

Cure di lunga durata: quali sono le opzioni più appropriate dal punto di vista degli anziani? (Lc65+, n.2)

Brigitte Santos-Eggimann, Nazanin Abolhassani, Nicolas Carvalho, Sarah Fustinoni

Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Département Épidémiologie et systèmes de santé – DESS
Unité des services de santé (USS)

luglio 2020

Obiettivi

Il presente documento illustra il progetto «**Preference for long-term care options in community-dwelling older adults**» realizzato nell'ambito del *Programma nazionale di ricerca 74 – Smarter Health Care (PNR74)*.

Destinato ai servizi cantonali della sanità pubblica, si prefigge di **mettere a disposizione uno strumento (sotto forma di storie) che consenta di raccogliere l'opinione degli anziani** per poi integrarla in una pianificazione delle cure di lunga durata in linea con le loro aspettative.

Per illustrare la procedura vengono riassunti i principali risultati osservati nell'ambito del progetto. Poiché le preferenze possono variare in funzione dell'ambiente socioculturale e sanitario, il metodo dovrebbe essere applicato localmente, per accompagnare l'elaborazione delle politiche cantonali.

Da diversi decenni la Svizzera è confrontata con l'invecchiamento della popolazione. L'offerta di cure di lunga durata si è sviluppata per soddisfare le esigenze medico-sociali in aumento e si è diversificata per offrire una scelta tra diverse opzioni di cura e di conseguenza migliorare la qualità di vita delle persone soggette a declino funzionale. Le cure a domicilio sono state introdotte e potenziate per motivi al contempo economici e sociali, basati sul coinvolgimento dei familiari e in particolare sull'aiuto informale fornito dai coniugi, generalmente anch'essi anziani.

L'invecchiamento della popolazione sta accelerando su pressione dell'ondata di baby boomers.

Secondo lo scenario di riferimento dell'Ufficio federale di statistica,^a la quota di persone dai 65 anni in su passerà dal 19,2% nel 2020 al 26,4% nel 2045. Nello stesso periodo, la categoria «65+ anni» registrerà un invecchiamento intrinseco: la quota di ultraottantenni al suo interno passerà dal 28,6 al 39,2%.

Per far fronte a tale andamento, le risorse devono essere adattate. Essendo la pianificazione delle cure di lunga durata di competenza cantonale, le strategie adottate sono diverse e implicano i Comuni non sempre allo stesso livello nella definizione di un equilibrio tra cure a domicilio, case per anziani e opzioni intermedie. Nel Cantone di Vaud, ad esempio, la diffusione delle cure a domicilio ha avuto luogo limitando l'espansione dell'offerta di alloggi e proponendo opzioni alternative, tra cui in particolare gli appartamenti protetti.

Nonostante l'offerta medico-sociale abbia ripercussioni sulle scelte individuali e familiari in termini di tempo e risorse dedicate, in generale gli anziani non sono consultati al momento di definire una politica, seppur questa li riguardi in prima persona. La volontà di mantenere a domicilio si scontra con i limiti rappresentati dalla disponibilità dei familiari; limiti poco noti ma che possono portare a un ricorso inappropriato agli ospedali se la pianificazione non è in linea con le aspettative.

Strumenti e metodi

Il metodo di raccolta delle opinioni adottato è basato su un questionario, comprendente diverse storie, inviato per posta a un campione rappresentativo degli anziani che vivono a domicilio in una determinata regione.

La popolazione studiata nell'ambito del progetto iscritto al PNR74 è quella della coorte Lc65+, costituita da campioni aleatori della popolazione losannese nata prima della Guerra (1934-1938), durante la Guerra (1939-1943) e agli inizi del baby boom (1944-1948). Il questionario è stato consegnato a gennaio 2017 a 3535 persone intervistabili di età compresa tra 68 e 82 anni, seguito da due richiami. In totale le persone che hanno partecipato sono state 3102 (87,8%).

Il questionario comprende una serie di dieci storie che presentano situazioni di dipendenza funzionale su una scala crescente di gravità. La fattibilità e l'accettabilità dell'indagine sono state oggetto di un test realizzato tra la stessa popolazione nel 2012.^b

^a OFS. Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2015-2045. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique, 2015.

^b Santos-Eggimann B, Meylan L. Older citizens' opinions on long-term care options: a vignette survey. JAMDA 2017; 18(4):326-334. doi:10.1016/j.archger.2019.03.018.

Storie (Tabella 1)

Ogni storia presenta brevemente la situazione di una persona che necessita di aiuto in ambiti diversi. Viene così determinato il profilo di dipendenza:

- **attività strumentali della vita quotidiana** (IADL)
- **attività di base della vita quotidiana** (BADL), dipendenza moderata (m) o grave (g)
- **gestione di un'incontinenza**, urinaria (IU) o mista (IM)
- **difficoltà cognitive** (COG), moderate (m) o gravi (g)
- **disturbi comportamentali** come tendenza a errare (ERR) o aggressività nei confronti del personale di cura o di assistenza (AGG).

Le IADL considerate sono preparare i pasti, fare le pulizie, fare la spesa e utilizzare i trasporti pubblici.

Le BADL considerate sono alzarsi dal letto, lavarsi, vestirsi, alzarsi da una poltrona e spostarsi in casa, andare in bagno, mangiare e bere. Una dipendenza è considerata moderata se limitata alle prime tre attività (la persona ha bisogno di aiuto soltanto due volte al giorno, mattina e sera) e grave se riguarda almeno un'altra attività che implichi un bisogno di aiuto più frequente e distribuito sull'arco della giornata.

Le difficoltà cognitive sono considerate moderate se la persona mantiene la sua indipendenza nelle attività della vita quotidiana o se il bisogno di aiuto è limitato alle IADL e a una sorveglianza per garantire un'igiene accettabile. Sono considerate gravi se la persona, confusa, ha bisogno di aiuto per le BADL e presenta disturbi comportamentali.

La gravità è implicita; non è menzionata nella formulazione della storia.

Le storie presentano persone dipendenti alternando il genere maschile e quello femminile. L'attribuzione casuale di due serie di questionari, la cui prima domanda riguarda rispettivamente un uomo o una donna, consente di studiare l'effetto del genere sulle opinioni espresse per ognuna delle dieci storie.

Opzioni di cura di lunga durata

Dopo ogni storia va scelta l'opzione più appropriata per due situazioni sociali:

1. la persona dipendente vive con un coniuge che può fornirle aiuto (**coniuge +**);
2. la persona dipendente vive sola o con un coniuge che non può fornirle aiuto (**coniuge -**).

Va scelto uno dei tre luoghi di presa a carico proposti: il domicilio (**D**), un appartamento protetto (**AP**) o una casa per anziani (**CPA**).

L'appartamento protetto viene definito come «un appartamento privato che offre: 1) un'architettura adeguata che consente l'accesso alle persone a mobilità ridotta; 2) un sistema di allarme con la possibilità di rispondere alle chiamate, ad esempio in caso di caduta; e 3) spazi in comune, nell'edificio o nelle vicinanze, che permettono di avere scambi o seguire animazioni di diverso tipo. Un centro medico-sociale o un'altra organizzazione di cure a domicilio possono fornire cure e aiuti (pulizie, pasti a domicilio ecc.)».

Nella situazione coniuge +, a chi ha scelto «domicilio» o «appartamento protetto» viene in seguito chiesto di precisare chi è tenuto a fornire aiuto: il coniuge, i professionisti o entrambi.

Per la storia n. 1, il cui protagonista presenta un inizio di problemi cognitivi ma è ancora indipendente nelle attività della vita quotidiana, è inoltre possibile scegliere l'opzione «nessun aiuto».

Nella situazione «coniuge +», le opzioni di cura sono quindi in totale sette (nove per la storia n. 1):

- D, coniuge
- D, professionisti
- D, misto
- (soltanto per la storia n. 1: D, nessuno)
- AP, coniuge
- AP, professionisti
- AP, misto
- (soltanto per la storia n. 1: AP, nessuno)
- CPA.

Nella situazione «coniuge -», le opzioni di cura sono in totale tre:

- D, professionisti
- AP, professionisti
- CPA.

Per poter tenere conto delle particolarità della selezione nella coorte Lc65+ e della partecipazione all'indagine, le preferenze presentate nelle Figura 1 e Figura 2 si basano su dati ponderati per riflettere la struttura delle età e dei generi della popolazione vonese di età compresa tra 68 e 82 anni.

L'effetto prevedibile dell'evoluzione demografica sulla ripartizione delle preferenze nella popolazione di età compresa tra 68 e 82 anni è stato stimato facendo riferimento alle proiezioni dell'Ufficio federale di statistica per il periodo 2017-2045 (scenario di riferimento).

Infine, è stata analizzata nello specifico l'influenza del genere sulle opinioni espresse; le caratteristiche individuali associate alle scelte; nonché l'andamento delle preferenze in un periodo di cinque anni, sia a livello della popolazione in esame che degli individui che la compongono. Le conclusioni qui esposte sono riferite alle pubblicazioni che contengono maggiori dettagli su tali analisi.

N	Componenti	Descrizione
1	COGm	La signora M. gode di una buona mobilità ed è autonoma nell'insieme delle attività della vita quotidiana. Tuttavia, da qualche tempo, le capita di dimenticare dei dettagli, come i suoi appuntamenti dal medico. Se la cava annotando tutto su dei foglietti. È a suo agio nelle situazioni familiari e negli ambienti conosciuti, ma può trovarsi in difficoltà se confrontata a situazioni nuove o ad ambienti sconosciuti. Se ne rende conto e questo le crea molte angosce.
2	IADL	Il signor T. è affetto da problemi respiratori. Ciononostante, rimane del tutto autonomo per quanto riguarda l'igiene personale, si lava e veste da solo. Gli ci vuole un po' di tempo per spostarsi, ma lo fa senza aiuto e gli capita di prendere il bus per andare in città. Deve invece essere aiutato per preparare i pasti, fare la spesa e fare le pulizie, perché gli manca rapidamente il fiato.
3	IADL + COGm	La signora R. non presenta difficoltà di tipo fisico, ma perde un po' la memoria. Da qualche tempo è disorganizzata e si nutre male. Deve essere aiutata per fare le pulizie, fare la spesa e preparare i pasti. Benché riesca a lavarsi da sola, ci vuole qualcuno che si assicuri che faccia regolarmente la doccia.
4	IADL + BADLm	Il signor V. è affetto da problemi neurologici. Per lui è importante che la gente sappia che la sua testa funziona ancora bene e che il suo problema è invece di natura fisica. Ha bisogno di aiuto per preparare i pasti, fare le pulizie e fare la spesa. Deve essere aiutato anche al mattino, per alzarsi dal letto, lavarsi e vestirsi, ma poi può spostarsi autonomamente in casa, riuscendo anche ad alzarsi dalla poltrona. È autonomo nel mangiare e bere.
5	IADL + BADLm + IU	La signora P. è stata vittima di un attacco cerebrale. Non può più fare le pulizie, fare la spesa né preparare i pasti. Ha reimpreso a mangiare da sola, ma al mattino deve essere aiutata per alzarsi dal letto, lavarsi e vestirsi. Riesce ad alzarsi dalla poltrona e a spostarsi in casa con l'aiuto di un bastone. Soffre di perdite accidentali di urina, che non riesce a gestire da sola, ma è in grado di trattenere le feci.
6	IADL + BADLg	Il signor D. soffre di problemi neuromuscolari. Deve essere aiutato in tutte le attività della vita quotidiana, tra cui anche mangiare, alzarsi e sedersi. Riesce a spostarsi da solo in casa con l'aiuto di bastoni. Non è incontinente ma per andare in bagno deve essere accompagnato.
7	IADL + BADLm + IM	La signora L. è stata vittima di un attacco cerebrale. Non può più fare le pulizie, fare la spesa né preparare i pasti. Ha reimpreso a mangiare da sola, ma al mattino deve essere aiutata per alzarsi dal letto, lavarsi e vestirsi. Riesce ad alzarsi dalla poltrona e a spostarsi in casa con l'aiuto di un bastone. Ha frequenti perdite di urina e di feci, che non è in grado di gestire da sola.
8	IADL + BADLg + AGG	Il signor H. soffre di problemi neuromuscolari. Deve essere aiutato in tutte le attività della vita quotidiana, tra cui anche mangiare o sedersi sulla carrozzina elettrica con la quale si sposta autonomamente in casa. Non è incontinente ma per andare in bagno deve essere accompagnato. Non accetta di buon grado la sua dipendenza e si mostra spesso molto aggressivo con le persone che si occupano di lui.
9	IADL + BADLg + COGg + ERR	La signora F. è affetta da una malattia neurologica. Ha bisogno di aiuto per tutte le attività della vita quotidiana, tra cui anche mangiare e bere. Non riesce più a trovare il nome degli oggetti e sembra persa. Ha mantenuto buone capacità per spostarsi, ma a causa dell'ansia che sente si sposta spesso senza uno scopo preciso. Quando esce di casa le capita di perdersi.
10	IADL + BADLg + COGg + AGG	Il signor S. è affetto da una malattia neurologica. È quasi sempre sdraiato sul letto o seduto in poltrona. Ha bisogno di aiuto per tutte le attività della vita quotidiana, tra cui anche mangiare e bere. Non riesce più a trovare il nome degli oggetti e sembra perso. È spesso agitato e assume comportamenti aggressivi caratterizzati da insulti, parolacce, colpi, graffi e morsi.

AGG = aggressività, BADL = dipendenza in termini di attività di base della vita quotidiana, COG = difficoltà cognitive, ERR = tendenza a errare, IADL = dipendenza nelle attività strumentali della vita quotidiana, IM = difficoltà nel gestire un'incontinenza mista, IU = difficoltà nel gestire un'incontinenza urinaria, g = grave, m = moderato

Tabella 1 Componenti e definizione delle storie

Risultati

Ripartizione delle preferenze

Indipendentemente dalle situazioni sociali (coniuge + o coniuge -), le opinioni espresse riflettono fedelmente la gravità delle difficoltà funzionali presentate nelle storie. Le Figura 1 e Figura 2 ne sono una dimostrazione: illustrano infatti il progressivo aumento della preferenza data all'istituzionalizzazione e all'abbandono del domicilio come luogo di presa a carico in caso di aggravamento della dipendenza. Come ci si può attendere, il luogo di cura giudicato più adatto è inoltre influenzato dal fatto di vivere o meno con un coniuge che possa fornire aiuto.

La storia n. 1 è particolare in quanto non fa riferimento a nessuna dipendenza in termini di attività della vita quotidiana, ma segnala comunque un inizio di disturbi cognitivi. Le relative preferenze sono orientate verso l'offerta di appartamenti protetti più spesso che nel caso della storia seguente, nonostante in quest'ultima venga espresso un bisogno di aiuto nelle IADL. Questa osservazione, fatta in entrambe le situazioni sociali,

suggerisce che i partecipanti abbiano preso in considerazione in modo corretto un bisogno di disciplina e sorveglianza delle persone in declino sul piano cognitivo, malgrado la loro indipendenza ancora garantita nelle attività della vita quotidiana.

Persona che vive con un coniuge che può fornirle aiuto (Figura 1)

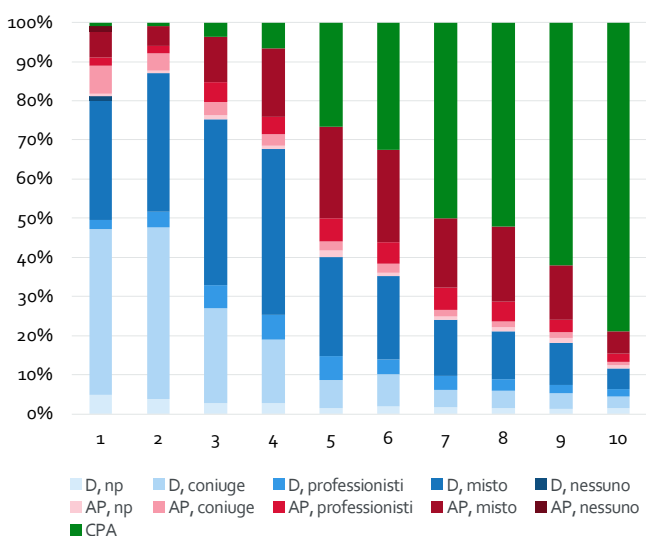
In presenza di un coniuge in grado di aiutare, l'opinione è unanime nel favorire il mantenimento nella comunità nel caso delle prime due storie. La presa a carico a domicilio è scelta da otto persone su dieci; nel resto dei casi vengono preferiti gli appartamenti protetti. Il domicilio, in particolare, è privilegiato fintantoché le ripercussioni sulle attività della vita quotidiana rimangono moderate e non sono necessari aiuti per gestire un'incontinenza. Le opinioni favorevoli agli appartamenti protetti aumentano regolarmente fino all'insorgere di una dipendenza riguardante un'incontinenza mista o disturbi comportamentali.

La preferenza per una presa a carico in un'istituzione è molto marginale per le prime quattro storie. Risulta invece nettamente accentuata quando la dipendenza riguarda un

bisogno di aiuto per gestire un'incontinenza, arriva al 50% quando questa incontinenza è mista o si è in presenza di una dipendenza nelle BADL, anche moderata, accompagnata da aggressività, e infine costituisce la netta maggioranza in caso di disturbi cognitivi gravi.

La scelta di mantenere l'integrazione nella comunità (D o AP) viene generalmente fatta contando sull'aiuto offerto dal coniuge

Se la persona dipendente vive con un coniuge in grado di fornire aiuto, la presa a carico nella comunità esclusivamente da parte di professionisti è considerata la forma più appropriata soltanto in casi eccezionali. L'intervento di professionisti a complemento dell'aiuto informale fornito dal coniuge (aiuto misto) è invece una scelta frequente, anche nelle situazioni di deficit funzionali meno gravi, come quelle presentate nelle prime due storie. L'aiuto misto è poi sollecitato con frequenza sempre maggiore nelle storie seguenti.



Sulle ascisse, il numero della storia (1-10) si riferisce alla formulazione di cui alla Tabella 1 a pagina 3.
Luogo di presa a carico: D = domicilio, AP = appartamento protetto, CPA = casa per anziani.
Sostegno in caso di presa a carico a domicilio o in appartamento protetto: np = non precisato, misto = coniuge e professionisti.
Le opzioni «D, nessuno» e «AP, nessuno» sono state proposte soltanto per la storia n. 1.

Figura 1 Ripartizione ponderata delle opinioni nella popolazione non istituzionalizzata di età compresa tra 68 e 82 anni, per storia, nella situazione di una persona dipendente che vive con un coniuge che può fornirle aiuto.

Persona che vive sola o con un coniuge che non può fornirle aiuto (Figura 2)

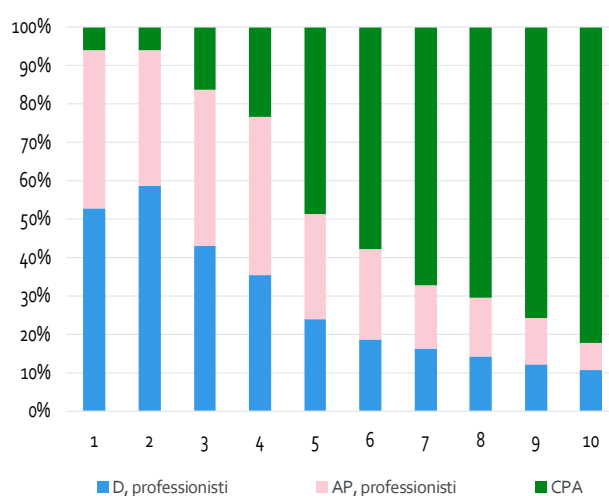
Per i protagonisti delle storie che non possono ricorrere all'aiuto dal coniuge, il mantenimento nella comunità è giudicato nettamente preferibile soltanto nel caso delle prime quattro storie, ovvero quelle che presentano una dipendenza funzionale moderata. Una quota importante di persone auspica invece il ricorso a un appartamento protetto, anche se la dipendenza riguarda soltanto le IADL (storia n. 2).

Una dipendenza che riguarda la gestione di un'incontinenza urinaria (storia n. 5) o una dipendenza grave nelle BADL che implica la necessità di essere aiutati

per alzarsi dalla poltrona e spostarsi in casa, per andare in bagno o per mangiare e bere porta a un equilibrio nelle preferenze tra il mantenimento nella comunità e l'istituzionalizzazione, anche in caso di funzioni cognitive non compromesse (storia n. 6).

In presenza di incontinenza mista, disturbi comportamentali o deficit cognitivi gravi, l'istituzionalizzazione diventa l'opzione più largamente considerata come la più adatta alle esigenze di una persona che non può ricorrere a un aiuto informale a domicilio (storie n. 7-10).

La dimostra anche che, nonostante l'evidente difficoltà di mantenimento nella comunità nelle situazioni di dipendenza molto marcata (in particolare per le ultime due storie), una parte della popolazione compresa tra il 10 e il 20% compie scelte che esprimono un rifiuto sistematico di sottoporsi a cure di lunga durata in una casa per anziani.



Sulle ascisse, il numero della storia (1-10) si riferisce alla formulazione di cui alla Tabella 1 a pagina 3.
Luogo di presa a carico: D = domicilio, AP = appartamento protetto, CPA = casa per anziani.

Figura 2 Ripartizione ponderata delle opinioni nella popolazione non istituzionalizzata di età compresa tra 68 e 82 anni, per storia, nella situazione di una persona dipendente che vive sola o con un coniuge che non può fornirle aiuto.

Effetto dell'evoluzione demografica

Per anticipare l'effetto dell'evoluzione demografica sulle preferenze degli anziani, le opinioni raccolte nel 2017 sono state applicate alla popolazione vonese di età compresa tra 68 e 82 anni sulla base delle proiezioni dell'Ufficio federale di statistica per gli anni 2017 e 2045. Questa simulazione delle preferenze nella popolazione vonese con orizzonte 2045 è stata realizzata partendo dall'ipotesi di una costanza nella ripartizione delle opinioni in ogni fascia di età (ognuna delle quali comprendente cinque anni) e in entrambi i generi.

Come si evince dalla Figura 3, la struttura interna della popolazione vonese di età compresa tra 68 e 82 anni sarà soggetta a forti cambiamenti tra il 2017 e il 2045, da ricondurre in particolare all'invecchiamento dei baby boomer. Sia per gli uomini che per le donne, nel 2017 la quota di persone di età compresa tra 68 e 72 anni era quasi

il doppio di quella di persone tra i 78 e gli 82 anni. Nel 2045 si prevede una ripartizione quasi omogenea della popolazione nelle tre fasce di età (ognuna delle quali comprendente cinque anni).

I risultati della simulazione, che applica le preferenze espresse nel 2017 alla demografia attesa per il 2045, indicano tuttavia che l'evoluzione strutturale, seppur marcata, da sola non dovrebbe modificare significativamente le preferenze della popolazione.

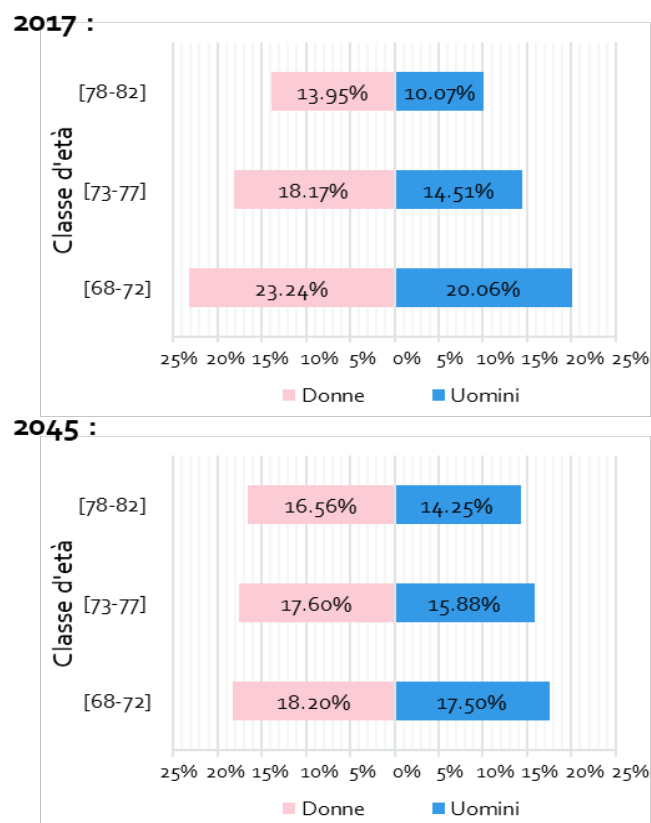


Figura 3 *Struttura della popolazione vodese di età compresa tra 68 e 82 anni nel 2017 e nel 2045 (fonte: UST 2015)*

Ciò è dovuto al fatto che le preferenze rilevate nelle diverse opinioni riguardanti le cure di lunga durata sono influenzate soltanto in minima parte dall'età, che non è l'unico fattore temporale che può determinare l'andamento delle preferenze tra il 2017 e il 2045: queste ultime possono anche evolvere sulla base di effetti di periodo e di coorte (v. qui di seguito).

Effetto età-periodo

Tra i partecipanti all'indagine condotta nel 2017, 1596 persone si erano già espresse in occasione del test realizzato nel 2012 facendo capo alle stesse storie. Questo collettivo consente di studiare in quale misura le opinioni cambiano su un periodo di cinque anni, durante il quale le persone invecchiano (effetto dell'età) e l'ambiente circostante evolve (effetto del periodo).

Fra le due indagini, a livello di popolazione è stata registrata una stabilità relativa delle preferenze, con, nelle situazioni

di dipendenza funzionale da debole a moderata, una transizione leggera ma significativa del luogo di cure più appropriato dal domicilio all'appartamento protetto, indipendentemente dalla situazione sociale (coniuge + o coniuge -). È più frequente nel 2017 anche la scelta di una presa a carico in casa per anziani se la persona che vive con un coniuge presenta una dipendenza moderata in termini di BADL complicata da una dipendenza dovuta alla gestione di un'incontinenza urinaria (storia n. 5).

Questa relativa stabilità all'interno del gruppo cela frequenti cambiamenti di opinione a livello individuale tra le due indagini, in particolare nella parte centrale della serie di storie. Le caratteristiche personali sono poco spesso associate alla stabilità delle scelte, che è invece favorita da un grado di formazione elevato. La stabilità delle scelte è inoltre maggiore tra le donne, in particolare quando la dipendenza funzionale presentata nelle storie è grave.

Effetto coorte-periodo

I dati relativi alle due indagini consentono inoltre di analizzare le differenze di opinione tra le coorti nate (i) prima della guerra vs. durante la guerra, interrogate a 74-78 anni (risp. 2012 e 2017) e tra le coorti nate (ii) durante la guerra vs. agli inizi del baby boom, interrogate a 68-73 anni.

In entrambi i casi si osserva, nel caso delle storie riguardanti un grado di dipendenza da debole a moderato, una transizione delle preferenze dal domicilio all'appartamento protetto. Quest'ultimo è maggiormente prediletto dalle coorti più recenti, in entrambe le situazioni sociali (coniuge + e coniuge -).

Nel secondo confronto, la coorte dei baby boomers si è anche espressa maggiormente a favore di una presa a carico in appartamento protetto o casa per anziani nel caso delle storie riguardanti una dipendenza grave. L'ultima storia costituisce un'eccezione.

Questi andamenti sono rimasti significativi anche dopo aver preso in considerazione le differenze demografiche, socioeconomiche e sanitarie fra le coorti.

Effetto di genere

Il genere del protagonista della storia e quello della persona che ha compilato il questionario sono entrambi suscettibili di influenzare le preferenze.⁶

Dai risultati emerge un'influenza debole per quanto concerne il genere del protagonista della storia, ma differenze significative in funzione del genere del partecipante. Gli uomini hanno più spesso selezionato una presa a carico a domicilio con un aiuto fornito soltanto dal coniuge, mentre le donne una presa a carico da parte del coniuge con un sostegno professionale a domicilio o in appartamento protetto, in particolare nei casi in cui la storia aveva come protagonista un uomo. Le donne hanno inoltre scelto più spesso l'opzione di presa a carico in casa per anziani in caso di dipendenza moderata in termini di BADL

⁶Carvalho N, Meylan L, Blanco JM, Fustinoni S, Abolhassani N, Santos-Eggimann B. Gender differences regarding opinions on long-term care arrangements: a study

of older adults in Switzerland. Arch Gerontol Geriatr 2019; Jul-Aug;83:195-203. doi: 10.1016/j.archger.2019.03.018.

accompagnata dalla necessità di gestire un'incontinenza urinaria.

Effetto di altre caratteristiche

È infine stata studiata l'influenza di altre caratteristiche dei partecipanti sulle loro scelte. Questa analisi era basata sulle storie n. 4, 5 e 7, tutte caratterizzate da una dipendenza moderata in termini di BADL ma con situazioni diverse per quanto concerne l'incontinenza.^d

Dalle analisi risulta che i fattori predisponenti (età, sesso e grado di formazione) o che favoriscono il ricorso alle cure (ruolo del familiare assistente, conoscenza degli appartamenti protetti, sensazione di supporto sociale) dei partecipanti influenzano le loro opinioni, ma le eventuali esigenze personali (caratteristiche sanitarie, dichiarazione di un'eventuale incontinenza urinaria compresa) non hanno un effetto indipendente su queste opinioni.

Il confronto fra queste tre storie sottolinea anche l'impatto considerevole dell'incontinenza, in quanto componente della dipendenza, sull'opinione degli anziani in merito al luogo di cura più adeguato.

Conclusioni

Il metodo di indagine basato sulle storie, ampiamente accettato e che dà risultati coerenti, consente di tenere conto delle aspettative degli anziani nelle misure adottate localmente per far evolvere la politica di cure di lunga durata.

Malgrado un radicale cambiamento atteso nella struttura interna della popolazione anziana, gli aspetti demografici, da soli, sembrano poco inclini a incidere sulle preferenze, che possono invece mutare anche per effetti di coorte e di periodo.

L'andamento osservato a Losanna mette in luce un interesse crescente per gli appartamenti protetti, che può riflettere l'aspettativa più marcata delle coorti più recenti di un sostegno che non si limiti a un aiuto informale fornito dal coniuge a domicilio. I babyboomer scelgono anche più spesso la casa per anziani in caso di dipendenza grave.

Dalle analisi risulta tuttavia probabile anche un effetto di periodo, in quanto nel corso dei cinque anni intercorsi fra il test e l'indagine l'ambiente circostante è cambiato. Nel Cantone di Vaud, tra il 2012 e il 2017 l'offerta di appartamenti protetti è aumentata. È quindi possibile che i partecipanti si siano maggiormente familiarizzati con questo tipo di sostegno, in precedenza raro, e lo immaginino più spesso come alternativa a un mantenimento a domicilio o a un'istituzionalizzazione. I risultati ottenuti suggeriscono piuttosto il primo caso, compatibile con un effetto di coorte che spingerebbe le nuove generazioni a rivendicare opzioni che offrano maggiore sicurezza e che alleggeriscano dagli oneri i familiari assistenti.

L'effetto di genere dei partecipanti, caratterizzato da un sostegno maggiore auspicato dalle donne, evoca i limiti all'aiuto informale che ci si può attendere dai coniugi, oggi assunto più spesso dalle donne che dagli uomini.

Uno di questi limiti, la dipendenza che riguarda la gestione di un'incontinenza, urinaria o ancor più mista, è particolarmente rilevante tra chi esprime l'opinione che il domicilio non sia più il luogo di presa a carico auspicabile. Questa osservazione fa pensare che la prevenzione dell'incontinenza e il sostegno dei professionisti in caso di necessità potrebbero costituire dei cardini su cui fondare le politiche medico-sociali volte a promuovere il mantenimento a domicilio.

A causa di probabili influenze culturali e ambientali sulle preferenze degli anziani, generalizzare i risultati osservati nell'ambito del presente studio è possibile soltanto in maniera limitata. Il metodo è comunque applicabile ad altre popolazioni ed è raccomandabile una replica in altri contesti affinché l'offerta possa essere adattata a quanto atteso in altri Cantoni.

Citazione raccomandata

Santos-Eggimann B, Abolhassani N, Carvalho N. Cure di lunga durata: quali sono le opzioni più appropriate dal punto di vista degli anziani? (Lc65+, n.2). Lausanne, Unisanté - Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2020 (Raisons de Santé : Les Essentiels 15c) <http://dx.doi.org/10.16908/rds-essentiels15c>

^d Carvalho N, Fustinoni S, Abolhassani N, Blanco JM, Meylan L, Santos-Eggimann B. Impact of urine and mixed incontinence on long-term care preference: a

vignette-survey study of community-dwelling older adults. BMC Geriatrics. 2020;20(1):69. doi: 10.1186/s12877-020-1439-x.