



Via G.C. Vanini 5 – 50129 Firenze
Tel.055 474330 – Fax 055 461217 – sigg@sigg.it

Bollettino SIGG

Supplemento al numero 2 – febbraio 2005

Direttore Responsabile

Marco Trabucchi

A cura di

Vincenzo Canonico

Tel. e fax 081 7464297

e-mail: vcanonic@unina.it

Sommario

Perché un supplemento	Pag. 1
Linee Guida SIGG per RSA	“ 2
Antipsicotici atipici nell'anziano: solo rischi?	“ 10



Inviemo questo supplemento al bollettino di febbraio della SIGG per affrontare tre argomenti importanti:

1. L'augurio ormai tradizionale che desidero rivolgere a tutte le signore della nostra società in occasione dell'**8 marzo**. Anche la geriatria, come il resto della medicina, si va femminilizzando: sono profondamente convinto che questa trasformazione rappresenti un progresso. Infatti, a parità di capacità "scientifica" con l'uomo, la donna meglio esercita la "medicina narrativa", grazie alla sua sensibilità, delicatezza, empatia.
Auguri, quindi, alle nostre colleghe e a tutte le donne che lavorano nei luoghi della cura. La SIGG, a cominciare dalle elezioni del primo novembre, dovrà saper cogliere il senso di questa trasformazione per migliorare la nostra collettiva capacità di assistere l'anziano.
2. Pubblichiamo il documento sulle **RSA**, preparato da una commissione presieduta da Antonio Guaita, e già approvato tempo fa dagli organi societari. La diffusione del testo rappresenta un contributo rilevante al dibattito, particolarmente in un momento nel quale l'organizzazione dei servizi per l'anziano è al centro di un interesse diffuso. Chiunque volesse inviare commenti o integrazioni è benvenuto su questo bollettino.
3. Il recente provvedimento della Regione Lombardia riguardante la prescrivibilità dei **neurolettici atipici** rappresenta un passo avanti significativo per superare le difficoltà che sono sorte nella terapia dei disturbi comportamentali in corso di demenza. Pubblichiamo al riguardo un breve commento di Angelo Bianchetti.

Sono certo che il Bollettino, con le notizie e le continue stimolazioni, rappresenta uno strumento utile per rafforzare la nostra Società. Sarei grato, però, ai lettori di una maggiore interattività, perché così assieme costruiamo un sapere omogeneo, importante per una prassi condivisa, che poi ciascuno adatta alle proprie situazioni concrete.

Marco Trabucchi



LINEE GUIDA DELLA SIGG PER LE RSA

Premessa

Oggi in Italia meno del 2% di ultra65enni sono ricoverati in strutture residenziali, e meno dell'1% sono seguiti al domicilio. Pur considerando che in regioni più fornite di servizi, come la Lombardia, si arriva al 2,9% di ultra65enni ricoverati, siamo tuttavia lontani dalle medie europee, di 5% di ricoverati e 7% di assistiti al domicilio¹.

Le strutture di ricovero e il futuro della domanda

1. Andamento demografico: le classi di età più anziane stanno aumentando ad un ritmo più alto della crescita della popolazione anziana in generale; fra il 1997 e il 2021 si calcola che gli ultra65enni italiani passeranno da 9.993.000 a 13.209.000 (+ 32%), mentre gli ultra80enni da 2.299.000 a 4.090.000 (+ 78%), secondo stime ISTAT. Gli ultra80enni quindi stanno aumentando percentualmente più degli ultra65enni².
2. La dinamica della disabilità: viviamo di più, ma viviamo anche meglio? Secondo la classica teoria della "compressione della morbilità"³, spostandosi verso destra la curva di morbilità questa si avvicina sempre più alla curva di mortalità, così da ridurre progressivamente l'area della malattia e della disabilità degli anziani, e quindi i loro bisogni. In realtà è stato dimostrato che si è certamente guadagnata vita attiva e salute, ma contemporaneamente non è diminuita la lunghezza del periodo medio che si passa come disabili gravi⁴; questo dato è confermato anche da osservazioni più recenti, per cui il trend non sembra essersi modificato negli ultimi anni, anche se la discussione non è chiusa⁵. La conseguenza principale è che si è spostata l'intera coorte della "età della vecchiaia" verso età maggiori: anche considerando che i numeri non cambiano molto, è facile comprendere che assistere un anziano dipendente di 90 anni invece che di 60 anni non è la stessa cosa, né dal punto di vista biologico, né da quello sociale. E, tutto sommato, non lo si fa per meno tempo, per cui il bisogno di servizi non risulta diminuito.
3. Bisogno legato al minor sostegno familiare: a questo si aggiunge la previsione che per il futuro l'appoggio assistenziale della famiglia sarà senza dubbio minore: non solo perché ci sono meno figli, ma perché questi lavoreranno più a lungo. Fino ad ora una quota non indifferente del sostegno agli anziani inabili, è data dalla presenza nelle famiglie di due generazioni di pensionati. Se la legge porta ad abolire i pensionamenti "giovani", verrà a mancare anche questo sostegno⁶.

È possibile che in futuro le richieste di servizi residenziali seguano trend di minor incremento rispetto a quelli attuali in relazione a politiche specifiche di incentivo alla cura domiciliare (ad esempio incentivi economici come il "bonus" e il "voucher" socio sanitario⁷, così come dalla diffusione della assistenza personale delle cosiddette badanti, ma non è prevedibile una riduzione generale e consistente di domanda di servizi da parte degli anziani.

Il quadro di un futuro dove aumenteranno i bisogni sia per numero che per complessità, mentre sono destinate a diminuire o a non crescere le risorse di cura (meno famiglia, meno intervento pubblico) non è certo tranquillizzante. Ogni servizio della rete geriatrica, là dove esiste, si trova sempre di più di fronte alla necessità di far quadrare il cerchio fra bisogni crescenti e risorse scarse.

L'epoca in cui si potevano avere risorse senza dover dimostrare il proprio livello di efficienza ed efficacia, sta rapidamente finendo. In questo le RSA non fanno eccezione, ma anzi si collocano al centro di questo processo. La risposta non può essere quindi solo: più anziani con più bisogni = più RSA, quanto: più anziani con più bisogni = RSA migliori.



Questo quadro epidemiologico, di sicuro interesse generale, rafforza ancor più la necessità di assicurare, da parte della comunità nazionale o regionale, una adeguata copertura economica ai costi assistenziali della non autosufficienza degli anziani.

La crisi dei modelli residenziali tradizionali, conseguenza di una diversa qualità dei bisogni espressi dalla popolazione anziana

1. La RSA sostituisce le precedenti soluzioni residenziali per la cura degli anziani in condizione di dipendenza. Non esaurisce invece la possibilità di soluzioni diversificate o innovative, per altre tipologie di bisogno residenziale degli anziani.
2. Vi è stato negli anni scorsi un continuo ed importante mutamento nella struttura organizzativa delle residenze, che si sono trasformate da residenze a prevalente componente sociale (per “autosufficienti”) a luoghi di cura per anziani disabili gravi (“non autosufficienti”). Questo cambiamento fra gli anni '70 e '80 ha portato faticosamente la maggioranza delle strutture ad incrementare le proprie capacità assistenziali e a promuovere la presenza di personale e di attività più qualificate per questo tipo di bisogno. È stato un processo molto esteso, pur con gravi carenze, disomogeneità, errori, dovuti alla sua spontaneità e necessità, più subito che guidato, peraltro in maniera diversa, nelle diverse regioni italiane. Oggi stiamo assistendo ad un ulteriore cambiamento, per cui le persone che necessitano di una struttura residenziale sono non solo più anziane e più dipendenti, ma anche accompagnate da più problemi clinici contemporaneamente.
3. L'aumento della età dei ricoverati in RSA ha trascinato con sé un aumento di dipendenza e di instabilità clinica e vi è un'alta quota di problemi sanitari specifici presente nei degenti in RSA⁸. Il peso della instabilità clinica e dei problemi sanitari sta caratterizzando anche le domande di ammissione ai servizi residenziali⁹. A questo aumento di bisogni sanitari specifici può aver contribuito l'avvento dei DRG ospedalieri, per cui i malati sono dimessi "sicker and quicker", cioè più malati e prima. Questo andamento è confermato da alcuni dati: lo studio GIFA ha messo in evidenza come l'introduzione dei DRG ha consentito risparmi di degenze in ospedale che si sono tradotte in un maggior onere per il sistema socio-sanitario di “long term care”, per la maggior quota di disabili alla dimissione (dal 24,6% al 28,4% fra il 1993 e il 1996)¹⁰.
4. Vi è sempre più spesso l'associazione della disabilità fisica e psichica, per la epidemia esplosiva delle demenze senili, per cui in Europa si parla di raddoppio di prevalenza di tali malattie ogni 5 anni a partire dai 65 anni. Ma nelle residenze (o le loro equivalenti Nursing Homes, nel mondo anglosassone) la prevalenza arriva al 50%, e per alcuni, se consideriamo tutta la patologia psichica e non solo le demenze, si arriva al 90% dei ricoverati¹¹.
5. Un altro elemento da considerare riguarda la specificità della disabilità nei ricoverati di età sempre più avanzata che caratterizza le RSA: diventa prevalente la quota di persone che sono disabili non per fatti improvvisi e catastrofici, come malattie acute o traumi, ma per un insieme di cedimenti, ciascuno dei quali da solo non sarebbe in grado di togliere l'autonomia, ma che, insieme, determinano l'incapacità e la dipendenza¹².
6. Per gli anziani ricoverati la malattia non è un avvenimento successo “prima” della disabilità, ma più spesso è uno dei più importanti segni e sintomi di una malattia che persiste, che accompagna nel tempo la disabilità, secondo anche la visione proposta dall'WHO nell'ICF¹³.

La RSA è quindi luogo di accoglienza e cura di anziani con bisogni sanitari e assistenziali diversificati che richiedono la definizione di un “case mix” quali/quantitativo basato sul consumo delle risorse, ma riconducibile a 2 grandi tipologie: *anziani con necessità di cura e riabilitazione per il*



reinserimento nella situazione residenziale precedente l'evento disabilitante e anziani ricoverati per cure continuative e protesiche.

A tutt'oggi gli strumenti integrati di valutazione multidimensionale sono quelli che più rispondono alla necessità di definizione dei bisogni di queste popolazioni. Il VAOR costituisce oggi lo strumento migliore per definire il "case mix" e ne è raccomandato l'uso da questa società¹⁴.

La RSA è una sede tipica per la pratica geriatrica: la scarsa dotazione tecnologica, la estensione della polipatologia, il costante intreccio critico fra tutte le dimensioni della vita e della cura (fisica, psichica, sociale, ma anche architettonica, economica, urbanistica) e perfino la presenza connaturata di dilemmi etici non evitabili fra libertà e sicurezza degli individui, ne fanno un terreno privilegiato per la medicina geriatrica, che sa dare obiettivi di sostegno e promozione del benessere delle persone anziane anche in queste condizioni di estrema fragilità. La cultura che nasce da qui porta anche un prezioso contributo alla prevenzione, intesa come lotta alla inabilità e promozione dell'autonomia. Le RSA che attuano i principi della cura geriatrica sono quindi sede insostituibile per la formazione di medici, infermieri, fisioterapisti, come da tempo sperimentato nel mondo anglosassone¹⁵.

Definizione di RSA

«La R.S.A. è una struttura extra-ospedaliera per anziani disabili, prevalentemente non autosufficienti, non assistibili a domicilio, abbisognevole di trattamenti continui e persistenti, finalizzata a fornire accoglienza ed erogazione di prestazioni: sanitarie, assistenziali, di recupero funzionale e sociale; essa va intesa come la struttura residenziale, della rete dei servizi territoriali, in cui deve realizzarsi il massimo della integrazione degli interventi sanitari e sociali.» (POA del 1992)

«Le RSA sono presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello "alto" di assistenza tutelare e alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle regioni e province autonome.» (DPR 14/1/1997)

Le "RSA" sono destinate a soggetti non autosufficienti, non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate. Sono da prevedere ospitalità permanenti, di sollievo alla famiglia non superiori ai 30 giorni, di completamento di cicli riabilitativi eventualmente iniziati in altri presidi del SSN (DPR 14/1/ 1997).

Si rivolgono a soggetti non autosufficienti affetti da grave disabilità, richiedenti alto livello di supporto assistenziale ed infermieristico a fronte di un intervento riabilitativo a bassa complessità e intensità, non assistibili a domicilio o in forme alternative alla degenza a tempo pieno (Linee Guida Riabilitazione del 7/5/1998 della Conferenza permanente stato regioni).

Per la SIGG quindi:

la RSA, in accordo con la normativa nazionale, è una struttura del territorio destinata ad accogliere - per ricoveri temporanei o a tempo indeterminato - gli anziani non autosufficienti, cui deve offrire:

- una sistemazione residenziale (**Residenza**) con una connotazione il più possibile domestica, organizzata in modo da rispettare il bisogno individuale di riservatezza e di privacy e da stimolare al tempo stesso la socializzazione tra gli anziani ospiti;
- tutti gli interventi medici, infermieristici e riabilitativi (**Sanitaria**) necessari a prevenire e curare le malattie croniche e le loro riacutizzazioni; nonché gli interventi volti a recuperare e sostenere l'autonomia dei degenti;



- un'assistenza individualizzata (**Assistenziale**), orientata alla tutela ed al miglioramento dei livelli di autonomia, al mantenimento degli interessi personali ed alla promozione del benessere.

L'utenza della RSA si caratterizza per:

- età di interesse geriatrico (di norma ≥ 65 anni, ma ormai le età medie si avvicinano e spesso superano gli 80 anni);
- perdita dell'autosufficienza nelle attività della vita quotidiana;
- condizioni sanitarie caratterizzate da comorbidità, severità ed instabilità clinica, non tali da richiedere cure intensive ospedaliere;
- condizioni sociali che non consentono la permanenza al domicilio sia pure con il supporto dei servizi domiciliari e semi-residenziali;
- necessità di assistenza tutelare comprensiva del mantenimento dei contatti sociali e di programmi di animazione.

Inoltre:

- può essere utilmente sede di più servizi (residenziali, semiresidenziali) con obiettivi simili, ma diversificati, esprimendo capacità di assistenza e cure di tipo specifico (unità speciali di cura per dementi, per stati vegetativi);
- attua modalità elastiche di ricovero (ricoveri temporanei, centri diurni, ricoveri notturni);
- assicura apertura al territorio dei propri servizi (palestre, mensa, sale convegno o teatro), in modo da farne anche un centro erogatore di servizi, migliorandone anche l'immagine presso la comunità locale;
- si ritiene che la riabilitazione geriatrica extraospedaliera, può trovare utile collocazione accanto o all'interno di molte RSA, come già da tempo riportato in letteratura^{16 17}. La cultura riattivativa, globale e integrata, che è la base della attività sanitaria delle équipes di cura in RSA, costituisce una base solida ed efficace per la riabilitazione geriatrica, così come l'applicazione di modelli e attività riattivative geriatriche può trascinare il miglioramento della cura sanitaria in RSA.

All'interno della logica della rete dei servizi la RSA contribuisce all'efficiente utilizzo dei servizi ospedalieri e del territorio, anche mettendo a disposizione un numero limitato di posti letto per fronteggiare situazioni di "emergenza" sia sanitaria che sociale, sulla base di specifici accordi con l'UVG distrettuale.

Deve peraltro essere rispettata la natura "residenziale" del ricovero, al di fuori di logiche di ordine puramente collocativo e di modalità operative da "pronto soccorso" proprie dell'emergenza sanitaria.

Il ricovero nella RSA viene disposto, a seguito di un progetto individualizzato e con l'assenso - ove possibile - dell'interessato, come soluzione residenziale temporanea (con obiettivi riabilitativi e di sollievo alla famiglia) o definitiva. La Valutazione Multidimensionale geriatrica è lo strumento migliore per la definizione del progetto legato al ricovero in RSA¹⁸. Le équipes di valutazione devono però agire secondo modelli, non burocratici, di "presa in carico" del caso e di valutazione dell'esito.

Criteri di qualità

Quello che davvero interessa è che vi sia una corrispondenza fra il bisogno (espresso o no) e la risposta. Per questo un percorso di qualità e di accreditamento è diverso dalla semplice valutazione di quello che si fa, e dovrebbe arrivare a misurare anche "come" lo si fa e con quale percezione da parte di chi riceve il servizio. Questo in RSA è particolarmente difficile, perché in essa le persone contemporaneamente vivono e sono curate e quindi sono sensibili a tutti gli indicatori sia della qualità di vita che della qualità della cura: praticamente infiniti. Vi è una ampia esperienza e letteratura in



merito agli indicatori di qualità¹⁹, ma tutti in qualche modo si rifanno alla classificazione di Donabedian:

- criteri strutturali
- criteri di processo
- criteri di output e di outcome

Una esposizione sintetica ed esemplificativa può chiarirne il significato:

❖ **Criteri strutturali:**

- va assicurata una quota di spazio fisico a disposizione di ogni degente tale da garantire la presenza sia di spazi privati che di spazi collettivi; ogni elemento di sicurezza, chiarezza e flessibilità ambientale può contribuire al benessere dei degenti, per quanto mai disgiunto dal fattore umano. Ciò è di massima importanza per le persone con demenza. La possibilità di avere stanze singole, se desiderate, deve essere assicurata in tutte le RSA, così come gli spazi di soggiorno per la separazione fra la vita diurna e il riposo notturno;
- l'articolazione dello spazio deve consentire la realizzazione di piccole comunità di 20 - 30 persone;
- va valutata la presenza di spazi per i servizi sanitari, sociali, per i parenti e per il personale, nonché per i servizi accessori (magazzini, cucine) sia di nucleo che di struttura;
- va valutata la collocazione urbanistica, l'accessibilità complessiva della struttura.

❖ **Criteri gestionali e di processo:**

- verificare la validità delle procedure soprattutto in merito a: accoglienza; gestione dei bisogni assistenziali; gestione dei bisogni sanitari (in particolare tenuta e aggiornamento della cartella clinica); gestione dei bisogni di relazione e comunicazione; attività ricreative e culturali;
- valutare la valorizzazione del rapporto con la famiglia e i volontari, la promozione della loro partecipazione attiva a tutti i momenti di vita della RSA, considerandone la presenza parte integrante della struttura di cura, nel quadro di una operosa "alleanza terapeutica";
- da valutare tutta la gestione del personale, quella amministrativa e contabile, nonché quella dei servizi;
- da valutare se esistono processi di miglioramento della qualità per obiettivi specifici.

❖ **Outcome:**

- riduzione di eventi negativi (cadute, contenzione, malnutrizione, piaghe da decubito, effetti indesiderati da farmaci);
- aumento di eventi positivi (miglioramenti funzionali e clinici, partecipazione).

Per gli outcomes non esiste oggi né letteratura né esperienza sufficiente, ma se ne ravvisa l'estrema necessità: costituiscono perciò un terreno privilegiato di ricerca e di sperimentazione.

Partendo dalla classica impostazione alla Donabedian, sempre valida, la ricerca si sta orientando ad individuare strumenti di valutazione molto più indirizzati alla persona e al risultato. Misurare "risorse utilizzate" dai residenti e i risultati ottenuti, permette di valutare ciò che la struttura fa e contemporaneamente quanto risponde al bisogno dei residenti.

L'attività sanitaria

1. **ATTIVITÀ MEDICA:** in nessun caso l'attività medica nelle RSA può essere vista come una specie di "pronto soccorso" continuato, con interventi solo di tipo ambulatoriale e puntuale. È piuttosto un'attività di presa in carico sia della salute che della malattia, quindi del percorso



fisiopatologico che lega malattia e disabilità, con attuazione di programmi di terapia che si integrano con i programmi di sostegno globale alla persona, attuati dalla équipe di cura. Il medico non interviene ad “aggiustare il guasto”, ma è corresponsabile della qualità di vita e di cura del residente nella struttura. Questa sua responsabilità è testimoniata dalla cartella clinica e dalla stesura di linee operative riguardanti i principali problemi di salute dei ricoverati.

2. **QUALE MEDICO:** Queste considerazioni fanno superare una visione burocratica sul “chi deve essere” il medico della RSA. La presenza del medico va prevista obbligatoriamente, ma la condizione irrinunciabile è che, qualunque sia la provenienza e la condizione del medico, questi abbia un rapporto di corresponsabilità formale con la direzione della residenza e non da altre direzioni, quando opera all’interno della RSA, anche se la sua provenienza è dall’ospedale, dalla ASL o dalla medicina di base. La “reperibilità” medica non può essere considerata sufficiente a garantire l’attività sanitaria richiesta in RSA e può essere ammessa solo per orari e interventi di tipo straordinario (notturni, festivi).
3. **GERIATRA:** consideriamo il geriatra come il medico più preparato, per la sua formazione, a svolgere tutti i ruoli medici necessari in RSA, quindi sia quello di diagnosi e cura del singolo degente, sia quello di direzione medica e assistenziale. È possibile che l’attività di cura, proporzionata al numero di degenti, sia affidata ad altri colleghi, anche se di regola va garantita la direzione medica di un geriatra.
4. **INFERMIERE:** la presenza dell’infermiere va prevista in tutti i nuclei. L’ infermiere, in numero adeguato alle dimensioni della RSA, deve essere presente nelle 24 ore, presenza non sostituibile con la reperibilità.
5. **FISIOTERAPISTA:** ogni RSA deve prevedere la presenza, in numero adeguato al numero dei degenti, di questa figura.
6. **ASA – OTA – OSS:** figura chiave dell’assistenza di base da prevedere in numero adeguato.
7. **PSICOLOGO, ANIMATORE, EDUCATORE:** le figure di tipo psicologico e animativo sono essenziali alla qualità di vita sia dei residenti, ma anche dei loro parenti e del personale di cura. Se ne raccomanda quindi la presenza.
8. **RACCOMANDAZIONI PROCEDURALI:** l’attività sanitaria in RSA deve poter affrontare sia il percorso di promozione della salute che la riduzione della instabilità clinica. Gli strumenti di esercizio devono prevedere quindi la cartella clinica del residente, anche come parte di una cartella valutativa medico-sociale più ampia, dove vi sia un aggiornamento dei parametri clinici medico-infermieristici di base. Alcuni strumenti, al di là di quelli usati per l’esame obiettivo, sono entrati in questa pratica clinica di base e devono essere presenti in RSA: ECG, saturimetro, test glicemico. Inoltre deve poter essere garantito in loco il prelievo ematico, le terapie i.v. e infusiva, l’ossigenoterapia, l’alimentazione enterale.
9. La disponibilità del materiale infermieristico deve essere ampia: materassi antidecubito, medicazioni avanzate. Inoltre letti variabili in altezza, sollevatori per trasferimento di immobilizzati, alzapersona per cambio ausili dell’incontinenza, bagni assistiti per disabili gravi.

Allegato I

Legislazione di riferimento

Di seguito elenchiamo alcuni fra i principali riferimenti legislativi relativi alle RSA:



- D.M.S. del 29.08.1989 n.321 “Regolamento recante criteri generali per la programmazione degli interventi e il coordinamento tra enti competenti nel settore dell’edilizia sanitaria in riferimento al piano pluriennale di investimenti ai sensi dell’art.20 della Legge 67/88”.
- D.P.C.M. del 22.12.1989 “Atto di indirizzo e coordinamento dell’attività amministrativa delle Regioni e Province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti, non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali.”
- Progetto obiettivo anziani “Tutela della salute degli anziani” approvato con risoluzione parlamentare del 30 .01.1992.
- Linee guida n.1/94 del 30.03.1994 “Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle residenze sanitarie assistenziali.”
- D.L. n.502 del 30.12.1992 e successive modifiche ed integrazioni.
- D.M.S. del 15.04.1994 “Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera.”
- Legge n.104 del 05.02.1992 “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.”
- D.P.R.dell’01.03.1994 “Approvazione piano sanitario nazionale triennio ‘94/’96”
- Legge n.724 del 23.12.1994 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica” e successive modifiche ed integrazioni.
- D.P.R. del 14.01.1997 “Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.”
- Provvedimento del 07.05.1998 “Linee guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione.”
- D.P.R. del 23.07.1998 “Approvazione P.S.N. triennio ‘98/2000.”
- D.L. 229/99.
Legge n.405 del 18.11.2001.
Il piano sanitario nazionale vigente fino a quest’anno.

Vi sono inoltre le varie legislazioni regionali, che riflettono in parte realtà locali, ma anche una certa confusione di obiettivi e metodi, specie per quanto attiene alla attività sanitaria.

Il quadro di confusione e di incertezza che ne esce è certamente preoccupante.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ C. Gori “I servizi sociali in Europa”. Carocci Editore, Roma, 2001
- ² Golini A., Basso S., Reynaud C. L’invecchiamento della popolazione negli ultimi 20 anni e nei prossimi 20. G. Gerontol 2002; 50: 177-180
- ³ Fries JF Aging, natural death, and the compression of morbidity. N Engl J Med 1980;303:130-5
- ⁴ Stout R.W., Crawford V. Active Life Expectancy and Terminal Dependency : Trends in Long Term Geriatric Care over 33 Years. Lancet 1988, I: 281-283
- ⁵ Pasqualini R., Salvioli G. Il declino della mortalità e il problema della disabilità . G Gerontol 2000, 48: 481-484
- ⁶ Facchini C. “Caratteristiche sociofamiliari e specificità degli anziani lombardi” in: Facchini C. “Anziani , pluralità e mutamenti”. FrancoAngeli, Milano, 2001 pagg 159-203.



- ⁷ Gori C. , Pasquinelli S. “ Il bonus nella rete dei servizi territoriali “ in: Gori C. “ Le politiche per gli anziani non autosufficienti: proposte per il dibattito”. FrancoAngeli, Milano, 2001
- ⁸ Rozzini R. “Problematiche mediche nelle Residenze sanitarie assistenziali” in: Trabucchi M., Brizioli E., Pesaresi F. “Residenze Sanitarie per anziani” . Ed. Il Mulino, Bologna 2002
- ⁹ Guaita A., Pucci D. Le motivazioni alla richiesta di ricovero presso una struttura residenziale sanitaria: dimensione quantitativa e qualitativa. Tendenze nuove 2001; 2-3 : 243-250
- ¹⁰ Ricercatori del Gruppo Italiano di Farmacoepidemiologia nell’anziano (GIFA): Caratteristiche dell’ospedalizzazione dei pazienti prima e dopo l’avvio del pagamento a prestazione (sistema DRG – ROD). Ann Ital Med Int 1996; 11: 220-227
- ¹¹ Lobo A., Launer L.J., Fratiglioni L., Andersen K., Di Carlo A., Breeteler M.M., Copeland J.R., Dartigues J.F., Jagger C., Martinez-Lage J.M., Soininen H., Hofman A.: Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population based cohorts Neurology 2000, 54 (suppl. 5): s4 – s9
- ¹² Ferrucci L., Guralnik J.M. et al.: Progressive versus catastrophic disability: a longitudinal view of the disablement process. J Gerontol (Med Sci) 1996; 51A : M I23-26
- ¹³ Vedi il sito ICF dell’OMS: <http://www.who.int/classification/icf/intros/ICF-Eng-Intro.pdf>
- ¹⁴ Brizioli E, Ferrucci L, Masera F, Di Niro G, Bernabei R.:La ricerca sanitaria: validazione del sistema RUG in Italia. Bollettino delle Ricerche 2000; 2: 9-74
- ¹⁵ Hamerman D. Academic medical centers and nursing home affiliations. Ann Intern Med 1994;121: 389
- ¹⁶ Burton J.R.The Evolution of Nursing Homes into comprehensive geriatrics centers : a perspective J Am Geriatr Soc 1994 ; 42 : 794-796
- ¹⁷ Kane R.L., Chen Q., Blewett L.A., Sangl J. Do rehabilitative nursing homes improve the outcomes of care ? J Am Geriatr Soc 1996; 44: 545-54
- ¹⁸ vedi il sito WEB : WWW.SIGG.it; alla voce: VMD
- ¹⁹ Pierluigi Morosini e Paolo Piergentili “Accreditamento volontario di eccellenza: uno strumento di autovalutazione e promozione della qualità per le Strutture Residenziali per Anziani” Edizioni VEGA 1998



ANTIPSICOTICI ATIPICI NELL'ANZIANO: SOLO RISCHI?

Gli antipsicotici sono farmaci ampiamente utilizzati nella gestione dei problemi psichiatrici e comportamentali dei pazienti geriatrici. La disponibilità di farmaci con un migliore profilo di tollerabilità ha espanso le opzioni cliniche ed ha determinato un aumento dell'utilizzo di tali farmaci nell'anziano, sebbene molte questioni restino ancora aperte (le specifiche indicazioni, il rapporto rischio/beneficio dei nuovi antipsicotici rispetto a quelli tradizionali, il range terapeutico e la durata dei trattamenti, l'utilizzo in presenza di comorbidità somatica) (Lee et al, 2004).

Gli antipsicotici tradizionali sono stati ampiamente utilizzati per il trattamento dei disturbi comportamentali in corso di demenza, anche se i pochi studi controllati disponibili hanno dimostrato una efficacia sovrapponibile a quella del placebo, o superiore solo per le dosi più elevate, caratterizzate da numerosi e seri effetti collaterali (Teri et al, 2002; Devanand et al, 1998).

Gli antipsicotici atipici (in particolare risperidone ed olanzapina) hanno mostrato una efficacia superiore al placebo in studi randomizzati nel trattamento dei BPSD, con un migliore profilo di tollerabilità rispetto ai farmaci tradizionali (Sink et al, 2005). Per tale ragione sono stati negli ultimi anni ampiamente utilizzati per questa specifica indicazione.

Nel 2002 vi sono state le prime segnalazioni di una maggiore frequenza di eventi avversi (EA) di tipo cerebrovascolare in trial con risperidone e olanzapina condotti su pazienti anziani con psicosi correlata a demenza. In una analisi retrospettiva dei risultati dei trial randomizzati controllati versus placebo, pubblicati e no, condotti con risperidone (a dosi entro il range di 0,5-2 mg/die) su pazienti anziani con AD, VaD o demenza mista, è stato rilevato che in due dei quattro studi, della durata di 4-12 settimane, l'incidenza di EA cerebrovascolari acuti (ictus, attacchi ischemici transitori) era significativamente maggiore nei pazienti trattati con risperidone rispetto al gruppo PBO (Wooltorton, 2002). Una metanalisi dei dati dei quattro studi, su un totale di 1.779 pazienti, ha evidenziato una *odds ratio* di 3.32 (IC 95%: 1.44-7.68) per risperidone rispetto a PBO. La mortalità per qualsiasi causa non è invece risultata più elevata per risperidone rispetto a PBO (Medicine and Healthcare products Regulatory Agency, 2004).

In un'analisi retrospettiva dei risultati dei trial randomizzati controllati versus placebo, pubblicati e no, condotti con olanzapina (a dosi entro il range di 1-15 mg/die) su 1.656 pazienti anziani con AD, VaD o demenza mista, è emerso un rischio di mortalità di due volte superiore tra i malati trattati con olanzapina rispetto a quelli in PBO (rispettivamente 3,5% vs. 1,5%) e ciò indipendentemente dalla dose e dalla durata del trattamento, mentre sono risultati fattori predisponenti: l'età superiore a 65 anni, la disfagia, infezioni polmonari ed il concomitante uso di benzodiazepine (Wooltorton, 2004). È emersa inoltre un'incidenza di tre volte superiore di EA cerebrovascolari acuti tra olanzapina e PBO (rispettivamente 1,3% vs 0,4%), con un rischio relativo per olanzapina pari a 3.1 (IC 95%: 0.7-13.5). Un'età superiore a 75 anni e la diagnosi di VaD o di demenza mista sono stati identificati come fattore di rischio per la comparsa di EA cerebrovascolari in corso di trattamento con olanzapina.

In conseguenza di ciò gli organi regolari (FDA, EMEA e la CUF nel nostro Paese) hanno emanato raccomandazioni specifiche che hanno sottolineato come il trattamento dei disturbi comportamentali e/o psicotici associati a demenza non sia da considerarsi un'indicazione terapeutica approvata per i farmaci antipsicotici atipici. Allo stesso modo sono stati sottolineati alcuni aspetti problematici che necessitano un approfondimento. È stata rilevata anzitutto una discordanza tra impressione clinica di efficacia e maneggevolezza ed evidenze scientifiche su efficacia e rischio: i clinici che da anni utilizzano questi farmaci su pazienti con BPSD (al di fuori delle indicazioni



approvate) non sembrano percepire un bilancio beneficio/rischio tale da controindicarne assolutamente l'uso, anche alla luce delle recenti segnalazioni.

E' stata inoltre sollecitata una pronta accessibilità ai dati di tutti i trial randomizzati controllati, anche se non pubblicati. E' stata infine sottolineata la necessità di un approfondimento dei dati disponibili per meglio chiarire quali siano i pazienti a rischio di sviluppare eventi avversi di tipo cerebrovascolare e confrontare il profilo di rischio non solo con i pazienti in trattamento con placebo, ma anche (e soprattutto) con coloro che assumono antipsicotici tradizionali o altri antipsicotici atipici, per i quali non esiste attualmente alcun dato derivato da studi randomizzati controllati.

Al momento, nessun rapporto di causalità fra eventi cerebrovascolari e risperidone o olanzapina può essere formulato. Anzitutto, l'incidenza naturale di eventi cerebrovascolari spontanei nella popolazione anziana, generale e affetta da demenza in particolare, è molto superiore a quella segnalata negli studi clinici. Inoltre poiché i pazienti inclusi negli studi non sono stati stratificati secondo la presenza iniziale di fattori di rischio cerebrovascolare, il campione analizzato non permette delle conclusioni epidemiologiche ad ampio spettro. Infine, dati recenti indicano come pazienti anziani in trattamento con antipsicotici atipici (risperidone ed olanzapina) non hanno un rischio di eventi avversi di tipo cerebrovascolare superiore a coloro che sono in trattamento con antipsicotici tradizionali (Herrmann et al, 2004). Questi dati sono stati recentemente confermati da un ampio studio retrospettivo su oltre 37.000 soggetti anziani affetti da demenza trattati con antipsicotici atipici o tradizionali (Gill et al, 2005). I risultati di questo studio permettono di concludere che i pazienti anziani dementi che assumono antipsicotici atipici non hanno un rischio di sviluppare EA cerebrovascolari superiore a coloro che assumono antipsicotici tradizionali.

Nel nostro Paese la normativa ha permesso negli ultimi anni ai centri UVA di prescrivere gli antipsicotici atipici per il trattamento dei BPSD; in conseguenza delle segnalazioni del Ministero della Salute le varie regioni hanno assunto comportamenti differenti (in alcuni casi tale pratica non è più ammessa se non con una diretta assunzione di responsabilità del medico e del paziente, mentre in altri casi è restata in vigore la prassi usuale della formulazione del piano terapeutico autorizzato dall'ASL). E' però interessante segnalare come una recente comunicazione dell'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia (24/1/05) riafferma la possibilità per i centri UVA di prescrivere gli antipsicotici atipici per i BPSD. Appare pertanto sempre più utile uno studio di monitoraggio (attraverso il sistema dei centri UVA) per verificare nel "mondo reale" il reale rapporto rischio/beneficio dei vari trattamenti per i BPSD, inclusi i nuovi antipsicotici.

Bibliografia

- Devanand DP, Marder K, Michaels KS, Sackeim HA, Bell K, Sullivan MA, Cooper TB, Pelton GH, Mayeux R. A randomized, placebo-controlled dose-comparison trial of haloperidol for psychosis and disruptive behaviors in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1998;155:1512-20
- Gill SS, Rochon PA, Herrmann N, Lee PE, Sykora K et al. Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38330.470486.8F (published 24 January 2005)
- Lee PE, Gill SS, Freedman M, Bronskill SE, Hillmer MP, Rochon PA. Atypical antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. *BMJ*. 2004;329:75-81
- Medicine and Healthcare products Regulatory Agency, March 2004: Summary of clinical trial data on cerebrovascular adverse events (CVAESs) in randomised clinical trials of risperidone conducted in patients with dementia.



-
- Sink KM, Holden, KF, Yaffe K. Pharmacological Treatment of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. A Review of the Evidence. JAMA. 2005;293:596-608
 - Teri L; Logsdon RG, Peskind E, Raskind M, Weiner MF, Tractenberg RE, Foster NL, Schneider LS, Sano M, Whitehouse P et al. Treatment of agitation in AD A randomized, placebo-controlled clinical trial. Neurology 2000;55:1271–1278
 - Woollorton E, Risperidone (Risperdal): increased rate of cerebrovascular events in dementia trials. CMAJ; 2002; 167:1269-1270
 - Woollorton E. Olanzapine (Zyprexa): increased incidence of cerebrovascular events in dementia trials CMAJ; 2004; 170; 1395