

Nelle persone di età pari o superiore a 65 anni, gli interventi di prevenzione non farmacologici in cure primarie migliorano significativamente la capacità funzionale e la qualità della vita ma non riducono il rischio complessivo di ricovero

Primary care delivered non-pharmacologic preventive interventions improve function and quality of life but do not decrease the likelihood of hospitalization or need for residential long-term care in older adults.

PETER K. KUROTSCHKA¹, HENRY BARRY², ALICE SERAFINI^{3,4}

¹Department of General practice, University Hospital Würzburg, Germany; ²Department of Family Medicine, College of Human Medicine, Michigan State University, East Lansing, Michigan, Usa; ³Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena, Italia; ⁴Dipartimento di Scienze biomediche, metaboliche e neuroscienze, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena, Italia.

E-mail: kurotschka_p@ukw.de

Domanda clinica. Negli adulti di età pari o superiore a 65 anni, gli interventi di prevenzione non farmacologici eseguiti in cure primarie (per es., interventi di educazione sanitaria, visite domiciliari, contatti telefonici) migliorano gli esiti clinici?

Punto chiave. Gli interventi di prevenzione eseguiti in cure primarie hanno un effetto limitato sui ricoveri ospedalieri e sul ricovero in residenze sanitarie assistite, ma possono avere un effetto significativo sulla funzionalità (le cosiddette “attività di vita quotidiana”)¹ e la qualità di vita. In alcuni casi, gli interventi studiati sono stati piuttosto complessi e basati su diverse componenti; tuttavia interventi semplici di educazione del paziente sembrano essere altrettanto efficaci.

Finanziamento: nessun finanziamento specifico.

Disegno dello studio: revisione sistematica e meta-analisi di studi randomizzati e controllati.

Livello di evidenza: 1a-.

Setting: cure primarie.

Sinossi. Gli autori di questa revisione sistematica (SR) con meta-analisi pubblicata nel *British journal of general practice*² hanno utilizzato diversi database e registri di studi clinici per identificare tutti gli studi randomizzati e controllati (Rct) che avessero esaminato l'efficacia di interventi preventivi eseguiti nelle cure primarie nelle persone di età pari o superiore a 65 anni. Gli autori hanno incluso gli studi pubblicati dopo il 2008, per due motivi: in primo luogo, una precedente revisione si era già occupata degli studi precedenti, concludendo che fossero necessari ulteriori studi³; in secondo luogo, era proprio nel 2008 che sono state pubblicate le linee guida del Medical Research Council sulle *best practice* di descrizione degli interventi complessi⁴, cosicché gli autori hanno

ritenuto che studi precedenti a questa pubblicazione non contenessero le informazioni necessarie a una revisione basata sulle evidenze.

Per essere inclusi in questa SR, i soggetti studiati dovevano avere almeno 65 anni di età e, inoltre, gli studi dovevano essere stati svolti nell'ambito delle cure primarie e dovevano aver avuto un obiettivo generale (ovvero non malattia-specifico). I revisori hanno, invece, escluso gli studi condotti principalmente su interventi farmacologici o psicologici, nonché tutti quelli che non avessero riportato come esito clinico il ricovero ospedaliero o in residenza sanitaria assistita (Rsa), la capacità funzionale o la qualità della vita.

Le 22 pubblicazioni (per un totale di 18 studi) incluse hanno confrontato i vari interventi preventivi con le cosiddette “cure abituali” (*usual care*: questo gruppo di controllo è tipico degli Rct pragmatici, tra cui molti di quelli eseguiti in medicina generale, in cui non è possibile utilizzare, come confronto, un intervento placebo⁵). La dimensione mediana del campione è stata di 743 pazienti, con un tempo mediano di follow-up di 12 mesi. Gli interventi degli studi avevano un'ampia gamma di obiettivi: 18 erano incentrati sulla modifica delle abitudini o dei comportamenti del medico, 15 erano invece rivolti direttamente ai pazienti, 14 si concentravano sulla struttura sanitaria (l'ambulatorio) e 5 hanno studiato l'efficacia di incentivi finanziari per i medici.

Nel complesso, gli studi presentavano un rischio di *bias* (ovvero di distorsioni sistematiche) da basso a moderato. Complessivamente, 13 studi hanno valutato quale esito clinico il ricovero in ospedale o Rsa, ma nessuno di questi ha messo in evidenza una riduzione significativa di ricoveri in seguito all'intervento preventivo.

L'abilità funzionale, misurata mediante le attività della vita quotidiana – Adl (ma non mediante le c.d.

attività strumentali della vita quotidiana - Iadl⁶) - e la qualità della vita sono state riportate rispettivamente in 15 e 17 studi. Secondo, rispettivamente, 5 e 6 studi queste misure erano migliorate dagli interventi preventivi studiati, anche se le dimensioni dell'effetto sono risultate piccole e i dati erano eterogenei. Gli autori della SR riferiscono che gli interventi che hanno modificato il setting assistenziale (per es., visite a domicilio o contatti telefonici) sono stati associati a ricoveri meno frequenti (rapporto di incidenza 0,77; intervallo di confidenza 95% (IC 95%) 0,63 - 0,95), ma l'educazione del paziente ha avuto un effetto simile (rapporto di incidenza 0,74; IC 95% 0,56 - 0,97). Nel complesso, i partecipanti che hanno ricevuto gli interventi avevano maggiori probabilità di riferire un miglioramento della propria salute (odds ratio 1,17; IC 95% 1,01 - 1,37).

Contesto italiano. La prevenzione, a tutti i livelli, e l'educazione sanitaria, fanno parte dei compiti del medico di medicina generale (Mmg) e si realizzano sia nella relazione di cura quotidiana con i pazienti sia attraverso l'adesione da parte dei Mmg a programmi e progetti strutturati a livello locale o regionale, che presentano tuttavia un'alta variabilità sul territorio nazionale. Tra gli interventi analizzati dalla SR ci sono interventi assimilabili all'assistenza domiciliare programmata (Adp), tradizionalmente erogata in Italia dai Mmg e normata dall'accordo collettivo nazionale⁷. Attualmente, una media di poco inferiore al 5% della popolazione italiana di età >65 anni è in carico alla rete di assistenza domiciliare, e tra gli obiettivi del Pnrr rientra quello di «aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, almeno il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni»⁸.

Una selezione di POEMs è gratuitamente concessa a Il Pensiero Scientifico Editore da Wiley-Blackwell Inc. È possibile abbonarsi alla newsletter Va' Pensiero per ricevere i POEMs del mese in lingua italiana direttamente sul proprio indirizzo e-mail (<https://pensiero.it/va-pensiero>).

Per avere accesso a tutti i POEMs in lingua inglese e ad altre risorse per un aggiornamento professionale basato sulle evidenze, quelle che vale la pena conoscere, informati su Essential Evidence Plus (<https://EssentialEvidencePlus.com>).

Bibliografia

1. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc* 1983; 31: 721-7.
2. Palapar L, Blom JW, Wilkinson-Meyers L, Lumley T, Kerse N. Preventive interventions to improve older people's health outcomes: systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2024; 74: e208-e218.
3. Gustafsson S, Edberg AK, Johansson B, Dahlin-Ivanoff S. Multi-component health promotion and disease prevention for community-dwelling frail elderly persons: a systematic review. *Eur J Ageing* 2009; 6: 315.
4. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M; Medical Research Council Guidance. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008; 337: a1655.
5. Smelt AF, van der Weele GM, Blom JW, Gussekloo J, Assendelft WJ. How usual is usual care in pragmatic intervention studies in primary care? An overview of recent trials. *Br J Gen Pract* 2010; 60: e305-18.
6. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-86.
7. Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art.8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni. Disponibile su: <https://lc.cx/SR8-G9> [ultimo accesso 27 settembre 2024].
8. Ministero della Salute. Investimenti del PNRR Missione Salute. 2024. Disponibile su: https://lc.cx/CPF_M2 [ultimo accesso 27 settembre 2024].