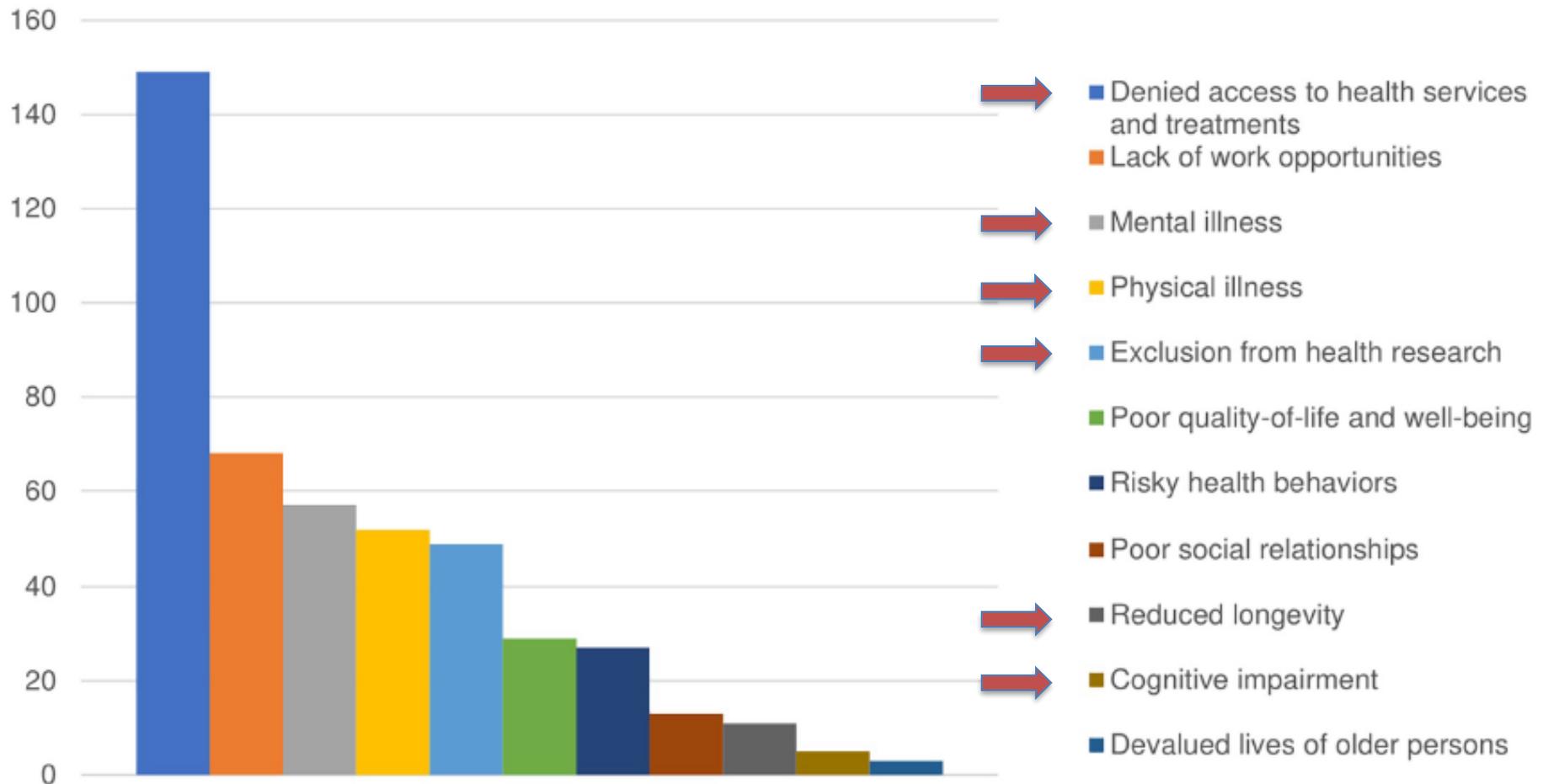
E-Shien Chang¹, Sneha Kannoth², Samantha Levy¹, Shi-Yi Wang², John E. Lee³, Becca R. Levy^{1,4*}

- ✓ L'ageismo pare impattare negativamente su di un'ampia gamma di aspetti afferenti alla sfera della salute, nel soggetto anziano.
- ✓ Il 95.5% dei 422 studi correla il fenomeno oggetto d'indagine con un quadro complessivo di peggioramento della condizione dell'over 60.
- ✓ Tale aspetto:
 - riguarda trasversalmente ogni realtà geografica analizzata (45 Paesi)
 - coinvolge molti aspetti (domini) della salute
 - presenta una prevalenza di risultati significativi direttamente proporzionale all'avanzare dell'età

Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review

E-Shien Chang¹, Sneha Kannoth², Samantha Levy¹, Shi-Yi Wang², John E. Lee³, Becca R. Levy^{1,4*}

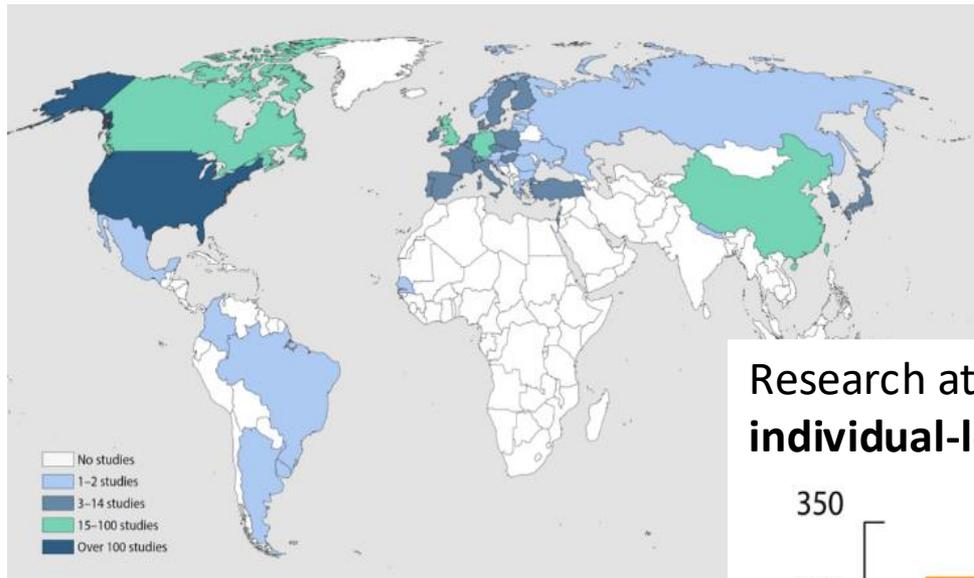
Impact of ageism on health in 11 health domains:



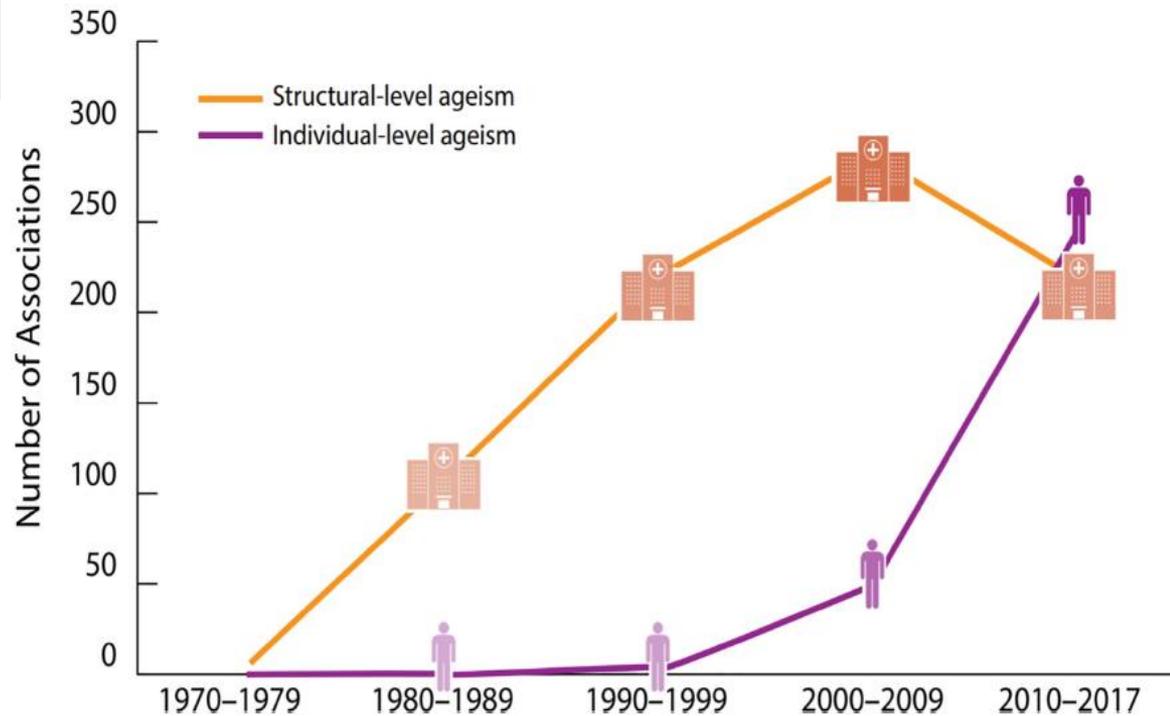
Geographic distribution of ageism studies across 45 countries.

Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review

E-Shien Chang¹, Sneha Kannoth², Samantha Levy¹, Shi-Yi Wang², John E. Lee³, Becca R. Levy^{1,4*}



Research attention given to **structural-level** and **individual-level** ageism on health studies over time.



CONCLUSIONI

- I domini di salute maggiormente condizionati dall'ageismo si riferiscono al **mancato accesso alle cure**, con il personale sanitario meno propenso ad erogare i trattamenti ai pazienti più anziani, rispetto a quelli più giovani, dopo aver verificato la relativa prognosi e preferenze di cura.
- Paradosso degli anziani **esclusi dagli studi di ricerca**, nonostante si riferiscano a patologie maggiormente distribuite in tale fascia d'età (ad es. m. di Parkinson).
- Per quanto riguarda i domini individuali, il soggetto anziano con un **auto-percepito pessimistico** del processo di invecchiamento vede la propria longevità e capacità relazionale significativamente colpita.
- L'ageismo può condizionare anche la **salute mentale** dell'individuo, aumentando la sintomatologia depressiva e il declino cognitivo.
- Sono maggiormente rappresentati soggetti con **livelli educativi inferiori** rispetto a coloro che hanno un livello di scolarizzazione maggiore.

Subjective Successful Aging Predicts Probability of Mortality Over 9 Years Among Adults Aged 50–74

Rachel Pruchno, PhD,^{1,*} Laura P. Sands, PhD,² Francine P. Cartwright, BS,¹ Miriam Rose, MEd,³ and Xiaofan Zhu, MS⁴

Ageismo, accesso alle cure e mortalità

- ✓ Studio condotto su 5.483 persone di età compresa tra i 50 e 74 anni, *dai ricercatori del New Jersey Institute for Successful Aging*.
- ✓ Gli effetti negativi dell'ageismo influenzano anche la longevità, con una probabilità più alta di morire nelle persone anziane che hanno un'autopercezione negativa dell'invecchiamento.
- ✓ Gli anziani che hanno atteggiamenti ageisti hanno un rischio di mortalità entro 9 anni fino a **4 volte più alto** (45%) rispetto a chi ha una percezione positiva dell'invecchiamento, pur tenendo conto delle variabili demografiche di salute e stile di vita.

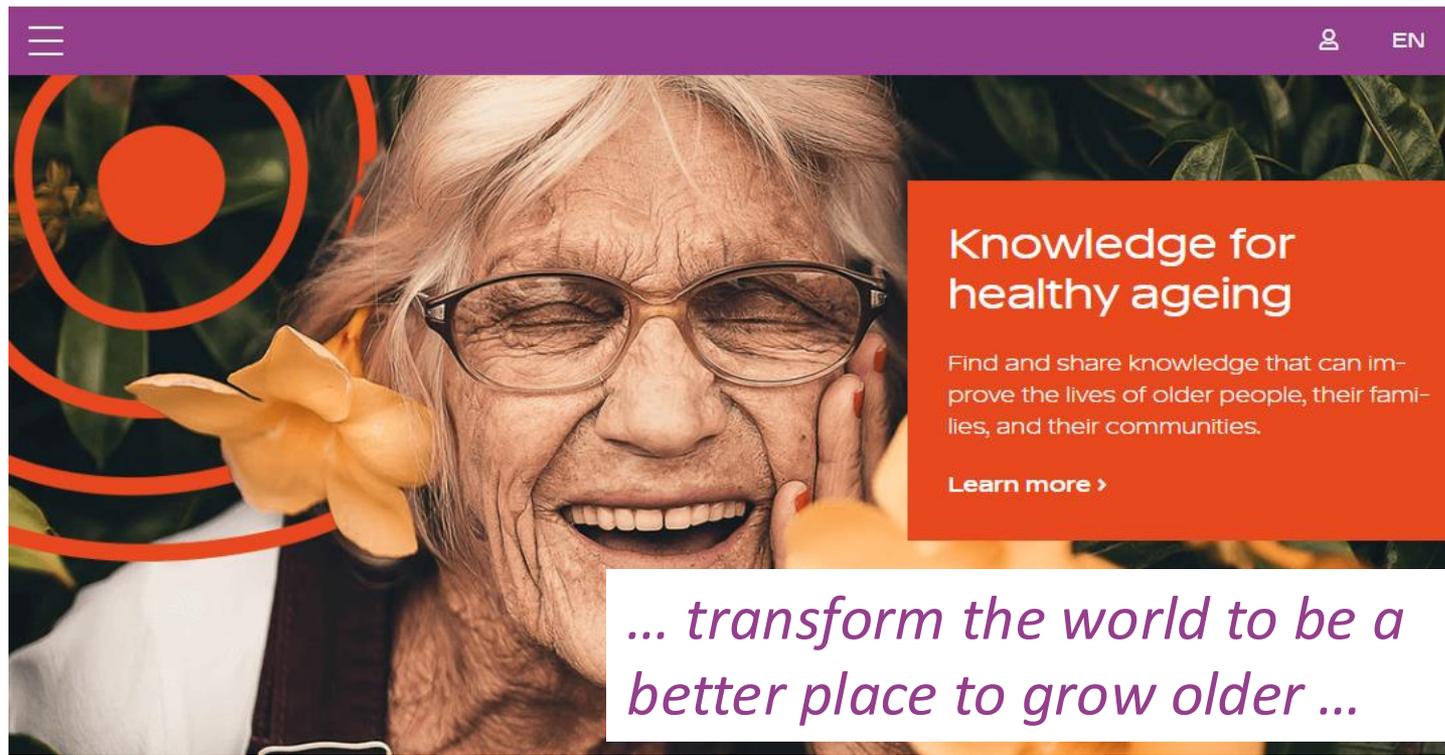
Ageismo e accesso alle cure

➤ Studio del fenomeno

➤ Cosa fare

- Consapevolezza
- Formazione *stake holder*
- Interventi organizzativi strutturali e individuali

Le Nazioni Unite promuovono il decennio (2021-2030) dell'invecchiamento in buona salute.



<https://www.decadeofhealthyageing.org/>

La Carta di Firenze: manifesto contro l'ageismo sanitario

- ❖ Nel 2024 in occasione del congresso “Anti-ageism Alliance”, organizzato dalla Fondazione Menarini con il patrocinio della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), nasce la Carta di Firenze, il primo manifesto mondiale contro l'ageismo sanitario.
- ❖ Il documento coordinato da Andrea Ungar, Ordinario di Geriatria all'Università di Firenze, e Luigi Ferrucci, Direttore Scientifico del National Institute on Aging di Baltimora, propone 12 azioni concrete per ridurre al minimo l'impatto negativo dell'ageismo nell'assistenza sanitaria e migliorare la qualità di vita degli anziani, riducendo i costi legati alle loro patologie.

Carta of Florence Against Ageism; No Place for Ageism in Healthcare

**Andrea Ungar, MD, PhD,^{1,*}  Antonio Cherubini, MD, PhD,²  Laura Fratiglioni, MD, PhD,^{3,4}
Vânia de la Fuente-Núñez, MD,⁵  Linda P. Fried, MD, MPH,⁶  Marlane Sally Krasovitsky, PhD,⁷
Mary Tinetti, MD,⁸ Alana Officer, MPH,⁹ Bruno Vellas, MD,¹⁰ and Luigi Ferrucci, MD, PhD^{11,*} **

¹Division of Geriatrics and Intensive Care Medicine, Careggi Hospital and University of Florence, Florence, Italy.

²Geriatrics, Accettazione geriatrica e Centro di ricerca per l'invecchiamento, IRCCS INRCA, Ancona, Italy.

³Aging Research Center, Department of NVS, Karolinska Institutet and Stockholm University, Stockholm, Sweden.

⁴Department of Neurobiology, Care Science and Society, Gerontology Research Center, Stockholm, Sweden.

⁵Independent Researcher, Barcelona, Spain.

⁶Butler Columbia Aging Center, Columbia University Mailman School of Public Health and Vagelos College of Physicians and Surgeons, New York City, New York, USA.

⁷Global Campaign to Combat Ageism, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

⁸Department of Medicine, Yale School of Medicine, New Haven, Connecticut, USA.

⁹Demographic Change and Healthy Ageing, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

¹⁰IHU HealthAge, University of Toulouse, INSERM CERPOP, Toulouse, France.

¹¹Intramural Research Program of the National Institute on Aging, NIH, Baltimore, Maryland, USA.

*Address correspondence to: Luigi Ferrucci, MD, PhD. E-mail: ferruccilu@grc.nia.nih.gov

La Carta di Firenze (Carta of Florence against ageism – 2024)

1. **Educazione.** Bisogna promuovere l'educazione e la sensibilizzazione della popolazione.
2. **Formazione.** Invecchiamento parte integrante del percorso formativo.
3. **Prevenzione.** Promuovere la medicina preventiva in ogni fascia di età.
4. **Personalizzazione delle terapie.** Terapie su misura finalizzate a raggiungere obiettivi realistici, compatibilmente con l'età e le comorbidità del paziente.
5. **Condivisione del percorso di cura** (medico, paziente, caregiver, assistenti sociali).
6. **No alle discriminazioni.** La scelta delle terapie non va fatta in base all'età anagrafica.
7. **Trial clinici più inclusivi.**
8. **Assistenza più integrata.** Coordinamento tra assistenza medica e sociale.
9. **Priorità al PS** (percorsi dedicati).
10. **Ospedali age-friendly.**

11. Accessibilità:

- Garantire accesso all'assistenza sanitaria alle persone anziane, in particolare a quelle con disabilità, fragilità, isolamento sociale e svantaggio socioeconomico.
- L'assistenza dovrebbe comprendere la salute orale, degli occhi, e orecchio.
- Il trasporto pubblico verso le strutture sanitarie dovrebbe essere accessibile.

12. **Tecnologie a misura di anziano.** Coinvolgimento degli anziani nello sviluppo di tecnologie sanitarie, compresa l'intelligenza artificiale.

Ageismo e accesso alle cure

- **Studio del fenomeno**
- **Cosa fare**
 - Consapevolezza
 - Formazione *stake holder*
- **Dove siamo**

Rinuncia a visite mediche ed esami diagnostici (dati Passi d'Argento 2022-2023)

Rinuncia alle cure	
	%
Rinuncia a visite mediche e/o esami diagnostici su tutto il campione	18.4
Non rinuncia a visite mediche e/o esami diagnostici	60.5
Non ha bisogno di visite mediche e/o esami diagnostici	21.1
Rinuncia a visite mediche e/o esami diagnostici tra chi ha bisogno	23.3

Il 18% dei soggetti ≥ 65 anni (**circa 3 milioni**) ha rinunciato ad almeno una visita medica o a un esame diagnostico di cui avrebbe avuto bisogno.

Rinuncia a visite mediche ed esami diagnostici (dati Passi d'Argento 2022-2023)

- La rinuncia è risultata **più frequente**:
 - persone in difficoltà economiche (39% tra chi arriva a fine mese con molte difficoltà vs 20% rispetto a chi non ne ha)
 - bassa istruzione (24% licenza elementare vs 19% laureati)
 - donne (25% vs 21% uomini)

- **Motivi** della rinuncia alle cure
 - liste d'attesa troppo lunghe (55%)
 - difficoltà nel raggiungere la struttura od orari scomodi (13%)
 - costi elevati e non sostenibili (10%)

Ageismo e accesso ai servizi di base

(dati Passi d'Argento 2022-2023)



- Le difficoltà di accesso non riguardano solo le visite mediche o gli esami diagnostici, ma anche i **servizi di base** (possibilità di raggiungere: ASL, MMG o i negozi di beni di prima necessità).
- Il 32% degli anziani (**circa 4,5 milioni**) ha riportato difficoltà nell'accesso ai servizi sociosanitari o ai negozi.
- Queste difficoltà sono più frequenti:
 - con l'età avanzata (68% in anziani ≥ 85 anni),
 - tra le donne (39% vs 23% degli uomini),
 - tra le persone socialmente più svantaggiate (bassi livelli di istruzione o maggiori difficoltà economiche).

Ageismo e accesso alle cure

- **Studio del fenomeno**
- **Cosa fare**
 - Consapevolezza
 - Formazione *stake holder*
- **Dove siamo**
- **Interventi organizzativi strutturali e individuali**

Un esempio pratico di intervento.

L'esempio virtuoso del progetto Giro: *ospedale senza muri*

- ✓ Nel 2021 AUSL Toscana Centro ha dato vita al progetto G.i.r.o.t. (Gruppi di Intervento Rapido Ospedale-Territorio) per assistere a domicilio gli anziani malati e fragili, cercando di evitarne il ricovero ospedaliero.
- ✓ Team: medici geriatri, specialisti, palliativisti, infermieri territoriali.
- ✓ Esempio vincente di integrazione fra ospedale e territorio.
- ✓ Nel primo anno, 3.000 visite effettuate con una presa in carico media di 10 giorni a paziente:
 - **5% dei casi ha dovuto essere ricoverato in ospedale**
 - **Riduzione della mortalità (5% vs 20% della media nazionale).**

Age-It: Ageing Well in an Ageing Society

<https://ageit.eu/wp/>

- ✓ Programma di ricerca sull'invecchiamento, guidato dall'Università di Firenze e finanziato dal PNRR, per progettare soluzioni socio-economiche, biomediche e tecnologiche per un'Italia inclusiva verso tutte le generazioni.
- ✓ Age-It è una rete di università (20 atenei), enti di ricerca e imprese che mette a sistema le competenze per lo sviluppo di 10 diversi ambiti.



Age-it affronta **tre livelli di analisi**: **micro** (individui), **meso** (famiglie, istituti di cura e assistenza, associazioni volontariato, e imprese), e **macro** (società, istituzioni).

Le 10 grandi aree tematiche (Spokes) di Age-It



La Demografia dell'invecchiamento: un approccio di Data Science per prendere decisioni



Comprendere la biologia dell'invecchiamento



Fattori clinici ed ambientali, stato funzionale e multimorbilità



Traiettorie per l'invecchiamento attivo e in buona salute



Sostenibilità dei sistemi di cura all'anziano in una società che invecchia



Silver Economy: lavoro, partecipazione e welfare in età avanzata



Dimensioni culturali e politiche delle società che invecchiano



Interventi multicomponente e tecnologie per ridurre il peso di malattie e disabilità legati all'età



Tecnologie avanzate per un invecchiamento attivo e in buona salute



Invecchiamento e politiche

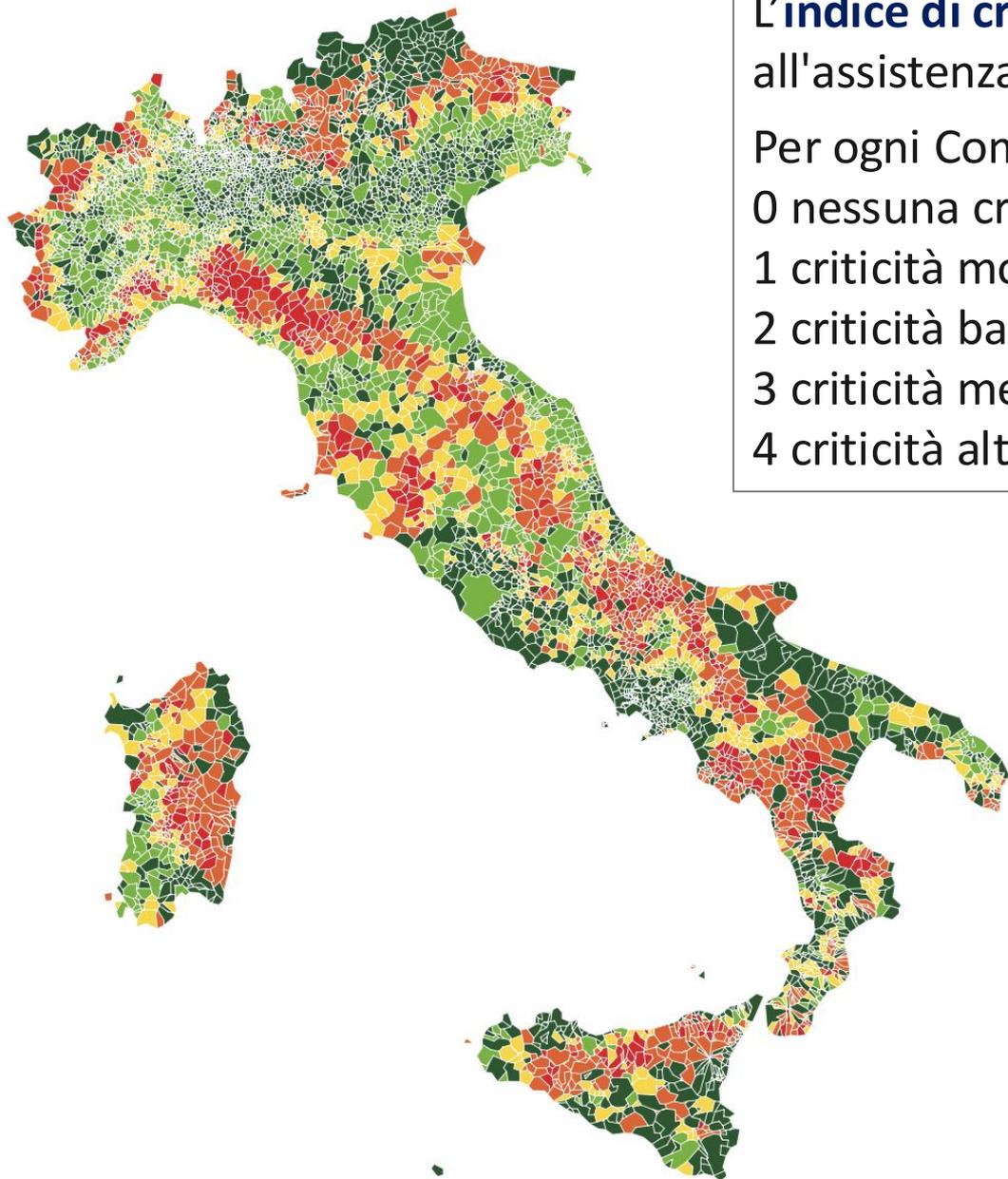


Mappa dei Comuni dove gli anziani rischiano di non avere le cure che servono

- Programma di ricerca sull'invecchiamento (Age-It) guidato dall'Università di Firenze e finanziato dal PNRR (rete atenei e centri di ricerca).

- **Indice di criticità** in base ai dati relativi a:
 - popolazione anziana residente,
 - classificazione di “area interna” (distanza in auto superiore ai 20 minuti da un ospedale e da altri servizi),
 - possibilità di avere a disposizione caregiver familiari (attraverso il rapporto percentuale tra la popolazione over 80 e i parenti di età compresa tra i 50 e i 64 anni)

Mappa dei Comuni dove gli anziani rischiano di non avere le cure che servono



L'**indice di criticità** potenziale è relativo all'assistenza sanitaria agli over 80.

Per ogni Comune c'è un numero da 0 a 4:
0 nessuna criticità (verde scuro),
1 criticità molto bassa (verde chiaro),
2 criticità bassa (giallo),
3 criticità media (arancio-rosa);
4 criticità alta (rosso)



Mappa dei Comuni dove gli anziani rischiano di non avere le cure che servono

Potenziale utilità dell'indice di criticità.

Strumento per chi programma l'assistenza sanitaria a livello locale in modo da decidere possibili interventi su misura.

Ad esempio:

- **“area interna”** significa scarsa presenza di infrastrutture come trasporti, scuole e ospedali: questa carenza può essere limitata creando servizi locali di prima assistenza.
- **rete di servizi:** creare Case di Comunità e co-housing in strutture semiresidenziali con accordi tra Comuni limitrofi.



Agenzia Italiana del Farmaco

AIFA

Studio nazionale dell'AIFA sulla qualità della prescrizione farmacologica nella popolazione geriatrica (12 milioni di anziani >65 anni)

STUDIO AIFA FOTOGRAFA CORRETTEZZA CURE NELLA POPOLAZIONE ANZIANA

Un anziano su due oltre i 65 anni nel nostro Paese assume dai 5 ai 9 farmaci al giorno

Quasi il 60% della popolazione ultra-65enne manifesta scarsa aderenza alle terapie contro depressione, ipertensione, diabete e osteoporosi

Rischi di eventi avversi causati da inappropriately prescrittiva e interazioni tra farmaci

36.000 anziani esposti a possibili rischi per assunzione di 2 o più farmaci aritmogenici

22.000 esposti a pericoli di sanguinamento per uso contemporaneo di 3 farmaci pro-emorragici

85.000 (la popolazione di una media città italiana) a rischio di insufficienza renale per uso contemporaneo di 3 farmaci dannosi per i reni.

Ageismo e accesso alle cure: ridurre l'uso eccessivo in sanità



Uso eccessivo della polifarmacoterapia negli anziani:

- ✓ In 5 anni 1 anziano su 4 viene ospedalizzato per problematiche conseguenti ai farmaci assunti (10% dei ricoveri in questa popolazione, di cui il 40% potrebbe essere evitato)
- ✓ Tra i pazienti che assumono più di 5 farmaci, un terzo sperimenta ogni anno una reazione avversa (25% evitabile).
- ✓ Circa il 18% dei decessi ospedalieri sono attribuibili in parte a reazioni avverse da farmaci.
- ✓ Nel 44% dei pazienti dimessi dall'ospedale viene prescritto almeno un farmaco non necessario.

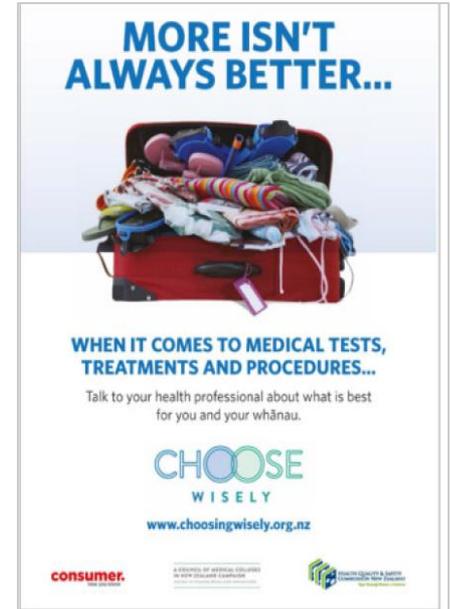


ANALYSIS

Reducing **overuse** in healthcare: advancing Choosing Wisely

New approaches are needed to advance the aims of Choosing Wisely and reduce overuse in practice, argue **Karen Born and colleagues**

Karen Born *assistant professor*¹, Tijn Kool *senior researcher*², Wendy Levinson *professor*³



Posters for **Choosing Wisely** from Italy, Brazil, New Zealand, Switzerland, and Canada



Ageismo e accesso alle cure

Conclusioni

- ❖ È importante **tutelare il diritto e l'accesso** alla prevenzione e alla cura di tutti e in particolare degli anziani per i quali la tempestività è fondamentale per mantenere il benessere fisico e mentale e prevenire l'aggravarsi delle condizioni di salute.
- ❖ Lo sviluppo di **servizi sociali e sanitari accessibili** agli anziani, è cruciale per rispondere ai bisogni e diritti, specialmente nell'ottica della prevenzione di patologie, fragilità e disabilità.
- ❖ Per raggiungere questi obiettivi, è necessario:
 - **quantificare e monitorare** il fenomeno;
 - adeguata **formazione** degli stakeholder (appropriatezza);
 - Importanza dell'**appropriatezza** delle cure;
 - qualificare la rete dei servizi alla persona: **integrazione** tra cure primarie, settore sociale e sanitario.

**La vecchiaia è l'unico
sistema che si sia trovato
per vivere a lungo!**



Charles Augustin de Sainte-Beuve
(1804 -1869)