



“Invecchiare è un privilegio e una meta della società. È anche una sfida, che ha un impatto su tutti gli aspetti della società del XXI secolo.” Così appare un messaggio proposto dall’Organizzazione Mondiale della Sanità sul tema della salute degli anziani

**di Chiara Chiodini**  
farmacista

## terza età

# I PROBLEMI DELL’ETÀ GERIATRICA

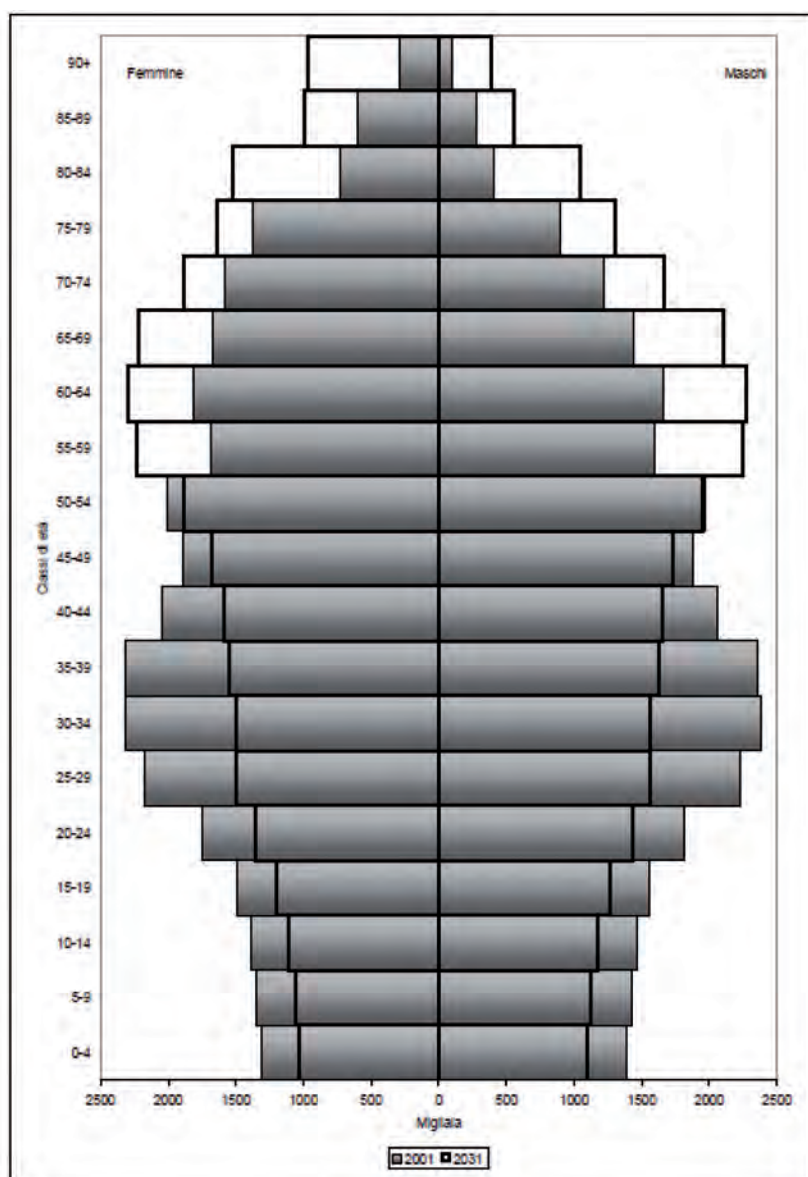
La salute degli anziani è un tema che acquista sempre maggiore importanza nella società attuale. Nel 2000, circa 600 milioni di persone nel mondo avevano un’età superiore ai 60 anni. Si stima che nel 2025 gli ultrasessantenni saranno 1,2 miliardi e raggiungeranno quota 2 miliardi entro il 2050. Secondo le stime dell’Istat, nel 2001 in Italia il numero di ultra65enni ammontava a circa 10 milioni e mezzo di persone, corrispondenti al 18% della popolazione, e ha determinato il 37% dei ricoveri

ospedalieri ordinari e il 49% delle giornate di degenza e dei relativi costi stimati.

## Longevità

---

A partire dalla fine del 1800, si è assistito ad un progressivo passaggio da un regime caratterizzato da mortalità elevata in età infantile e giovanile, ad un nuovo regime nel quale predominano le malattie in età



*Piramide dell'età della popolazione italiana, confronto 1.1.2001-1.1.2031*

Il progressivo cambiamento degli stili di vita con la conseguente riduzione dei fattori di rischio, quali la sedentarietà, le cattive abitudini alimentari e il fumo, e il ricorso frequente ai controlli periodici hanno permesso di entrare in quella che è considerata l'ultima ed importante fase di transizione, ossia quella caratterizzata dalla riduzione dei rischi di morte negli individui ultra 65enni.

## Malattie croniche legate all'invecchiamento

Con l'avanzare dell'età, le capacità di portare a termine le attività del vivere quotidiano e il semplice prendersi cura di sé diventano progressivamente limitati. Inoltre, l'insorgenza di malattie croniche legate all'età causa un peggioramento della qualità della vita nella popolazione anziana. Fra queste malattie si annoverano il morbo di Alzheimer, le demenze senili, l'osteoporosi, il diabete, le malattie cardiovascolari e i tumori.

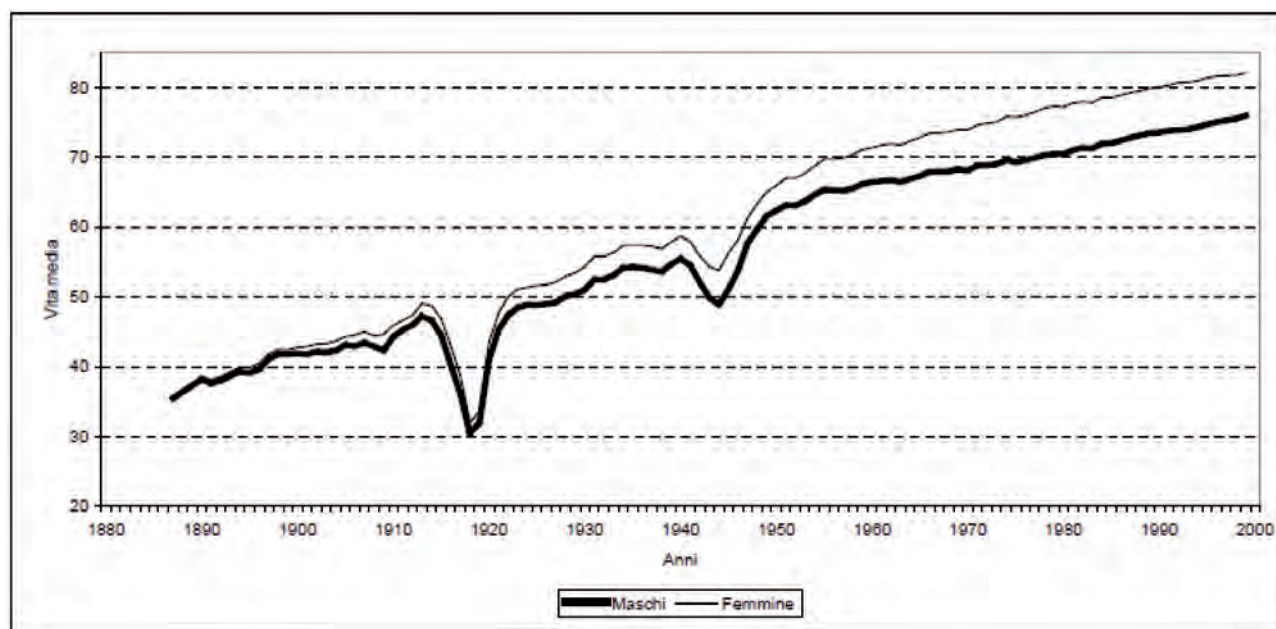
adulta e senile. Le malattie infettive e acute, infatti, sono state gradualmente condotte sotto un efficace controllo sanitario e l'interesse generale si è spostato verso la riduzione delle malattie cardiovascolari, che colpiscono prevalentemente la popolazione in età adulta.

Escludendo i periodi 1914-19, corrispondente al primo conflitto mondiale e all'epidemia di influenza spagnola, e 1941-44, epoca del secondo conflitto mondiale, l'evoluzione della vita media si è mostrata costantemente in ascesa: se nel 1887 un neonato poteva contare su un'aspettativa di

vita che non superasse i 36 anni, la speranza di vita, ad oggi, è più che raddoppiata, arrivando a 76 anni per il sesso maschile ed a oltre 82 anni per quello femminile. Il maggiore incremento è stato registrato nella prima metà del XX secolo e può essere attribuito alla riduzione della mortalità in età infantile e giovanile. Successivamente, nella seconda metà degli anni '70, ha avuto inizio una graduale riduzione della mortalità a causa di accidenti cardiovascolari e si sono affacciate sullo scenario terapeutico le prime efficaci cure anticancro.

## Demenze senili

In passato le demenze erano associate alla pazzia e spesso i soggetti che le manifestavano venivano isolati o perseguitati. Le demenze in età senile rappresentano l'85% di tutte le demenze. Dal momento che esiste una forte correlazione con l'età, gli esperti si sono variamente interrogati se le demenze possano essere considerate diverse dall'invecchiamento fisiologico in termini "solo" quantitativi o qualitativi. In altri



termini l'invecchiamento fisiologico potrebbe essere visto come una lentissima forma di demenza (si parla, in questo caso, di "differenza quantitativa"), oppure l'invecchiamento potrebbe rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di una malattia vera e propria: la demenza ("differenza qualitativa").

È possibile operare una distinzione fra i due tipi principali di demenze: vi sono, infatti, le demenze sottocorticali, che si caratterizzano per l'insorgenza di deterioramenti a livello della personalità, della sfera emotiva e delle funzioni motorie, e le demenze corticali, che si caratterizzano per deterioramenti a livello cognitivo, della memoria e del linguaggio. Tra le demenze sottocorticali vi è il morbo di Parkinson. Il cervello dei malati di Parkinson presenta un deterioramento della substantia nigra a livello mesencefalico. I neuroni di tale area producono il neurotrasmettitore dopamina che in questi pazienti è quasi del tutto assente. Dal momento che la dopamina è fondamentale affinché i movimenti corporei possano compiersi con precisione e armonia, è possibile osservare nel malato lentezza dei movimenti, tremore, rigidità muscolare e micrografia. Il tre-

more in questi pazienti si presenta a riposo, mentre scompare nel corso di movimenti volontari e nel sonno. La L-Dopa è il farmaco d'elezione per la cura di questa patologia: grazie al suo utilizzo, le poche cellule rimaste vengono stimolate a produrre un maggior quantitativo di dopamina supplendo alla carenza neuronale. L'effetto dell'L-Dopa tende a ridursi dopo 5-10 anni di utilizzo; inoltre, nel corso del tempo, fra una somministrazione e l'altra si può osservare una ricomparsa della sintomatologia clinica.

## Alzheimer

La malattia di Alzheimer è definibile come un processo degenerativo che pregiudica progressivamente le cellule cerebrali, rendendo a poco a poco l'individuo che ne è affetto incapace di una vita normale e provocandone alla fine la morte.

Secondo un recente studio condotto da Ronald C. Peterson della Mayo Clinic, Rochester, Usa, e pubblicato su "Neurology", i maschi sono più a rischio delle femmine di essere colpiti prima da deterioramento cognitivo lieve. I risultati, relativi a circa

*Evoluzione della vita media in Italia 1887-2000*

duemila persone, evidenziano una prevalenza del deterioramento cognitivo lieve nel 19% dei maschi rispetto al 14% delle donne, superiore in chi esprime il gene APOE e4, noto fattore di rischio per l'Alzheimer, e minore nelle persone istruite. Il Rapporto Mondiale Alzheimer 2011 "I benefici di diagnosi e interventi tempestivi" diffuso in contemporanea da Alzheimer's Disease International (ADI), Alzheimer's Association USA e Federazione Alzheimer Italia in occasione della XVIII Giornata Mondiale Alzheimer, sottolinea come i tre quarti dei 36 milioni stimati di persone con demenza nel mondo non ricevano una diagnosi e non beneficino né di informazioni né di trattamenti. Secondo tale rapporto, i governi, preoccupati per l'aumento dei costi delle cure a lungo termine della demenza, dovrebbero "spendere ora per risparmiare più tardi". Sulla base di una revisione delle analisi economiche, il rapporto stima che la diagnosi tempestiva potrebbe far risparmiare fino a 10.000 dollari per malato nei Paesi ad alto reddito.

### SCREENING ANNUALI RACCOMANDATI PER LE PERSONE ANZIANE:

- Abuso di alcol, droga e tabacco;
- Carcinoma della mammella per le donne;
- Declino delle funzioni;
- Perdita di forza muscolare;
- Problemi dentali;
- Problemi uditivi;
- Malnutrizione;
- Rischio di cadute;
- Malattia tiroidea;
- Problemi oculari

### SCREENING RACCOMANDATI PER LE PERSONE ANZIANE AD ALTO RISCHIO:

- Cancro della cervice (ogni 3 anni);
- Cancro del colon (ogni 3 anni);
- Malattia coronarica (ogni 3-5 anni);
- Diabete mellito (una volta all'anno);
- Cancro oroaringeo (una volta all'anno);
- Carcinoma della cute (una volta all'anno);
- Tubercolosi (ogni 10 anni)

## Osteoporosi

L'osteoporosi è una malattia sistemica dell'apparato scheletrico caratterizzata da una bassa densità minerale ossea e da un deterioramento della microarchitettura del tessuto osseo.

Le fratture rappresentano l'evento clinico più rilevante dell'osteoporosi e interessano con maggiore frequenza il polso, le vertebre ed il femore.

Nel caso di fratture di femore il ricovero in ospedale è indispensabile e nella maggior parte dei casi è necessario l'intervento chirurgico con inserimento di protesi. I dati epidemiologici mostrano che solo il 50% dei pazienti rimane autosufficiente dopo una frattura di femore e che la qualità di vita successiva viene comunque compromessa.

Le conseguenze delle fratture verte-

brali sono meno drammatiche ma, specie se le vertebre fratturate sono due o più, ne possono derivare dolore continuo alla schiena, riduzione della motilità, cifosi con riduzione della statura e difficoltà respiratorie. L'aumento della vita media ha fatto salire il numero degli individui a rischio di osteoporosi e la tendenza appare inesorabilmente in aumento. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per il 2050 sono previste 6.300.000 rotture del femore nel mondo. Questo dato impone una sempre maggiore attenzione da parte delle organizzazioni sanitarie per identificare i soggetti a rischio e rende anche fondamentale l'attività di prevenzione. Poiché ogni terapia dell'osteoporosi deve essere condotta per anni e, in alcuni casi, per tutta la vita, le informazioni sugli effetti dei farmaci impiegati e le ragioni della scelta sono essenziali per motivare una buona condotta terapeutica.

I farmaci efficaci nella terapia dell'osteoporosi possono essere suddivisi in due grandi classi: gli inibitori del riassorbimento osseo e gli stimolatori della formazione di nuovo osso. I primi sono utilizzati più frequentemente perché rallentano la fase riassorbitiva nel ciclo di rimodellamento, lasciando invariata l'attività di formazione. Il risultato finale della terapia con farmaci inibitori del riassorbimento è un incremento della densità minerale e della massa ossea.

## Diabete

Il diabete mellito è una malattia di grande rilievo sociale ed esercita un notevole impatto socio-economico sui vari sistemi nazionali per l'entità della sua diffusione e la gravità delle sue complicanze. In base ai dati 2007-2009 del sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), la prevalenza del diabete in Italia

cresce con l'avanzare dell'età: nella fascia 50-69 anni quasi il 12% degli italiani presenta una diagnosi di diabete. In Italia, le terapie contro questa patologia e le complicanze che ne possono derivare costano al Sistema Sanitario Nazionale circa 8,26 miliardi di euro all'anno, una spesa decisamente elevata che fa di questa condizione uno degli oneri finanziari più pesanti per il sistema sanitario. Nel diabete di tipo I le complicanze acute sono le più frequenti e sono dovute alla carenza pressoché totale di insulina. In questi casi il paziente può andare incontro a coma chetoacidotico. Nel diabete di tipo II, le complicanze più frequenti sono croniche e riguardano diversi organi e tessuti, tra cui gli occhi, i reni, il cuore, i vasi sanguigni e i nervi periferici.

Il trattamento del diabete, mirato a un controllo adeguato e costante della glicemia, ha lo scopo di alleviare i sintomi e di diminuire il rischio di complicanze a lungo termine. Nei pazienti con diabete di tipo I si richiede un trattamento con insulina. Nei pazienti con diabete di tipo II si può ottenere un controllo iniziale della malattia attraverso una dieta ipocalorica con basso contenuto di carboidrati associata a un aumento dell'attività fisica. L'assunzione dei carboidrati deve essere distribuita in modo appropriato nel corso della giornata e abbinata a un adeguato apporto di fibre solubili.

I farmaci ipoglicemizzanti orali dovrebbero essere prescritti per il trattamento del diabete di tipo II solo se i pazienti non rispondono in modo adeguato alla dieta prescritta.

## Correzioni del regime terapeutico

L'età gioca un ruolo importante nella definizione dei parametri farmacocinetici: basti pensare che la clearance renale è generalmente ridotta negli anziani. Purtroppo, la maggior parte

delle informazioni farmacocinetiche di un medicinale provengono da individui adulti, mentre l'età a cui è più frequente ed importante la necessità di un intervento farmacologico è quella della vecchiaia. Inoltre, nell'anziano le capacità escretorie e metabolizzanti renali ed epatiche sono generalmente ridotte e vi può essere quindi il pericolo di un accumulo nel corso di una terapia cronica. Non sono rari i casi di pazienti anziani che, sottoposti alla somministrazione cronica di farmaci a media emivita, quali le benzodiazepine utilizzate come ipno-inducenti, mostrano fenomeni di accumulo che danno origine ad effetti tossici o comunque alla persistenza degli effetti del farmaco (sedazione anche diurna, nel caso delle benzodiazepine, con talvolta segni di scarsa prontezza o addirittura di confusione mentale erroneamente attribuiti alla compromissione aterosclerotica del circolo cere-

brale). Un ultimo aspetto da tenere in considerazione nell'anziano è costituito dalla possibile compromissione dell'efficienza della barriera emato-encefalica, a causa dell'insulto aterosclerotico. Farmaci idrosolubili che possono essere somministrati con tranquillità al paziente adulto medio, in quanto la loro penetrazione nel sistema nervoso centrale è trascurabile, vanno somministrati con cautela nei pazienti anziani perché possono dare luogo a effetti centrali imprevisi.

## La fragilità nell'anziano

Con il termine di "fragilità" si identifica una condizione di rischio e di vulnerabilità, caratterizzata da un equilibrio instabile di fronte a eventi negativi. L'anziano subisce un naturale pro-

cesso d'invecchiamento e, spesso, presenta diverse patologie che necessitano di un trattamento farmacologico cronico. Queste condizioni, nella loro globalità, rendono l'organismo più vulnerabile e quindi possono alterarne l'equilibrio omeostatico. La fragilità è provocata dall'incapacità dei sistemi biologici di conservare l'omeostasi. Nel paziente ultra 65enne si assiste ad una progressiva riduzione delle riserve funzionali di organi e di apparati, tutto ciò si traduce in un elevato rischio di "rottura" indotto da agenti patogeni o da modificazioni dell'equilibrio psicologico e della qualità di vita. È difficile poter identificare i fattori che sottendono la fragilità dal momento che le determinanti sono le più disparate; in questo modo, è altrettanto difficile intervenire sia in senso preventivo sia terapeutico. I criteri diagnostici per definire la fragilità somatica si ispirano a Fried e Walston, che hanno indicato come possibili markers la presenza di disturbi dell'equilibrio e della marcia, la debolezza muscolare, la ridotta tolleranza allo sforzo, e le modificazioni della composizione corporea, quali la perdita di peso, la sarcopenia e la malnutrizione. I criteri sono stati validati da una serie di studi che hanno dimostrato l'associazione di queste caratteristiche con l'aumento di rischio di istituzionalizzazione e di morte, nonché con l'insorgenza di sindromi geriatriche, come la perdita della funzione, la depressione, le cadute e l'incontinenza urinaria. Identificare e comprendere il ruolo della fragilità come condizione che modula la qualità e la durata della vita dell'anziano costituisce un importante punto di partenza; in quest'ottica, infatti, essa diviene target d'interventi mirati sul piano clinico, psicologico e sociale per ridurre il rischio di eventi a esito negativo.

*Comorbilità, disabilità e fragilità: definizioni e maggiori implicazioni.*

Condizioni fisiche negli anziani	Implicazioni sanitarie
<p><b>Comorbilità</b> Presenza contemporanea di due o più malattie croniche.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complessità del trattamento terapeutico nel paziente affetto da diverse patologie.</li> <li>- Minimizzare il rischio di disabilità e di fragilità.</li> <li>- Assicurare una assistenza continua.</li> <li>- Minimizzare la gravità della malattie.</li> </ul>
<p><b>Disabilità</b> Debolezza fisica o mentale che limita una o più delle normali attività.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Provvedere alla riabilitazione del paziente.</li> <li>- Minimizzare il rischio di isolamento sociale, dipendenza e mortalità.</li> <li>- Prevenire una diminuzione delle attenzioni rivolte al paziente a lungo termine.</li> </ul>
<p><b>Fragilità</b> Sindrome clinica caratterizzata da patologie multiple: perdita di peso e/o fatigue, debolezza, equilibrio e andatura rallentate.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vulnerabilità allo stress (ospedalizzazione, procedure mediche e chirurgiche).</li> <li>- Necessità di trattare la debolezza e la denutrizione.</li> <li>- Minimizzare il rischio di cadute e di ospedalizzazione.</li> <li>- Trattare le condizioni progressive e potenzialmente prevedibili.</li> </ul>



# MARKETING E FARMACIA

**Rubrica a cura di**  
Zeina Ayache,  
consulente di marketing  
e comunicazione

Alessandro Fornaro,  
giornalista

## COME COMUNICARE VIA INTERNET

*Nei numeri passati abbiamo preso coscienza della storia di Internet, delle sue evoluzioni e delle reazioni degli utenti di fronte alle novità e agli stravolgimenti portati dal Web. Bill Gates dice "Internet sta diventando la piazza del villaggio globale del domani" e, in una piazza che si rispetti, non può certo mancare la farmacia. Per comunicare su Internet la farmacia può scegliere diversi mezzi: sito web e newsletter. Vediamo dunque come gestire la comunicazione per questi mezzi.*

### **Sito web**

Il sito web è la vetrina della farmacia nella "piazza del villaggio globale" ed è ciò che deve stimolare gli utenti ad entrare e conoscervi.

Ecco perché di seguito vi fornirò le indicazioni base per la creazione di un sito web in grado di comunicare con i vostri clienti. Ovviamente si tratta di consigli a livello di comunicazione, per quanto riguarda la programmazione vera e propria, vi consiglio di rivolgervi a tecnici esperti e, se ne avete bisogno, potete chiedere a me che saprò verso chi indirizzarvi.

Per prima cosa, in fase di creazione di un sito web, non si possono tralasciare quelli che sono gli aspetti principali che questo deve avere:

*Visibilità:* il ranking sui motori di ricerca è alla base dell'efficacia di un sito web. L'utente digitando la richiesta sul motore deve subito poter accedere al sito della vostra farmacia.

*User friendly:* un sito web deve essere fruibile per tutti, siano o meno internauti esperti. La struttura di un sito