

ISSN 1723 - 7750

Anno XII - N. 4
Dicembre 2014
TRIMESTRALE

I luoghi della cura

4/2014

Poste Italiane S.p.A.
In caso di mancato recapito, rinviare a Roma Romanina Stampe, per la restituzione al mittente
previo addebito pagamento resi




SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



CIC Edizioni Internazionali

I luoghi della cura



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

*Un periodico scientifico-professionale,
che affronta gli argomenti più rilevanti riguardanti
l'assistenza alla persona anziana nelle diverse condizioni di vita,
in particolare quando il bisogno rende necessario
un supporto organizzato.*

DIREZIONE SCIENTIFICA

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

COMITATO EDITORIALE

Renzo Bagarolo, Stefano Boffelli, Anna Castaldo, Chiara Ciglia,
Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori,
Gianbattista Guerrini, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi, Daniele Villani



ABBONATEVI

Abbonamento annuo (4 numeri) € 10.00

Ritagliare e spedire in busta chiusa ed affrancata o via fax a CIC Edizioni Internazionali - Lungotevere Michelangelo 9 - 00192 Roma
Tel. 06 8412673 - Fax 06 8412688 - abbonamenti@gruppocic.it

Nome

Cognome

Indirizzo

Città CAP

E-mail

☐ Desidero abbonarmi a *I luoghi della cura*

☐ Allego assegno bancario non trasferibile di € 10,00
Intestato a: CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

☐ Allego ricevuta del versamento sul c.c. postale n° 77628006

☐ Vi autorizzo ad addebitare l'importo di € 10,00
sulla mia Carta di Credito

☐ VISA ☐ AMERICAN EXPRESS ☐ DINERS CLUB ☐ EUROCARD ☐ MASTER CARD

N° Carta | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di scadenza | | | | |

Dlgs n. 196/03. La informiamo che i dati forniti saranno oggetto di trattamento (Art. 13); saranno altresì adottate le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza (Art. 31). I dati saranno gestiti internamente e non verranno ceduti a terzi, ma potranno essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). La informiamo inoltre che ha diritto (Art. 7) di richiedere la cancellazione o l'aggiornamento dei dati ed opporsi al trattamento per altre finalità con comunicazione scritta. Reso edotto dalle informazioni riportate, lei esprime il consenso al trattamento con la compilazione, la firma e l'invio del presente modulo.

Data e firma

SOMMARIO

Direzione scientifica:

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

Comitato editoriale:

Renzo Bagarolo, Stefano Boffelli, Anna Castaldo, Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori, Gianbattista Guerrini, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi, Daniele Villani

Direttore responsabile

Andrea Salvati

Segreteria di redazione

Antonella Onori - onori@gruppcic.it

Area pubblicità

Patrizia Arcangioli, responsabile
arcangioli@gruppcic.it

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Direzione, Redazione, Amministrazione:

Lungotevere Michelangelo, 9 - 00192 Roma
Tel. 06/8412673 r.a. - Fax 06/8412688
E-mail: info@gruppcic.it
Sito web: www.gruppcic.com

Trimestrale

Reg. Trib. di Roma n. 101/2003 del 17/03/2003
R.O.C.: 6905/128611

Stampa: LITOGRAFTODI srl - Todi (Perugia)

Abbonamento annuo: Italia € 10,00 (una copia € 3,50) - Estero € 20,00. L'Iva condensata nel prezzo di vendita è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma, lett. c), D.P.R. 633/72 e D.M. 29/12/89. Il giornale viene anche inviato in omaggio ad un indirizzato di specialisti predisposto dall'Editore.

Finito di stampare nel mese di dicembre 2014

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13) informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informatici e manuali; sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza. I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). Informiamo inoltre che in qualsiasi momento, ai sensi dell'Art. 7, si può richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione scritta.

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza degli autori. La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione dei giornali ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'Editore.

Ogni possibile sforzo è stato compiuto nel soddisfare i diritti di riproduzione. L'Editore è tuttavia disponibile per considerare eventuali richieste di aventi diritto.

La massima cura possibile è stata prestata per la corretta indicazione dei dosaggi dei farmaci eventualmente citati nel testo, ma i lettori sono ugualmente pregati di consultare gli schemi posologici contenuti nelle schede tecniche approvate dal Ministero della Salute.

© Copyright 2014



CIC Edizioni Internazionali

EDITORIALE

Dove vanno le residenze per anziani?

Marco Trabucchi, 4

QUADRO DI RIFERIMENTO

VAOR: storia di questi ultimi 20 anni

Cinzia Falsiroli, Giuseppe Colloca, Francesco Landi, 8

Il Libro Bianco della Regione Lombardia

Fabrizio Giunco, 10

ASPETTI CLINICI

La somministrazione di farmaci tritati nelle residenze per anziani: da un'indagine di prevalenza le implicazioni per la pratica

Camilla Boeri, Anna Castaldo, Andrea Giordano, Talia Melo, Renzo Bagarolo, Miriam Magri, 16

MATERIALI DI LAVORO

Prima di farlo udire, ascoltalò: l'abbandono delle protesi acustiche in Italia

Stefano Federici, 22

ESPERIENZE

Pratica di Oncologia Medica in ambiente geriatrico

L'esperienza dell'Istituto Palazzolo di Milano –

Fondazione Don Carlo Gnocchi

Silvio Monfardini, Giuseppe Foglio, Elisabetta Morello, Andrea De Cupertinis, Riccardo Sandri, Silvia Guidorizzi, Joy Koikkara, Renzo Bagarolo, 26

Dove vanno le residenze per anziani?

Marco Trabucchi

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia e Associazione Italiana di Psicogeriatrica

Chi ha l'età dello scrivente di questo articolo non dovrebbe permettersi un titolo sul futuro delle residenze per anziani. Infatti è una domanda che ci si pone da almeno 25 anni, da quando cioè è iniziata la trasformazione delle stesse ad opera di una domanda in forte, progressivo cambiamento, senza essere mai arrivati ad offrire indicazioni precise e realistiche, come premessa per un operare diffuso. La realtà italiana (ma anche, per molti versi quella internazionale) è oggi così in crisi, che potrebbe sembrare quasi un gesto di viltà sottrarsi ad un confronto. Peraltro, ciascuno nella propria vita si impegna per dovere anche in imprese difficili (o impossibili) se ritiene che siano importanti... e il futuro della nostra convivenza, caratterizzata da un bisogno crescente di protezione dei vecchi, sarà certamente determinato anche dalla possibilità di trovare soluzioni stabili, rispettose e dignitose per chi non riesce più (per motivi oggettivamente rilevanti) a rimanere nel proprio domicilio.

Quindi, senza la pretesa di descrivere compiutamente le possibili prospettive, provo in poche righe a delineare alcune linee di crescita del sistema, confidando nella comprensione del lettore, certamente anch'egli coinvolto culturalmente ed emotivamente nelle tematiche di seguito affrontate.

Incomincio con il dichiarare la mia scarsa attenzione alle posizioni di chi polemizza con l'istituzionalizzazione delle persone anziane; qui non si prendono in considerazione le patologie del sistema, cioè le residenze che richiederebbero un intervento sugli ospiti come quello attuato da Basaglia sui pazienti dei manicomi; si discute invece di persone che non possono più vivere, per un insieme di fattori, al proprio domicilio e richiedono modalità di alloggio diverse da quelle naturali, ben sapendo quanto lo spostamento sia doloroso e spesso interferente con la stessa sopravvivenza. Ben sapendo, anche, che le residenze devono rispettare al massimo livello libertà e dignità degli ospiti, senza la minima violenza esplicita o implicita.

Inoltre, in premessa dichiaro un fatto indiscutibile e cioè che la vita della persona vecchia e molto vecchia richiede risposte precise da parte del sistema assistenziale e sanitario, alcune delle quali appartenenti alla logica delle cure geriatriche. Quindi la polemica, sconfitta dalla storia, sulla medicalizzazione dell'anziano non ci appartiene!

Sul piano della realtà, le problematiche oggi aperte sono: la prima antropologica (il senso della vita nelle residenze), la seconda organizzativa (è possibile rispondere in maniera dignitosa al bisogno multiforme di tante persone fragili bisognose di protezione?), la terza economica (dove si troveranno i finanziamenti per far funzionare un sistema del quale non si possono ancora prevedere le dimensioni nel prossimo futuro?).

La prima questione è veramente drammatica! Se il 70%, come dicono le rilevazioni epidemiologiche, delle persone ospiti delle residenze ha un livello clinicamente significativo di compromissione cognitiva, dobbiamo costruire contenitori di un bisogno del tutto particolare. In questi casi, gli aspetti di organizzazione della giornata sono prevalenti rispetto ad ogni altro problema; inoltre ogni iniziativa non farmacologica per trovare modalità distraenti e per dare senso al tempo è opportuna.

Ovviamente si deve dare un'attenzione specifica al restante 30% degli ospiti, rappresentato da una popolazione particolarmente delicata rispetto alle problematiche di senso della vita. Infatti sono in grado di determinare i propri comportamenti, capiscono la propria collocazione e spesso ne soffrono (la prevalenza di depressione in questa popolazione è molto elevata).

È quindi ipotizzabile che gli ospiti affetti da demenza debbano vivere separatamente dagli altri? Si deve riconoscere che i bisogni sono completamente diversi e quindi una separazione non comporta alcuna ghettizzazione, ma solo la possibilità concreta di mettere in atto interventi specifici e mirati, rispettando nei due gruppi le capacità residue, che vanno

EDITORIALE

valorizzate sul piano psicologico, funzionale e della condizione di salute.

La separazione sopradelineata toglie qualsiasi alibi ad un'organizzazione indifferenziata, come oggi prevale nelle residenze, ma, al contrario, impone di mettere in atto programmi di cure mirate. Nell'ambito dei nuclei dedicati alle persone affette da demenza dovrebbero poi trovare spazio anche modelli organizzativi volti alla cura delle persone con disturbi comportamentali (in passato questi ospiti erano il *target* privilegiato dei cosiddetti "nuclei Alzheimer").

Di fronte a queste problematiche viene spontaneo chiedersi se la nostra convivenza civile sia in grado di sostenere sul piano dei significati un sistema di residenze dove deve vivere un numero sempre maggiore di cittadini. Noi "esterni", che abbiamo paura della solitudine, delle malattie, della morte affidiamo agli operatori compiti tecnici che, però, lo sono solo in parte; ma non siamo in grado di indicare loro comportamenti, stili di rapporto, "discorsi" che abbiano significato. Questa delega agli operatori li pone in una posizione di mediatori che non sempre riescono ad esercitare, anche se oggi siamo dotati di professionalità mediamente di alto livello. Purtroppo temo che su questo piano non siano in vista significativi avanzamenti; il futuro delle residenze dovrà quindi fare il conto nei prossimi anni con la mancanza di una guida "civile". Ben vengano i nobili messaggi contro le vite di "scarto"; però l'impressione è che il ponte che dovrebbe esservi tra dentro e fuori sia interrotto. Certo, conosciamo tentativi generosi, ma non vi sono speranze per cambiamenti su larga scala e nel breve tempo. La nostra vita collettiva dovrà convivere con realtà isolate, delle quali intuiamo l'inadeguatezza rispetto al resto della convivenza; comprendiamo l'insensatezza della realtà, ma non abbiamo strumenti per modificarla.

La seconda domanda è anch'essa delicata, perché in questi anni molti si sono impegnati per identificare soluzioni accettabili all'evidente crisi dello stile tradizionale nell'organizzazione delle residenze. Si sono identificati modelli incentrati sulla permanenza nel domicilio (il *cohousing*), l'organizzazione di livelli più intensi rispetto al passato di assistenza domiciliare, l'assistenza diurna con centri che coprono 8-10 ore della giornata, l'organizzazione di residenze leggere con forte partecipazione della famiglia; ognuna di queste soluzioni ha dimostrato una certa efficacia (anche se non sem-

pre sono stati condotti studi con metodologie corrette), ma ha ridotto solo parzialmente il bisogno di posti letto per le persone anziane non autosufficienti affette da polipatologia e da un'instabilità di fondo delle condizioni di salute. È stato calcolato che queste soluzioni potrebbero riguardare circa il 20% degli attuali posti letto; un contributo rilevante, ma ben lontano dall'essere risolutivo, considerando che l'invecchiamento della popolazione continua e che, quindi, anche riducendo la percentuale di anziani che ricorrono alle residenze, il numero assoluto dei potenziali ospiti continuerà a salire.

Il problema dell'organizzazione interna delle residenze, strettamente legato alle questioni di senso sopraindicate, rappresenta oggi il nucleo principale delle incertezze sul futuro. Un esempio della stretta correlazione tra i due aspetti è rappresentato dal livello di cure mediche da prestare ad ospiti sempre più compromessi sul piano clinico. Fino a quale livello di gravità degli eventi clinici l'ospite può essere tenuto all'interno della residenza senza ledere il suo diritto alla cura garantito dalla Costituzione? Fino a quando continuare le cure, evitando atteggiamenti di accanimento, in assenza di indicazioni da parte dell'ospite (o di indicazioni spesso contraddittorie da parte della famiglia, che peraltro sul piano giuridico non hanno alcun valore)? In conseguenza dei due interrogativi è necessario garantire un certo numero di operatori sanitari (medici e infermieri); ma, in concreto, dove si colloca la "giusta quantità"?

Nel complesso, l'attività assistenziale dovrebbe seguire linee guida e protocolli, che prevedono anche indicatori di risultato, i quali permettono non solo un reale miglioramento dell'assistenza, ma anche un *benchmarking* tra strutture simili (molto utile per evitare la chiusura autoreferenziale delle residenze, mentre il confronto tra i risultati induce a rivalutazioni importanti del proprio operato). A differenza dei *setting* esclusivamente sanitari, nelle residenze la definizione degli indicatori di risultato risulta spesso difficile; a causa di ciò, talvolta vengono sostituiti da indicatori di processo, che sono comunque utili, in quanto, attraverso il loro monitoraggio, è possibile pianificare interventi di miglioramento, attività di formazione, investimenti mirati alle aree critiche. Però non ci si può fermare a questo livello!

La terza problematica è economica; è il grande tema del nostro tempo, quando da ogni parte si indica l'e-

sigenza di tagliare e, di conseguenza, di ridimensionare i servizi. Con realismo si deve invece affermare che non vi sono oggi spazi per risparmi significativi nella gestione delle residenze; da più parti giungono segnali di crisi, di difficoltà, di incomprensioni con le aziende sanitarie di riferimento. Certo vi sono differenze importanti tra la media delle residenze da una parte e strutture mal governate, burocratizzate e sindacalizzate in maniera irrazionale; però la crisi investe tutti, anche i gestori più oculati, se vogliono garantire un livello decente di servizi.

Che fare, quindi? La proposta di aprire strutture a bassa intensità di cura, cioè meno costose per ospiti che richiedono meno servizi a causa di minori compromissioni, ha reso disponibili alcuni posti letto, ma con la conseguenza ovvia che sostituire con persone in gravi condizioni i posti liberati da persone affette da problematiche meno gravi comporta rilevanti appesantimenti di spesa per i gestori. Che fare, quindi, se si crede nella doverosa esigenza di mantenere un livello adeguato di servizi residenziali, senza arrendersi al pessimismo (è un compagno terribile, in particolare se si avvicina agli operatori!), alla progressiva perdita di qualità, ai tentativi maldestri di trovare situazioni di ripiego? Uno degli aspetti più evidenti è quello delle dimensioni; ci sono ancora troppe strutture piccole, sotto gli 80 posti letto, costruite quando gli ospiti vivevano la residenza come una seconda casa; oggi l'equilibrio tra qualità e compatibilità economica si realizza attorno ai 120 posti letto; ciò non vuol dire, però, che aumentando i posti letto si ottengano progressive economie di scala. Oggi molte famiglie italiane non possono disporre di denaro sufficiente per sostenere i costi di rette di 2.500-3.000 euro al mese, come frequentemente si verifica. L'ospite dovrebbe avere una pensione di almeno 2.000 euro (quanti sono?), alle quali si deve aggiungere l'assegno di accompagnamento e l'eventuale contributo della famiglia (se, a sua volta, non è stata colpita dalla riduzione delle entrate provocata dalla crisi economica). Tra le soluzioni proposte vi sono la vendita della casa o la stipula di assicurazioni sulla non autosufficienza. La prima è molto difficile da realizzare da parte di un anziano, con il rischio di una valorizzazione inadeguata dell'immobile. Inoltre vi è l'opposizione della famiglia, abituata a considerare come intangibile la proprietà dei genitori. Ugualmente difficile la proposta di assicurazioni private che garantiscono rispetto ai costi indotti dalla

non autosufficienza; lo scenario è ancora troppo confuso e poco chiaro in termini di costi-benefici. Sarebbe necessaria una garanzia da parte di organi terzi (il problema più rilevante è stabilire se vivere in una residenza, qualsiasi ne siano le motivazioni, dia diritto al pagamento di un contributo da parte dell'assicurazione).

Infine, una proposta concreta potrebbe derivare dalla decisione strategica da parte delle aziende sanitarie, evidentemente con il consenso del livello regionale e nazionale, di ridurre la copertura per problematiche di salute a basso impatto sociale, al fine di aumentare quelle rivolte alle malattie croniche e quindi di lunga durata e di forte impatto sulla qualità della vita del singolo cittadino e della sua famiglia. Questo comporterebbe una revisione dei Lea; ma vi è oggi la forza politica per arrivare a queste decisioni? Non sarebbe irrealistico in questo modo risparmiare il 5-6% del fondo sanitario nazionale, che potrebbe andare ad aggiungersi ai 16 miliardi già spesi per l'indennità di accompagnamento, la quale, a sua volta, dovrà essere limitata solo alle fasce sociali più bisognose. Riducendo del 50% i fruitori in base al reddito, se ne potrebbe raddoppiare il valore pro capite; questa cifra, assieme al risparmio del fondo sanitario, potrebbe portare l'ammontare dell'accompagnamento a circa 1.400 euro mensili, cifra in grado di contribuire in modo significativo al pagamento delle rette delle residenze da parte dell'ospite e della sua famiglia. Il tutto sarebbe a costo zero per la finanza pubblica; peraltro lo scenario tenderebbe ulteriormente a migliorarsi se il fondo sanitario rispettasse (o tendesse a rispettare), più di quanto avviene oggi, la suddivisione al 50% tra il contributo ai costi della residenza a carico dell'ospite e quello pubblico.

Vi è oggi nel nostro paese una sensibilità diffusa in grado di accettare queste scelte? La risposta alla domanda richiederebbe di chiarire il ruolo della politica in queste vicende; ma dov'è la politica oggi? Si occupa ancora della sofferenza che accompagna la vita di una parte non secondaria dei cittadini?

Molti degli interrogativi e delle risposte elencate in queste righe sono trattate in un recente volume, edito da Maggioli, curato da Carmelo Scarcella, Gianbattista Guerrini, Jean-Pierre Ramponi, Marco Trabucchi, dal titolo: "Manuale di igiene e di organizzazione sanitaria delle residenze sanitarie assistenziali". Riporto alcune righe della 4ª di copertina del volume, di per

se esplicative: “La residenzialità in tutte le sue forme rappresenta un punto forte del sistema socio-sanitario; pur riconoscendo l'importanza dei servizi che si devono sviluppare attorno al domicilio della persona fragile, vi sono situazioni di difficoltà delle condizioni di salute e di autonomia che richiedono la competenza di operatori e la disponibilità di strumenti operativi che solo le residenze possono offrire”.

Sulla base dello scenario composito descritto in queste pagine è utile, in conclusione, indicare alcuni punti fermi, perché anche nel momento dei grandi cambiamenti, che possono generare diffusa incertezza, non si dimentichi la realtà del bisogno e l'esigenza di risposte adeguate. Li riporto come sono indicati nel volume citato:

1. Il servizio alle persone anziane fragili deve essere calibrato sulle condizioni del fruitore, per offrire modelli assistenziali adeguati, dalle fasi iniziali di perdita dell'autosufficienza fino alle fasi più avanzate, prestando – se opportuno – assistenza palliativa nella parte terminale della malattia. Questo atteggiamento deve essere costruito con una continua attenzione alle effettive disponibilità economiche della struttura residenziale.
2. Il servizio deve essere organizzato in modo elastico, così da potersi adattare alla mutevolezza del bisogno. L'età è un fattore di differenziazione, per cui la rigidità non solo causa costi elevati sul piano organizzativo ed economico, ma soprattutto è un ostacolo a cure mirate.
3. Il servizio deve caratterizzare i propri comportamenti operativi sul rispetto della volontà del cittadino, il quale chiede una risposta tecnicamente adeguata, ma anche attenta alle sue attese, speranze, timori. Se la volontà dell'ospite non può essere espressa per problematiche cognitive, la famiglia rappresenta il punto di riferimento.
4. Il servizio deve dichiarare i risultati che si prefigge, indicando le modalità per rilevarli. Devono essere chiari prima di tutto a chi opera ad ogni livello, per impostare il proprio lavoro, ma anche a chi fruisce dell'assistenza (in particolare le famiglie, che vivono un equilibrio difficile tra critiche aprioristiche e un'accettazione silenziosa della realtà).
5. Il servizio deve garantire la cura delle malattie e dei sintomi attraverso la presenza di operatori che sappiano agire con atteggiamento proattivo, attenti in particolare alla progressiva perdita di autonomia funzionale.
6. Il servizio non deve provocare danni diretti o indiretti alla salute del cittadino; si devono quindi evitare atti espliciti, quali, ad esempio, maltrattamenti o contenzioni, ma anche manchevolezze nell'attenzione all'alimentazione, al tono dell'umore, alle cadute, all'ambiente vitale, ecc.
7. Il servizio deve limitare al massimo le transizioni tra segmenti diversi della rete assistenziale, perché provocano stress nell'ospite e spesso danni alla sua salute (ad es., l'abuso immotivato del ricovero ospedaliero per condizioni cliniche trattabili all'interno della residenza).
8. Il servizio deve prendersi cura del “tempo” degli ospiti, riducendo al massimo la sensazione di solitudine e di abbandono.
9. Il servizio deve essere valutato per i risultati raggiunti sul piano della qualità della vita degli ospiti, allentando al massimo da parte delle autorità programmatiche e di controllo il carico burocratico attorno a problematiche prive di reali ricadute sul benessere degli ospiti.
10. Il servizio deve disporre di operatori preparati sul piano tecnico-professionale e adeguati sul piano delle capacità relazionali, nonché in grado di affrontare le possibili frustrazioni indotte dalle crisi del singolo ospite o dell'istituzione nel suo complesso.

VAOR: storia di questi ultimi 20 anni

Cinzia Falsiroli, Giuseppe Colloca, Francesco Landi

Dipartimento di Geriatria, Neuroscienze Ortopedia, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma

Nel corso delle ultime due decadi le competenze specialistiche e strumentali in grado di gestire particolari situazioni di difficoltà delle condizioni di salute e di individuare i livelli di autonomia, inizialmente di pertinenza solo delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono diventate fondamentali nell'organizzazione dei servizi territoriali al massimo delle loro potenzialità, il tutto con il fine di disegnare un intervento di cura sempre più personalizzato ed individualizzato. Negli anni '90 è stato progressivamente necessario superare definitivamente il tradizionale metodo di lavoro clinico, orientato alla diagnosi ed al trattamento dei singoli episodi di instabilità, per evolvere verso un modello orientato in modo più specifico verso la presa in carico globale della complessità assistenziale e della lettura puntuale della storia di vita dei pazienti.

Pur esistendo in letteratura diversi strumenti di valutazione multidimensionale, validati e progettati per guidare la pianificazione delle cure, verificarne gli esiti, stimare la coesistenza delle professionalità e delle risorse economiche necessarie ad orientare le scelte organizzative, si è avvertita la necessità di qualcosa di più articolato della semplice esecuzione di batterie di test utili a leggere in modo separato le diverse variabili di funzionalità, puramente descrittive, ad eziologia non deducibile e difficilmente confrontabili tra di loro.

Bisognava integrare questi stessi strumenti in algoritmi in grado di produrre indici e score sintetici dell'assorbimento delle risorse collegato ai diversi profili assistenziali; rappresentazioni sintetiche che permettessero di guidare la progettazione degli interventi per obiettivi individualizzati e la pianificazione dell'azione delle diverse professionalità, soprattutto nelle filiere complesse di servizi. Quindi la necessità di strumenti omnicomprensivi, che, lì dove possibile, consentissero una diagnosi eziologica, e soprattutto che facessero della confrontabilità la loro virtù maggiore.

Uno degli strumenti più diffusi e solidi sotto il piano metodologico è stato ed è il sistema RAI (*Resident Assessment Instrument*, Valutazione Anziano Ospite di Residenze-VAOR nella traduzione italiana). Si tratta di un progetto nato nei primi anni '90 su mandato del Congresso americano (Legge OBRA, 1987) (1) in risposta alla scarsa qualità dell'assistenza in *Nursing Home*, sviluppato a partire da una revisione sistematica degli strumenti di Valutazione Multi Dimensionale esistenti e con lo scopo di raccogliere in un unico strumento tutte le aree problematiche dell'anziano residente, includendo anche le sue capacità residue, le sue preferenze ed il grado di coinvolgimento nelle possibili e più varie attività (2). La sua diffusione e sviluppo sono stati permessi grazie ad InterRai, una rete collaborativa internazionale che comprende oltre trenta paesi e che si propone di migliorare le cure sanitarie rivolte a persone anziane, deboli o disabili e promuovere pratiche e politiche socio-sanitarie basate sulle prove cliniche di efficacia (3). I 300 items che compongono il *Minimum Data Set* (MDS) del RAI/VAOR non restituiscono solo una descrizione dettagliata della persona e delle sue funzionalità, ma sono integrati in un sistema completo di Protocolli di Valutazione Clinica (CAPs) utile ad orientare la progettazione individuale dei piani di cura e favorire il miglioramento continuo della loro qualità. Linee guida e protocolli includono tutte le esigenze assistenziali e sono alimentati ed aggiornati dalla rete collaborativa in base ad analisi sistematiche della letteratura ed al contributo di tutti i partner scientifici. Un *subset* specifico del RAI, basato su 109 items che si sono dimostrati più sensibili e statisticamente significativi nel quantificare il fabbisogno di risorse assistenziali, permette la definizione di gruppi di assorbimento equivalenti delle risorse di assistenza, i cosiddetti RUG (*Resource Utilization Group*). Questo attraverso un *software* (*RUG Grouper*) che opera sulla base di un algoritmo di selezione a filtri successivi, assegna il paziente al primo raggruppamento di cui esso

QUADRO DI RIFERIMENTO

soddisfi i requisiti (4). L'assegnazione al raggruppamento principale avviene sulla base dei problemi assistenziali più rilevanti (presenza di tracheotomia, respirazione assistita, nutrizione enterale o parenterale, terapia infusiva, lesioni da decubito, incontinenza, denutrizione/disidratazione, delirio, perdita di memoria) individuando quindi il gruppo RUG di appartenenza sulla base di tre ulteriori variabili: il punteggio nella valutazione delle Attività di Base della Vita quotidiana (ADL), un valore soglia delle scale di depressione e la presenza di programmi di riabilitazione infermieristica (posizionamento, mobilizzazione, semplici esercizi) (5). I pesi assistenziali sono misurati a partire da analisi dettagliate del lavoro di unità d'offerta omogenee, entro i confini dei diversi paesi, confrontabili con i pesi raccolti nelle banche dati del sistema Medicare (5) e di InterRAI (3).

Il Sistema InterRAI è in uso dal 1991 in tutte le *Nursing Home* statunitensi, in virtù di specifiche leggi federali che regolano anche le relazioni economiche con i sistemi federali di tutela della persona anziana (5). InterRAI, sulla base dell'esperienza acquisita, ha successivamente sviluppato, dal 1991 ad oggi, una *Suite* di strumenti adatti alla valutazione in diversi *setting* di cura (acuzie, post-acuzie, riabilitazione, cure palliative, cure domiciliari e dimissione ospedaliera, salute mentale, comunità) ed in diverse condizioni di salute e disabilità, tutte con un *core* di *items* comune e poi una serie di *items* specifici per il singolo *setting*.

Nel complesso, la valutazione InterRAI VAOR, offre profili di attenzione utili ad orientare la progettazione degli interventi sulla singola persona, ma anche le funzioni di governo e direzione di un singolo reparto, di una struttura nel suo complesso o di tutte le strutture di un sistema, ad esempio regionale, favorendo lo sviluppo di azioni migliorative e la verifica nel tempo dei loro esiti (2).

L'effetto di questo processo di ricerca ed implementazione clinica è stato tangibile e concreto. Negli Stati Uniti si è assistito alla riduzione del 40% dell'uso di mezzi di contenimento, in particolare in pazienti cognitivamente sani, miglioramento della prevenzione

e della prevalenza dei decubiti ed aumento dei pazienti coinvolti in attività, significativa riduzione del declino funzionale nelle ADL, nello stato cognitivo, nella continenza e nei problemi-psicosociali, ma soprattutto riduzione percentuale di ospedalizzazione, e quindi risparmio di risorse economiche, senza aumento della mortalità (6). L'implementazione dell'InterRAI VAOR ha avuto effetti significativi su più fronti: organizzazione da gerarchica a lavoro di *équipe*, obiettivi da discrezionali del singolo operatore sanitario a predefiniti, concordati e condivisi, interventi mirati e concordati e soprattutto possibilità di verifica oggettiva, sistematica e basata sul raggiungimento degli obiettivi (2).

Si tratta comunque di un lavoro continuamente in evoluzione e, come osservato in letteratura, occorrerà ridefinire e rivalutare nel tempo il coefficiente di peso del RUG, intendendo il grado di assorbimento di risorse richiesto dalle diverse tipologie di pazienti, in quanto l'ammontare e l'intensità della cura specifica per ogni sottogruppo RUG dipendono dalle peculiarità del mercato sanitario e dal costo del personale di ogni singolo paese in cui si applica il sistema RUG, operazione ancor più necessaria lì dove i pesi costituiscono la base per l'implementazione di un sistema di rimborso.

BIBLIOGRAFIA

1. Kelly M. The Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987. A policy analysis. *Nurs Clin North Am.* 1989 Sep;24(3):791-4.
2. Bernabei R, Landi F, Onder G, Liperoti R, Gambassi G. Second and third generation assessment instruments: the birth of standardization in geriatric care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2008 Mar;63(3):308-13.
3. <http://www.interrai.org/>
4. Brizioli E, Bernabei R, Grechi F, Masera F, Landi F, Bandinelli S, Cavazzini C, Gangemi S, Ferrucci L. Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy. *Aging Clin Exp Res.* 2003 Jun;15(3):243-53.
5. <http://www.medicare.gov/>
6. Mor V, Intrator O, Fries BE, Phillips C, Teno J, Hiris J, Hawes C, Morris J. Changes in hospitalization associated with introducing the Resident Assessment Instrument. *J Am Geriatr Soc.* 1997 Aug;45(8):1002-10.

Il Libro Bianco della Regione Lombardia

Fabrizio Giunco

Direzione sanitaria Polo Lombardia 2, Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS, Milano

Il Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia (1) è stato presentato ufficialmente a Milano il 4 luglio 2014. È stato elaborato dall'Assessorato alla Salute e dall'Assessorato alla Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato con il supporto di Eupolis – l'Istituto superiore per la ricerca, statistica e formazione regionale – e la collaborazione della Commissione Sviluppo Sanità. Si articola in 110 pagine complessive, suddivise in due parti. La prima descrive il sistema attuale, l'evoluzione della domanda e gli indicatori di valutazione dell'offerta, dei bisogni e delle *performance*; la seconda, le linee di revisione del sistema sociosanitario. Due appendici sono dedicate all'assistenza territoriale e al sistema ospedaliero. Nel complesso, si tratta di un'impegnativa agenda di lavoro, aperta alle proposte degli attori del sistema.

IL MODELLO LOMBARDO¹

Il documento richiama le principali caratteristiche del modello sociosanitario lombardo. Secondo le intenzioni della Regione, i cittadini sono liberi di costruire il proprio percorso di cura, scegliendo dove e come farsi curare entro i confini di un sistema di offerta pluralistica, basato su “una competizione virtuosa fra erogatori pubblici, privati e privato-sociali”. Il governo del sistema resta pubblico, orientato verso funzioni di indirizzo e controllo a garanzia dei destinatari. Gli strumenti di regolazione sono il governo tariffario, i sistemi di accreditamento e contrattualizzazione e quelli di programmazione, acquisto e controllo delle ASL. Gli erogatori pubblici e privati

devono garantire requisiti minimi organizzativi e strutturali definiti dalla Regione. Tutti possono accedere all'autorizzazione al funzionamento ma l'accreditamento delle diverse Unità d'offerta (UDO) è limitato da alcune variabili, come gli indici di fabbisogno. Il passaggio alla contrattualizzazione rappresenta un ulteriore strumento di regolazione, utilizzabile dal programmatore regionale e da quello locale (ASL) per garantire l'accesso alle risorse del Fondo Sanitario Regionale solo agli Enti che rispondano a determinate specifiche qualitative. Le tariffe sono governate per orientare l'offerta verso le prestazioni più rilevanti e scoraggiare comportamenti opportunistici; gli strumenti della contrattazione e della negoziazione dei *budget* per garantire il rispetto dei limiti di spesa. Infine, il sistema di vigilanza e controllo verifica il possesso e il mantenimento nel tempo degli *standard* di accreditamento ma anche l'appropriatezza delle prestazioni erogate. Il Libro Bianco ricorda le principali linee di separazione del sistema sociosanitario lombardo. La prima è quella tra funzioni di erogazione – garantite dai gestori pubblici e privati – e funzioni regionali e ASL di programmazione, acquisto e controllo. Il 99% dei posti letto ospedalieri è riferibile a un produttore puro di prestazioni, pagato solo per quelle effettivamente erogate. La seconda è quella fra assistenza ospedaliera e specialistica e assistenza territoriale, grazie alla quale, mentre gli ospedali hanno potuto valorizzare la “logica dell'utilità e della validità del servizio erogato”, le ASL hanno potuto “concentrarsi sulle funzioni di tutela e promozione della salute e di verifica e controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate a livello territoriale”.

¹ I dati descritti nelle pagine hanno come fonte prevalente il Libro Bianco. Quando la fonte è diversa, il dato viene integrato dalla corrispondente indicazione bibliografica

QUADRO DI RIFERIMENTO

L'ASSISTENZA SANITARIA IN LOMBARDIA OGGI

I residenti lombardi sono circa 10 milioni, una quantità superiore a quella di 17 dei 28 paesi europei. Gli ultra 65enni sono 2,1 milioni, 280.000 dei quali con più di 85 anni. La spesa sanitaria è pari al 5,47% del PIL, inferiore alla media nazionale (7,04%). I posti letto ospedalieri sono 37.500, il 63% dei quali in aziende pubbliche. 200 i presidi ospedalieri, che includono 5 IRCCS pubblici e 20 privati. La dotazione di posti letto è pari a 3,7 ogni 1000 abitanti, in linea con le norme nazionali (3,0 x 1000 per i posti letto per acuti e 0,7 per quelli riabilitativi). Le giornate di degenza sono 11 milioni, il 10% delle quali assorbite da pazienti extra-regionali. Sono rappresentate tutte le specialità, con alcune aree di possibile criticità; ad esempio, la diffusione superiore alla media europea di alcune specialità chirurgiche di secondo livello, come la cardiocirurgia. Gli indicatori di qualità e di efficienza economica sono mediamente buoni e negli ultimi 15 anni è stato possibile ridurre del 20% i posti letto e del 26% il numero di persone ricoverate. Al contrario, le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono aumentate dai 150 milioni del 2009 ai 170 milioni del 2013. Il movimento economico di questo settore è pari a circa 3 miliardi di euro, 500 milioni dei quali in forma di compartecipazione (ticket). I cittadini che non vantano alcun titolo di esenzione rappresentano il 38% del totale di quelli che hanno utilizzato i servizi di medicina specialistica. I Medici di Medicina Generale (MMG) sono 6.507, con una media di 1.300 assistiti; 2.603 di essi opera in rete, 1.764 in gruppo. La spesa farmaceutica territoriale – pari a 1,8 miliardi – determina un peso sul Fondo Sanitario Nazionale (FSN) pari al 10,4%, inferiore al tetto dell'11,35% previsto dagli accordi nazionali e inferiore all'11,41% medio nazionale. In ugual modo, la spesa farmaceutica ospedaliera è stata di 670 milioni di euro, pari al 3,8% del FSN; il dato è superiore al tetto del 3,5% ma inferiore alla media nazionale (4,22%).

Se assistenza ospedaliera e specialistica e sistema di cure primarie vantano oggi in Lombardia una consi-

stenza paragonabile o superiore a quella di molti paesi europei, sul versante territoriale la situazione è invece più difficile, riflettendo il ritardo italiano in questo settore. Rispetto al sistema ospedaliero e specialistico, gli erogatori del sistema sociosanitario territoriale sono più spesso privati o privati *no profit* (86% dei posti accreditati). L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è garantita da 234 erogatori ed ha oggi, dopo le riforme del 2003 e del 2001 – una specifica impostazione prestatzionale, sanitaria e voucherizzata (2). 100.000 circa sono gli utenti delle sue diverse articolazioni, mentre il tasso di copertura è pari al 4,1% della popolazione ultra 65enne. Il tasso è superiore alla media italiana (3,5%) – dove la Lombardia si colloca al 7° posto per utenti raggiunti – ma decisamente inferiore a quella europea (7%) (3), dove alcuni paesi raggiungono o superano il 10% (4). La differenza è ancora più evidente se si considera che i dati regionali italiani possono includere anche le cosiddette prestazioni estemporanee (singoli accessi per prelievi o prestazioni non continuative), che in alcune ASL lombarde arrivano a rappresentare il 75% o più del totale di quelle erogate (2). L'integrazione con i Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD) comunali è elevata, con oltre il 61% di casi coincidenti. Vanno però distinte le situazioni – più rare – in cui esiste una vera presa in carico condivisa da quelle, la maggioranza, nelle quali l'integrazione è limitata all'occasionale coincidenza di operatori. 647 sono le RSA, che garantiscono 57.843 posti letto a contratto, con una saturazione media del 97%. Rispetto all'assistenza residenziale, la Lombardia si colloca al secondo posto in Italia, dopo il Trentino (6,64 posti letto ogni 1.000 abitanti). Va sottolineato, al proposito, come il confronto con le altre regioni è sempre difficile, condizionato dalle diverse modalità di classificazione dei servizi residenziali (3). Limitandosi allo specifico delle strutture per anziani a integrazione sanitaria (come le RSA), la dotazione lombarda è pari al 2,8% del totale dei 2.131.579 ultra 65enni (5), dato superiore alla media italiana ma inferiore alla media europea del 4% (3). Le RSA lombarde erogano da 1.096 a 1.200 minuti settimanali di assistenza per ospite²; si tratta di tempi inferiori rispetto a quanto stimabile utilizzando strumenti validati di valutazione del-

² I tempi più elevati derivano dall'analisi regionale delle schede struttura 2013. Quelli inferiori da rilevazioni condivise nei tavoli tecnici regionali su campioni più selezionati. La differenza può essere legata alle differenti modalità di calcolo del dato. Data la qualità non sempre elevata della compilazione delle schede strutturali, è possibile che il dato più prossimo alla realtà sia quello più basso, basato su ricerche specifiche, anche di tipo economico, condotte da agenzie specializzate a committenza regionale.

l'assorbimento di risorse³. I livelli di appropriatezza richiesti dalla normativa più recente (DGR 3540/2012 e DGR 1765/2014) sono elevati; molti osservatori segnalano la separazione fra gli obiettivi del sistema dei controlli – orientati verso un'appropriatezza di livello elevato – e quelli perseguiti in sede programmatica, contrattuale e di *budget*, che tendono verso crescenti efficienze economiche. Oltre alle RSA, il sistema di offerta per anziani include 276 Centri diurni integrati (CDI), oltre a 53 fra *Hospice* residenziali e Unità Operative di Cure Palliative ospedaliere (UOCP).

EVOLUZIONE E OBIETTIVI DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO

Il sistema sociosanitario lombardo si confronta con l'aumento della popolazione anziana e dei carichi familiari e con i nuovi bisogni collegati alle malattie croniche e alla fragilità. Il Libro Bianco descrive le principali criticità del sistema – come la frammentazione delle risorse, il disallineamento dei livelli decisionali, la scarsa integrazione degli interventi, il ridotto monitoraggio dell'utilizzo e degli esiti delle risorse trasferite alla famiglia – e dichiara una particolare attenzione verso i temi dell'assistenza territoriale e della continuità assistenziale. Soprattutto in questi ambiti, il programmatore si propone di spostare l'attenzione dalle prestazioni al percorso di cura, dall'offerta alla domanda, dall'orientamento verso la malattia a quello verso la persona; questo, favorendo l'integrazione delle risorse con la progettazione individualizzata degli interventi e la valutazione multidimensionale (VMD) del bisogno. Secondo il programmatore “non è la persona che si deve spostare ... ma i servizi che si devono riorientare intorno alle sue esigenze”. Il testo propone una profonda revisione organizzativa del sistema di cura. Le ASL non sono più Aziende ma Agenzie Sanitarie Locali (ASL), ridotte di numero e impegnate a garantire il livello più alto della programmazione, sovrintendendo all'organizzazione territoriale sanitaria, sociosanitaria e sociale in collaborazione con i Comuni. Viene introdotta l'Azienda Integrita per la Salute (AIS), che concorre all'erogazio-

ne delle prestazioni ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), incluse le cure primarie, la continuità assistenziale, la specialistica ambulatoriale, le prestazioni di ricovero e di riabilitazione e gli interventi sociosanitari come l'ADI. L'AIS opera in “concorrenza e collaborazione” con gli erogatori privati e si compone di un Polo territoriale e di un Polo ospedaliero. Il primo garantisce le prestazioni di bassa complessità ed è responsabile della prevenzione e della presa in carico globale degli assistiti; comprende i Centri Socio Sanitari Territoriali (CSST) e i Presidi Ospedalieri Territoriali (POT). I CSST sono organizzazioni funzionali o strutturali di riferimento per le cure primarie, ambulatoriali, sociosanitarie e sociali. Possono essere collocati presso i distretti, i poliambulatori, le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei MMG o le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP). I POT integrano le funzioni di CSST con ricoveri medici a bassa intensità, cure subacute, *hospice*, cure intermedie, chirurgia ambulatoriale, Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC) e *day-surgery*. Sotto il piano economico e della regolazione si prevede una regia centrale degli acquisti attraverso una Centrale unica di committenza e un sistema di *vendor rating* come guida alla contrattualizzazione degli erogatori e alla libera scelta dei cittadini. L'AIS gestisce due diversi modelli di remunerazione degli interventi: il tradizionale sistema a prestazione o accesso (pazienti acuti o di difficile standardizzazione) e quello per processo di presa in carico o percorso per la cronicità; quest'ultimo si avvale anche dei titoli di pagamento (*voucher*) e si configura come una sorta di *budget* di cura. In ambito ospedaliero è prevista una nuova articolazione del sistema, che dovrebbe essere suddiviso in ospedali per alta complessità, ospedali plurispecialistici per acuti (con bacino non solo territoriale) e ospedali di prossimità territoriali. Il modello proposto per l'organizzazione ospedaliera è quello “a cure integrate”.

ALCUNE OSSERVAZIONI

Il Libro Bianco contiene ipotesi di lavoro interessanti, ora aperte alle osservazioni dei diversi *stakehol-*

³ Società Italiana di Geriatria e Gerontologia. Sezione regionale lombarda. Dati conclusivi della sperimentazione del VAOR-LTCF su un campione rappresentativo delle RSA lombarde. Documento interno del tavolo tecnico regionale sulla sperimentazione VAOR, Milano, 2013.

QUADRO DI RIFERIMENTO

der. Molti contenuti sono di alto livello, ma non tutti saranno facilmente traducibili in atti normativi e in azioni di reale riforma. Basti pensare al solo riordino del sistema ospedaliero, che dovrà superare le resistenze di molte aziende pubbliche e private, dei territori e dei corpi intermedi. Si tratta, infatti, di una riforma sostanziale che presuppone una forza politica e un consenso oggi difficili da esprimere per chiunque. Nel settore ospedaliero, in ogni caso, la Lombardia è sufficientemente solida e può procedere con gradualità; i fondamentali del sistema sono buoni, i risultati evidenti e gli aggiustamenti necessari – a parte la chiusura o riconversione dei presidi più piccoli o dei reparti specialistici di secondo livello con casistica più ridotta, che implicheranno confronti politici anche accesi – sono tendenzialmente alla portata del programmatore. Ben diversa è la situazione dell'assistenza territoriale. Sono noti i ritardi o le incertezze del passato, che rendono questo settore l'anello debole del sistema, lontano dagli *standard* europei e poco efficace rispetto al ruolo decisivo che è chiamato a svolgere. Sembrerebbe necessaria una riforma sostanziale, sostenuta anche da robusti interventi economici, ma le revisioni proposte dal Libro Bianco sono limitate e riguardano soprattutto il sistema di regolazione e alcuni aspetti di architettura gestionale. Al contrario, al di là delle dichiarazioni di principio, non si rilevano contenuti strutturali di vera innovazione e non sono descritti sicuri modelli di riferimento culturale. Non va dimenticato, in questo ambito, come i pochi servizi che compongono il sistema (RSA, CDI, ADI, SAD) sono sostanzialmente gli stessi dai primi anni '90. Solo il modello dell'ADI è stato riformato nel 2003 e nel 2011, con risultati però incerti e, soprattutto, in controtendenza rispetto agli obiettivi dichiarati nel Libro Bianco. Ad esempio, se quest'ultimo suggerisce attenzione alla presa in carico e all'integrazione, piuttosto che alla sola erogazione di prestazioni sanitarie, l'ADI riformata è oggi – fatte salve rare eccezioni locali – prestazionale, sanitaria e basata soprattutto su interventi di ridotta durata (2, 3).

Che qualcosa non funzioni nella relazione fra domanda e offerta nel settore dell'assistenza territoriale e dei servizi di comunità, è confermato da due fenomeni ben documentati. Da un lato, l'Italia è il paese dell'area OCSE con la più elevata percentuale di familiari che prestano assistenza a persone anziane o

disabili in modo continuativo (16,2% della popolazione, il doppio della Svezia) (6). Dall'altro, la forma più diffusa di assistenza, dopo quella fornita dai familiari, è rappresentata dalle badanti, vero e proprio pilastro istituzionale del sistema. Le assistenti familiari sono almeno 830.000 in Italia, 150.000 in Lombardia (7). Il loro utilizzo riguarda il 6,7% degli anziani italiani (il 10% nelle regioni del Nord), quasi il triplo di quelli ospitati in strutture residenziali e molto di più di quelli sostenuti dai servizi di assistenza domiciliare pubblici (8). La spesa annuale delle famiglie – ricorda Pasquinelli – è *“pari a 9 miliardi di euro, che corrisponde al 10% della spesa sanitaria corrente sostenuta dalle regioni e vicina a quanto lo stato spende per l'indennità di accompagnamento (quasi 10 miliardi di euro)”* (7). Anche per questi motivi, sembra urgente la ricerca di nuove soluzioni; il carico umano ed economico sostenuto dalle famiglie è elevato e difficilmente potrà mantenersi inalterato negli anni a venire. Il Rapporto 2014 Censis-Unipol descrive i primi segnali di crisi del *welfare* familiare; nel 2014 la spesa sanitaria privata si è ridotta per la prima volta (-5,7%) (6) mentre un calo delle presenze delle badanti, regolari e non (-2,6%) si registra già a partire dal 2012 (9).

Questa situazione è in gran parte il frutto dell'arresto culturale che sembra aver caratterizzato gli ultimi venti anni in Italia e in Lombardia. Il confronto internazionale lascia poco spazio a fraintendimenti. Nord-America e Nord-Europa sono ormai alla quarta generazione di nuovi servizi e almeno alla seconda linea di riforma normativa (10). In molti paesi, il numero di posti letto nelle Residenze Sanitarie Assistenziali è già stato raggiunto o superato dalla disponibilità di accoglienza in soluzioni abitative o di residenzialità sociale per anziani, a diverso grado di protezione, non istituzionali, spesso intergenerazionali e sempre ben integrate con i modelli di domiciliarità globale di nuova generazione (10). Colmare questo ritardo non sarà semplice, anche per la persistenza di vincoli indipendenti dal controllo del programmatore regionale. Basti pensare ai MMG – liberi professionisti la cui azione è normata soprattutto dal contratto collettivo nazionale – o ai Comuni, sul cui assetto istituzionale la Regione non ha competenza. Questi ultimi, inoltre, attraversano una profonda crisi economica e hanno già dovuto ridurre molti servizi; fino ad oggi, i tentativi di migliorare la

loro integrazione con le ASL – basti pensare all'esperienza dei Centri per l'Assistenza Domiciliare (CeAD) – sono sostanzialmente falliti. Non è quindi sicuro che possano avere maggiore fortuna proposte interessanti come lo Sportello unico per il Welfare o i Centri per la Famiglia.

Un'ultima considerazione riguarda il ruolo della geriatria. È evidente come le partite in gioco, sia a livello ospedaliero che territoriale, attengano a temi congeniali alla sua specificità. Eppure, il Libro Bianco contiene pochi riferimenti diretti alla sua metodologia e dimostra una scarsa precisione nell'utilizzo di concetti che avrebbero, al contrario, una notevole rilevanza per gli obiettivi della riforma. Basti pensare, a solo titolo di esempio, all'utilizzo diffuso ma generico di termini come cronicità e fragilità. Rispetto alla prima, non è sempre chiara la differenza o la relazione fra la presa in carico diagnostica e terapeutica delle principali malattie di lunga durata (diabete, ipertensione, demenza, altre) e quella delle situazioni di grave disabilità progressiva. In un caso, si tratta di coordinare in modo efficiente medicina ospedaliera, specialistica e medicina generale, ad esempio attraverso i *Cronic Related Group* (CReG) o i Progetti Diagnostico Terapeutico Assistenziale Riabilitativo (PDTAR). Nell'altro, di integrare le risorse – formali e informali, sociali e sanitarie, professionali e tutelari – necessarie a garantire a persone e famiglie il supporto necessario, soprattutto in comunità. Oggi, si tratta più spesso di linee di continuità assistenziale parallele, se non divergenti. In ugual modo, il concetto di fragilità ha le potenzialità e i limiti ben descritti dalla letteratura (11, 12), ma anche per questo motivo sembra indispensabile sostenere la programmazione con una definizione rigorosa dei criteri e degli indicatori che si intendono misurare, ad esempio per identificare sottogruppi di popolazione specifici – come le persone a rischio di confinamento, malnutrizione, caduta o morte in solitudine, istituzionalizzazione o ospedalizzazione improprie – verso cui indirizzare buone pratiche aggiornate e efficaci (13). Non ultimo, manca ancora una definizione formale di non autosufficienza, concetto che sarebbe probabilmente utile sostituire – anche ai fini programmatori, di allocazione delle risorse e di monitoraggio degli esiti dei processi – con una lettura analitica dei livelli di autonomia e disabilità effettivamente misurati (14). In questo senso, misura della

fragilità e della disabilità – ma anche degli obiettivi di vita, desideri e risorse delle persone – appartengono alla migliore cultura geriatrica e gli strumenti e le logiche di valutazione multidimensionale che essa ha sviluppato sono ormai solidi e efficaci. Se ne conoscono le potenzialità e i limiti e anche le modalità corrette di utilizzo. Non è però sempre chiaro, nel Libro Bianco come in altri atti normativi, se la VMD vuole essere implementata nei luoghi e nei momenti più idonei a progettare buone soluzioni di cura per le situazioni di maggiore complessità – come processo di valutazione piuttosto che come lettura *spot* occasionale – o se le si attribuisca soprattutto una funzione di *gate-keeping* gestionale ed economico. Oppure, se il *driver* per l'allocazione delle risorse sia rappresentato dalla stima oggettiva del bisogno o, piuttosto, dalla consistenza del *budget*, definita a priori e quindi applicata alle popolazioni valutate. Si tratta di un tema rilevante, su cui è utile che il mondo della geriatria esprima il suo punto di vista originale.

CONCLUSIONI

Il Libro Bianco è ricco di contenuti. Prefigura un processo di revisione profonda del sistema sociosanitario, che concede ora spazio alla condivisione con gli attori del sistema. Il documento presenta innegabili punti di forza, ma anche criticità che sembra utile affrontare attraverso la partecipazione al confronto che si sta avviando. Gli aspetti di maggiore debolezza sembrano riguardare soprattutto l'assistenza territoriale, ambito centrale in uno scenario di progressivo invecchiamento della popolazione e di crescente difficoltà delle famiglie. In questo dibattito, il ruolo della geriatria non può essere di seconda linea. I temi in gioco le appartengono e sembra necessario promuovere un'applicazione dei principi più aderente alle conoscenze aggiornate e ai modelli di buona pratica clinica e assistenziale.

BIBLIOGRAFIA

1. Regione Lombardia. Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia. Milano, 2014. Disponibile su: http://www.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Redazionale_P&childpagename=Regione%2FDetail&cid=1213679816882&pagename=RGNWwrapper (ultimo accesso 25-10-2014)

QUADRO DI RIFERIMENTO

2. Giunco F. Il voucher socio-sanitario. In Gori C (a cura di). Come cambia il welfare Lombardo. Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna, 2011.
3. Network Non Autosufficienza. L'assistenza agli anziani non autosufficienti. 3° Rapporto. Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna, 2011.
4. OECD. Help wanted? Providing and paying for long-term care. OECD Health Policy Studies, 2011. <http://www.oecd.org/els/health-systems/47836116.pdf> (ultimo accesso 27-10-2014)
5. Demo.istat.it. Popolazione all'1-1-2014.
6. Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali. Integrare il welfare, sviluppare la white economy. Censis, Unipol. Roma, 2014.
7. Pasquinelli S. Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche. Ediesse, Roma, 2013.
8. Pasquinelli S. Badanti: la nuova generazione. Caratteristiche e tendenze del lavoro privato di cura. Istituto per la Ricerca sociale, Milano, 2008.
9. Tidoli R. Le badanti lombarde e la crisi. Lombardia Sociale, 24-10-2013 (www.lombardiasociale.it)
10. Giunco F. Abitare leggero. Verso una nuova generazione di servizi per anziani. Fondazione Cariplo, Quaderni dell'Osservatorio, n. 17. Milano, 2014.
11. Fried LP. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. The Journals of Gerontology, Series A: Biological and Medical Sciences. 2004; 59 (3):255-263.
12. Santos-Eggimann B. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries, Journals of Gerontology, Series A: Biological and Medical Sciences. 2009;64(6): 675-681.
13. Rockwood K. Long-term risks of death and institutionalization of elderly people in relation to deficit accumulation at age 70. JAGS 2006; 54: 975-979.
14. Gill TM. Assessment of Function and Disability in Longitudinal Studies. JAGS. 2010;58(2):308-312.

La somministrazione di farmaci tritati nelle residenze per anziani: da un'indagine di prevalenza le implicazioni per la pratica

Camilla Boeri¹, Anna Castaldo², Andrea Giordano³, Talia Melo⁴, Renzo Bagarolo⁵, Miriam Magri⁶

¹Ospedale San Giacomo Medicina Fisica e Riabilitativa, Ponte dell'Olio (PC)

²Ufficio Formazione e URP Provincia Religiosa S. Marziano di Don Orione - Piccolo Cottolengo, Milano

³Unità di Neuroepidemiologia Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta, Milano

⁴Ospedale San Raffaele, Milano

⁵Direzione sanitaria Fondazione IRCCS Don Gnocchi, Istituto Palazzolo, Milano

⁶Corso di Laurea in Infermieristica, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milano

BACKGROUND

La somministrazione della terapia orale ed enterale alle persone anziane fragili comporta spesso la necessità di "alterare" i farmaci. Infatti, la pratica di aprire le capsule o tritare le compresse e/o camuffarle nel cibo sembra essere abbastanza comune nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per assicurare agli ospiti, affetti da disfagia e/o da ridotta compliance conseguente a disturbi psico-comportamentali, la somministrazione della terapia prescritta.

Il fenomeno è stato riscontrato nell'80% delle *nursing homes* (corrispondenti alle nostre RSA) inglesi incluse nello studio di Wright (1): gli infermieri coinvolti nell'indagine dichiararono che i farmaci venivano tritati o aperti prima della somministrazione per circa 2/3 dei residenti. In un altro studio condotto in 10 *nursing homes* nel sud dell'Australia, su 586 residenti, è stato osservato che il 34% (408/1207) delle somministrazioni di farmaci avveniva in forma alterata (2). Più recentemente, Kirkevold & Engedal hanno trovato che la pratica di triturazione/apertura dei farmaci avviene nel 23% dei residenti nelle *nursing homes* norvegesi (3). La triturazione rientra tra gli errori più frequenti di somministrazione della terapia, come è stato osservato in uno studio in cui sono stati rilevati nel 73% (312/428) delle sommini-

strazioni (4). Anche Haw et al. hanno rilevato che il 30% (111/369) degli errori sono dovuti alla triturazione/apertura di farmaci non consentita, benché sia effettuata per superare la difficoltà d'assunzione dovuta a problemi di deglutizione (5).

D'altra parte, tale pratica può comportare diversi problemi. Alterare la formulazione dei farmaci può aumentarne la tossicità, determinarne l'instabilità, diminuirne l'efficacia e renderli meno appetibili. I farmaci a rilascio prolungato o a rilascio controllato, mantengono un livello ematico costante di principio attivo per 8, 12, o 24 ore: tritare o aprire una di queste formulazioni prima della somministrazione può influenzare la velocità di assorbimento del farmaco e, di conseguenza, incrementare i livelli ematici del farmaco e il potenziale effetto tossico.

Alterare compresse o capsule gastroresistenti comporta la distruzione/rimozione del rivestimento, che è progettato per mantenere il farmaco intatto, finché non passa attraverso lo stomaco e raggiunge l'intestino. Il rivestimento può proteggere lo stomaco da irritazione (come l'acido acetilsalicilico rivestito e il solfato ferroso), ed evitare una diminuzione dell'effetto, o l'inattivazione da parte degli acidi dello stomaco. La triturazione e la somministrazione di uno di questi farmaci per via orale o attraverso sonda/stomia gastrica può aumentare il rischio di effet-

ASPETTI CLINICI

ti avversi gastrointestinali o diminuire i benefici del farmaco (6,7).

Una questione controversa riguarda la quantità di farmaco persa in seguito alla triturazione con i diversi ausili (ad es., mortaio o tritapastiglie). A tal proposito, in uno studio recente condotto da Palese et al. in un ospedale italiano, non era stata trovata nessuna differenza statisticamente significativa di perdita farmaco tra i due ausili (8). Inoltre, la triturazione può creare un potenziale pericolo per la salute degli infermieri: la frantumazione e la movimentazione delle polveri senza protezione di guanti o maschera, espone gli infermieri al rischio di allergie e intossicazioni (in particolare con farmaci citotossici), da contatto ed inalazione (6,7).

L'alterazione della forma farmaceutica non rappresenta la sola criticità legata alla somministrazione della terapia in ambito geriatrico. Molto diffusa è anche la pratica di somministrare i farmaci camuffati nel cibo o nelle bevande, spesso conseguente alla triturazione. La prevalenza dei pazienti assistiti dalle *nursing homes* che assume una terapia camuffata negli alimenti o nelle bevande, riportata da vari studi presi in esame, va dall'1.5% al 31% (9). Gli anziani che assumono farmaci camuffati presentano deficit cognitivi, dipendenza nelle attività di vita quotidiana (ADL), agitazione e difficoltà di apprendimento (10). Il camuffamento dei farmaci è più frequente nelle unità di cura specializzate (simili ai nuclei Alzheimer presenti nelle nostre strutture) rispetto alle unità ordinarie delle RSA, sia per una scarsa *compliance*, che per le difficoltà di deglutizione, tipiche delle persone con demenza avanzata (9,10).

OBIETTIVI

Analizzare la pratica della somministrazione dei farmaci alterati (tritati o aperti), considerando qualsiasi farmaco, in forma di compressa o capsula, somministrato per Os, o attraverso sonde nutrizionali permanenti, quali il Sondino Naso Gastrico (SNG) e la Gastrostomia Percutanea Endoscopica (PEG). In particolare si voleva conoscere: (a) la prevalenza della somministrazione di farmaci tritati e camuffati; (b) le procedure di preparazione e di somministrazione della terapia; (c) la conformità dei farmaci tritati e camuffati alle indicazioni farmaceutiche; (d) e verificare, tra i farmaci più frequentemente somministra-

ti, la presenza di possibili interazioni farmaco-farmaco e farmaco-cibo. Conseguentemente, si volevano proporre strategie preventive, tra cui la verifica delle forme farmaceutiche alternative disponibili.

METODI E STRUMENTI

È stato effettuato uno studio osservazionale prospettico in tre RSA milanesi, sedi di tirocinio convenzionate con il Corso di Laurea per Infermieri dell'Università Statale di Milano. Per la rilevazione e il trattamento dei dati è stata richiesta e ottenuta l'autorizzazione dai rispettivi rappresentanti legali.

Nell'indagine sono stati inclusi tutti gli ospiti residenti, fatta eccezione per una struttura, in cui, data la numerosità degli ospiti, è stato selezionato un campione rappresentativo.

Lo studio è stato condotto tra gennaio e febbraio 2012 attraverso diversi metodi: osservazione sistematica, analisi documentale, e intervista, in base al tipo di dati da rilevare.

Attraverso l'analisi della documentazione clinica sono state rilevate le caratteristiche demografiche e cliniche degli ospiti (stato funzionale, cognitivo e comorbilità).

La preparazione e la somministrazione della terapia orale ed enterale delle ore 8 è stata rilevata attraverso l'osservazione sistematica.

Le procedure relative alla preparazione e la somministrazione sono state rilevate attraverso l'osservazione e/o un'intervista agli infermieri dei nuclei.

L'analisi dei dati è stata realizzata mediante il pacchetto statistico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) ver. 19.0. Sono state calcolate la prevalenza, le frequenze assolute/relative, e per le variabili continue, la media, la deviazione *standard*, la mediana, il *range* interquartile, il minimo e il massimo. La normalità delle distribuzioni dei punteggi delle scale di valutazione (*Barthel Index*, MMSE, Cirs) è stata valutata mediante lo Shapiro-Wilk W test. Sono state inoltre verificate eventuali differenze tra la somministrazione di farmaci alterati e le caratteristiche dei pazienti, utilizzando il *Wilcoxon ranksum test* per campioni indipendenti (per le variabili continue), e il Chi quadrato (per le proporzioni). Le differenze sono state considerate statisticamente significative ad un livello di $\alpha < 0.05$. Tutti i test sono a due code.

Attraverso un'analisi secondaria è stato possibile verificare se la somministrazione di tutti i farmaci che venivano assunti per Os in modo alterato era conforme alle indicazioni farmaceutiche. A tal fine, sono state consultate le schede tecniche dei farmaci del prontuario farmaceutico sviluppato dalla Torrinomedica (11) e il sito dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) (12) per la verifica dei principi attivi autorizzati.

RISULTATI

Lo studio ha coinvolto 697 residenti, di cui 607 accolti in nuclei ordinari e 90 nei nuclei Alzheimer. Gli ospiti erano prevalentemente donne (N. 576/697; 82.6%) con un'età mediana di 87 anni (*range* 38-104). La maggior parte presentava pluripatologie con un livello di gravità moderata, dipendenza totale o grave nelle ADL, e deficit cognitivi di grado medio-grave. Gli ospiti assumevano mediamente 7.5 principi attivi al giorno, 6 per via orale (Os) (Tab. 1). La via di somministrazione prevalente era quella per Os (90% degli ospiti) e in misura minore, tramite PEG (5.5%) o SNG (1%). Il 40% degli ospiti (273/684) assumeva la terapia in modo alterato (compresse tritate e/o capsule aperte). La terapia era somministrata in modo alterato al 51% (46/90) degli ospiti residenti nei nuclei Alzheimer e al 38.2%

degli ospiti residenti nei nuclei ordinari (227/594). Tuttavia non è stata osservata un'associazione statisticamente significativa ($p=0.052$).

Attraverso le interviste a 20 infermieri, è emerso che le motivazioni per cui gli ospiti assumevano la terapia alterata erano principalmente la disfagia/difficoltà di deglutizione (75%), e la presenza di disturbi psico-comportamentali, come il rifiuto e l'espulsione della terapia.

Dopo aver escluso dall'analisi gli ospiti che non assumevano la terapia alle ore 8 (N=13) e coloro che prendevano terapia per via enterale (N=32), si è osservato che la terapia orale era camuffata nel cibo o nelle bevande per il 20% dei residenti (129/636). Tale pratica era più frequentemente adottata per gli ospiti residenti nei nuclei Alzheimer (34/863 [9.5%]), rispetto a quelli residenti nei nuclei RSA ordinari (95/553 [17%]) ($p<0.001$).

Circa il 30% delle somministrazioni dei farmaci (785/2639) era alterato e il 43% (338/785) dei farmaci veniva alterato in modo improprio. Si è osservato che i farmaci che venivano somministrati più frequentemente in modo alterato (non in conformità con le istruzioni farmaceutiche descritte nelle schede tecniche), erano gli inibitori di pompa protonica, come il pantoprazolo e l'omeprazolo (Tab. 2). Gli ospiti che assumevano la terapia alterata, rispetto a quelli che la prendevano integra, assumevano meno farmaci ($p<0.001$), ma erano maggiormente dipendenti nelle ADL e nell'alimentazione, avevano ridotta capacità cognitiva ($p<0.001$), anche se si presentavano clinicamente stabili (valutato con CIRS-severità; $p=0.004$). Invece, l'età e la pluripatologia (valutata con CIRS-comorbidità) non erano significativamente differenti alla somministrazione di farmaci integri o alterati. Inoltre, è stata osservata una differenza statisticamente significativa tra l'assunzione di farmaci camuffati e la capacità cognitiva e funzionale ($p<0.001$ per entrambi le variabili): coloro che assumevano i farmaci camuffati erano maggiormente dipendenti nelle ADL e presentavano deficit cognitivi severi.

In nessuna struttura era presente una procedura aziendale riguardo alla somministrazione di farmaci "alterati". La preparazione della terapia era eseguita in tutte le strutture dall'infermiere e per più dell'80% dei casi avveniva al momento della somministrazione, per il 15% veniva preparata il giorno prima e nel 3% un'ora prima della somministrazione.

Per la somministrazione della terapia, invece, l'infermiere si è avvalso nel 47% dei casi del supporto di

Tabella 1 - Caratteristiche degli ospiti che hanno partecipato allo studio.

Caratteristica	
Donne (%)	578 (83%)
Età ¹	86, 10 (38-104)
Barthel Index ²	30, 20 (2-53)
Barthel alimentazione ²	5, 5 (0-8)
MMSE ²	11, 11 (0-20)
Cirs comorbidità ²	6, 6 (4-8)
Farmaci/die ²	7.4, 7 (5-9)
Farmaci per Os/die ²	6.4, 6 (4-8)

MMSE, Mini Mental State Examination. Cirs, Cumulative Illness Rating Scale.

¹ Media, DS (*range*)

² Media, mediana (*range* interquartile)

ASPETTI CLINICI

Tabella 2 - Farmaci tritati in modo inappropriato.

Principio attivo*	Forma farmaceutica	Somministrazioni N (%)
Pantoprazolo sodico sesquidrato	compresse gastroresistenti	114/283 (40%)
Omeprazolo	capsule gastroresistenti	46/118 (39%)
Levodopa + benzeraside	compresse divisibili	19/32 (58%)
Ramipril	compresse	15/51 (29%)

*Farmaci selezionati per maggior frequenza di somministrazione

un operatore socio sanitario (OSS), o di un ausiliario socio assistenziale (ASA), poiché alcuni ospiti necessitavano di aiuto nell'assumere la colazione (momento in cui la maggior parte degli ospiti assume anche la terapia delle 8).

In tutte le unità operative, i farmaci venivano tritati contemporaneamente e l'ausilio utilizzato era un tritapastiglie unico per tutti gli ospiti. La detersione con acqua e sapone era effettuata nel 62.5% dei nuclei al termine della somministrazione della terapia oraria e nei restanti casi, alla fine del turno o a fine giornata. La sostituzione del tritapastiglie è prevista generalmente alla rottura (62.5%), ogni 15 giorni circa (12.5%), una volta al mese (9.4%), ogni 2 mesi (6.3%), oppure ogni settimana (6.3%), in base alla frequenza di utilizzo.

In merito alle interazioni farmacologiche, attraverso un'analisi esplorativa, è stata valutata l'associazione tra la furosemide (uno dei principi attivi più frequentemente assunto) con altri farmaci e alimenti somministrati contemporaneamente. Il prednisone (16/33; 48%), l'acido acetilsalicilico (6/18; 33%), l'enalapril maleato (26/84; 31%) e il ramipril (15/51; 29%) erano i principi attivi più frequentemente somministrati insieme alla furosemide, sia in forma integra che tritata. La somministrazione di furosemide si è verificata nel 77% dei casi (143/185) durante o subito dopo la colazione. Inoltre, il 6% degli ospiti (11/185) assumeva la furosemide insieme alla marmellata o al budino prima della colazione, nonostante sia indicata la somministrazione a digiuno.

DISCUSSIONE

Nel presente studio la pratica della somministrazione di farmaci alterati è stata rilevata nel 40% degli ospiti. Tale percentuale è superiore a quella rilevata

da Kirkevold (23%) nelle *nursing homes* norvegesi (3) e da Caussin (32.3%) nelle unità geriatriche per acuti, riabilitative e assistenziali a lungo termine di un ospedale francese (13). Il numero di farmaci/die assunti dagli ospiti sono simili a quelli riportati da Seifert & Johnston (14). I motivi del ricorso alla triturazione (difficoltà della deglutizione, rifiuto della terapia) sono simili a quelli riportati da Kirkevold (10). Per quanto riguarda la somministrazione di farmaci camuffati, è stata invece trovata una prevalenza lievemente inferiore (20.2%) allo studio di Kirkevold (23.3%) (10). Similmente ad altri studi (3,10), la somministrazione di farmaci alterati e camuffati risultava maggiore nei nuclei Alzheimer, rispetto alle unità ordinarie RSA e per gli ospiti particolarmente fragili (compromessi in termini di capacità cognitive e funzionali).

Si è osservato che il 43% dei farmaci veniva alterato in modo improprio e nonostante tali procedure siano sconsigliate dalle case farmaceutiche. Oltre ad alcuni farmaci come i gastroresistenti e quelli a rilascio prolungato, ne esistono numerosi altri che non possono essere tritati a causa della loro formulazione (ad es., compresse rivestite, compresse orosolubili) e delle indicazioni terapeutiche. Tuttavia, nelle istruzioni farmaceutiche sono riportate raramente informazioni chiare sulla possibilità di tritare o meno le compresse, o aprire le capsule. Il confronto tra i farmaci che non possono essere tritati, riportati da numerosi prontuari di altri paesi europei e americani (6,15,16), con i farmaci rilevati è stato arduo, perché in alcuni casi il principio attivo assume un nome differente, ed inoltre, molte forme farmaceutiche non vengono prodotte in Italia. Basandoci sui farmaci più frequentemente tritati, si è provveduto a ricercare formulazioni alternative (ad es., soluzioni orali, compresse effervescenti, orosolubili, ecc.) prodotte dalle

case farmaceutiche italiane. Attualmente in Italia non esistono forme farmaceutiche alternative per numerosi farmaci.

Dall'analisi emerge inoltre che nel processo di triturazione veniva utilizzato un unico tritapastiglie per tutti i residenti, diversamente da quanto riportato da Paradiso (2), che aveva riscontrato un utilizzo condiviso inferiore: 77% collettivo vs 23% individuale, e da Coussin (individuale per circa il 60% dei pazienti) (13). La condivisione dello stesso dispositivo, correlato a una mancata detersione tra una triturazione e l'altra potrebbe risultare rischiosa. In primo luogo, la triturazione contemporanea di diversi farmaci può comportare interazioni tra le molecole, con conseguenti reazioni avverse al momento della somministrazione. Secondariamente, se tra un ospite e l'altro non avviene alcuna detersione del dispositivo, verosimilmente i residui di farmaco potrebbero provocare eventuali reazioni allergiche o ulteriori interazioni per i vari pazienti (7,17). I risultati dello studio fanno presumere che la somministrazione di farmaci alterati sia un'area da presidiare e da approfondire, anche in termini di azioni preventive a vari livelli. Le raccomandazioni ministeriali (18), relative alla prevenzione degli errori terapeutici, non contemplano la prassi della triturazione/apertura delle compresse. La gestione dei processi terapeutici negli anziani, per la complessità e l'elevato rischio clinico che comporta, richiede competenze avanzate, aggiornate e integrate. La formazione continua sembra essere efficace nell'aumentare la consapevolezza e la competenza infermieristica nella gestione terapeutica (17,19-21). L'utilizzo di programmi informatici può rappresentare un valido aiuto per la gestione delle pluriterapie, sia per la prevenzione delle interazioni farmacologiche, sia in termini di *alert* sulla modalità di preparazione e di somministrazione. La predisposizione di set specifici per la somministrazione della terapia enterale, che includono anche tritapastiglie individuali, insieme ad altri interventi, quali la gestione informatica dei farmaci, la consulenza del farmacista soprattutto per la verifica di forme farmaceutiche alternative, si sono dimostrati efficaci nel ridurre gli errori terapeutici (20, 21). L'aggiornamento delle conoscenze, la gestione del rischio clinico, la multidisciplinarietà e l'integrazione tra i principali professionisti sanitari (medico, infermiere, farmacista, *risk manager*), rappresentano le fondamenta per la gestione della somministrazione della terapia orale (4, 14, 20, 21).

Inoltre, nell'ambito della terapia enterale è risultato efficace identificare tramite etichette i pazienti portatori di sonde gastroenteriche e utilizzare brevi istruzioni operative, meglio se disponibili sul foglio di terapia (4-22).

CONCLUSIONI

La prassi di triturare e camuffare i farmaci nelle RSA coinvolte nello studio è sostanzialmente sovrapponibile a quella riportata in letteratura. La triturazione dei farmaci, quando non conforme alle indicazioni farmacologiche, può essere considerata a tutti gli effetti una pratica inappropriata, da annoverare tra i potenziali errori di terapia.

La triturazione e l'apertura dei farmaci pone gli stessi infermieri, responsabili della somministrazione della terapia, a rischio di eventi avversi (intolleranze, allergie, teratogenesi, problemi respiratori), dovuti alla manipolazione e all'inalazione delle polveri di farmaci particolarmente tossici, come gli antibiotici e i citotossici. Di conseguenza, questa pratica rappresenta per la comunità infermieristica un'area da considerare attentamente, per definire strategie volte alla prevenzione di eventi avversi farmacologici nei pazienti, ma anche di malattie professionali.

È auspicabile inoltre che le case farmaceutiche propongano, per le compresse non triturbabili (rivestite, gastroresistenti, a lento rilascio, ecc.) e per le capsule, altre forme farmaceutiche con la stessa efficacia terapeutica, ma più sicure. Al pari della farmaceutica pediatrica, dovrà necessariamente evolvere quella geriatrica, soprattutto per le prospettive immediate e future che vedono un aumento della popolazione anziana, con una maggiore aspettativa di vita, ma al contempo con maggiore comorbidità, disabilità e plurifarmacoterapia.

È desiderabile che a vari livelli (istituzionale, aziendale e professionale) siano implementati programmi multidimensionali e multidisciplinari, che tengano conto della verifica delle forme farmaceutiche alternative attualmente disponibili, per diminuire i rischi di effetti avversi e gli errori terapeutici da somministrazione di farmaci alterati.

Il presente studio, avendo esplorato un fenomeno ancora poco noto e scarsamente riportato in letteratura, soprattutto italiana, potrebbe aprire la strada a successive ricerche che indaghino su più vasta sca-

la e più approfonditamente la preparazione e la somministrazione dei farmaci nelle RSA.

BIBLIOGRAFIA

1. Wright D. Medication administration in nursing homes. *Nursing Standard*. 2002;33:38.
2. Paradiso L, Roughead E, Gilbert A, Cosh D, Nation R, Barnes L, et al. Crushing or altering medications: what's happening in residential aged-care facilities? *Australasian Journal on Ageing*. 2002;21:123-27.
3. Kirkevold Ø, Engedal K. What is the matter with crushing pills and opening capsules? *International Journal of Nursing Practice*. 2010;16:81-5.
4. Van Den Bemt PM, Cusell MB, Overbeeke PW, Trommelen M, Van Dooren D, Ophorst WR, Egberts AC. Quality improvement of oral medication administration in patients with enteral feeding tubes. *Qual Saf Health Care*. 2006;15:44-7.
5. Haw C, Stubbs J, Dickens G. An observational study of medication administration errors in old-age psychiatric inpatients. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19:210-16.
6. Miller D, Miller H. To crush or not to crush? *Nursing* 2000.
7. Paparella S. Identified safety risks with splitting and crushing oral medications. *Journal of Emergency Nursing*. 2010;36(2):156-8.
8. Palese A, Bello A, Magee J. Triturating drugs for administration in patients with difficulties in swallowing: evaluation of the drug lost. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20:587-90.
9. Haw C, Stubbs J. Covert administration of medication to older adults: a review of the literature and published studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2010;17:761-8.
10. Kirkevold Ø, Engedal K. Is covert medication in Norwegian nursing homes still problem? *Drugs Aging*. 2009;26(4):333-44.
11. Torrino medica disponibile a: http://www.torrimedica.it/farmaci/prontuario/indice_prontuario.asp, consultato da settembre 2011 a marzo 2012.
12. Agenzia Italiana del Farmaco- AIFA disponibile a: <http://farmaco.agenziafarmaco.it/index.php>, consultato da febbraio a marzo 2012.
13. Caussin M, Mourier W, Philippe S, Capet C, Adam M, Reynero N, et al. L'écrasement des médicaments en gériatrie: une pratique «artisanale» avec de fréquentes erreurs qui nécessitait des recommandations, *La Revue de Médecine Interne*. 2012;33(10):546-551.
14. Seifert CF, Johnston BA. A nationwide survey of long-term care facilities to determine the characteristics of medication administration through enteral feeding catheters. *Nutrition in Clinical Practice*. June 2005;20:354-62.
15. Catalán E, Padilla F, Hervás F, Pérez MA, Ruiz F. Fármacos orales que no deben ser triturados. *Enfermería Intensiva*. 2001;12(3):146-150.
16. Institute for safe medication practice. Tools/DoNotCrush.pdf disponibile a: <http://www.ismp.org/> (data di consultazione: 17 Dicembre 2011).
17. Mota ML, Barbosa IV, Studart RM, Melo EM, Lima FE, Mariano FA. Evaluation of intensivist-nurses' knowledge concerning medication administration through nasogastric and enteral tubes. *Rev Lat Am Enfermagem*. Sep-Oct 2010; 18(5):888-94.
18. Ministero della Salute, Raccomandazione ministeriale n° 7 (31 marzo 2008). Dipartimento della qualità direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema ufficio III. Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica, Raccomandazione n° 7 (31 marzo 2008). Disponibile sul sito del Ministero all'indirizzo <http://www.salute.gov.it/qualita/archivioDocumentiQualita.jsp?lingua=italiano&id=675>
19. Van Den Bemt P, Idzinga J, Robertz H, Groot Kormelink D, Pels N. Medication administration errors in nursing homes using an automated medication dispensing system. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2009;16(4):486-92.
20. Idzinga JC, Jong AL, van den de Bemt PMLA. The effect of an intervention aimed at reducing errors when administering medication through enteral feeding tubes in an institution for individuals with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* November 2009;53(11):932-938.
21. Stuijt CCM, Klopotoska JE, Kluft-van Driel C, Le N, Binnekade J, van der Kleij B, van der Schors T, et al. Improving medication administration in nursing home residents with swallowing difficulties: sustainability of the effect of a multifaceted medication safety programme. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2013;22:423-429.
22. British Association for Parenteral and Enteral Nutrition, British Pharmaceutical Nutrition Group. Administering drugs via enteral feeding tubes a practical guide. disponibile a: www.bapen.org.uk and www.bpng.co.uk consultato il 10 gennaio 2012.

Riprodotta con permesso da Evidence 2013;5(10):e10000060

Prima di farlo udire, ascoltalo: l'abbandono delle protesi acustiche in Italia

Stefano Federici

Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Perugia

Di mio padre...

Negli ultimi quindici anni di vita mio padre soffrì di una progressiva perdita dell'udito. Soprattutto nei primi tempi, il deficit uditivo fu accusato da mio padre come un fastidio ai rumori o alle urla dei nipotini. Era difficile per noi figli capire quanto il fastidio che accusava dipendesse dal suo modo spesso impaziente di trattare con noi e dal suo desiderio di isolarsi o dai prodromi di quello che poi si sarebbe rivelato come una grave ipoacusia. Papà non si lamentò mai del fatto che la sua sordità gli impedisse una fluente conversazione con noi. A lui non pesava tanto non sentir noi, centrato com'era a far sì che fossimo sempre tutti noi a dover ascoltar lui. Al telefono ci sentiva bene, la televisione l'ascoltava in cuffia. Sì, certo, non riusciva più a seguire le omelie del prete durante la messa, né tanto meno le sue esortazioni in confessione. Ma questo lo turbava assai poco. Anzi, a suo dire, gli permetteva un rapporto più intimo con Dio nella preghiera, risparmiandogli molte parole inutili. Dipingeva, e per far ciò non aveva certo bisogno di sentirci bene.

Noi figli, però, non ci rassegnammo all'idea che nostro padre non ci sentisse più bene, quel genitore che ci aveva cresciuti raccontandoci com'era sopravvissuto al campo di concentramento in Germania, perché medico, di come barattava fogli di carta per scrivere il suo diario di prigionia e disegnarvi sopra gli scorci della sua cella, le immagini sacre su cui pregare e gli organi dei suoi camerati di cui diagnosticava le malattie mortali; questo padre. Ricordo con quanta insistenza lo convincemmo a mettersi una protesi acustica. Borbottando come al solito, e

diffidente più che mai del buon esito di un ausilio acustico, ci seguì per i vari centri specializzati e acquistò anche una protesi. Tuttavia, non ricordo che negli ultimi anni di vita di mio papà io abbia mai avuto una conversazione con lui che indossava la sua protesi acustica. Non saprei dire nemmeno di averla mai vista da qualche parte in casa.

... e della mia ricerca.

È oramai da diversi anni che mi occupo di processi di assegnazione di ausili, cioè di come avviene l'accertamento dei bisogni dell'utente che ne richiede uno e in particolare della valutazione della soddisfazione e dell'efficacia dell'assegnazione. Quello che indago in Italia non è tanto come il servizio di assistenza protesica del servizio sanitario nazionale provveda di un ausilio ogni cittadino che ne abbia diritto. Non è questo lo scopo della mia ricerca. Il servizio sanitario italiano, da questo punto di vista, eccelle rispetto a moltissimi altri paesi europei e occidentali. Il mio interesse riguarda come, nell'ottemperare a questo diritto, i servizi di assistenza protesica siano in grado anche di soddisfare i bisogni dell'utenza, affinché si prevenga uno spreco di denaro pubblico e una frustrazione degli utenti (1).

L'ABBANDONO DEGLI AUSILI IN UMBRIA

Il livello di abbandono di ausili è impressionante. Si stima che nei paesi occidentali un ausilio su tre non venga più utilizzato già dopo il primo anno dalla consegna (2-7). In una ricerca da me condotta nel 2009 nella Regione Umbria sull'uso di ausili dopo almeno

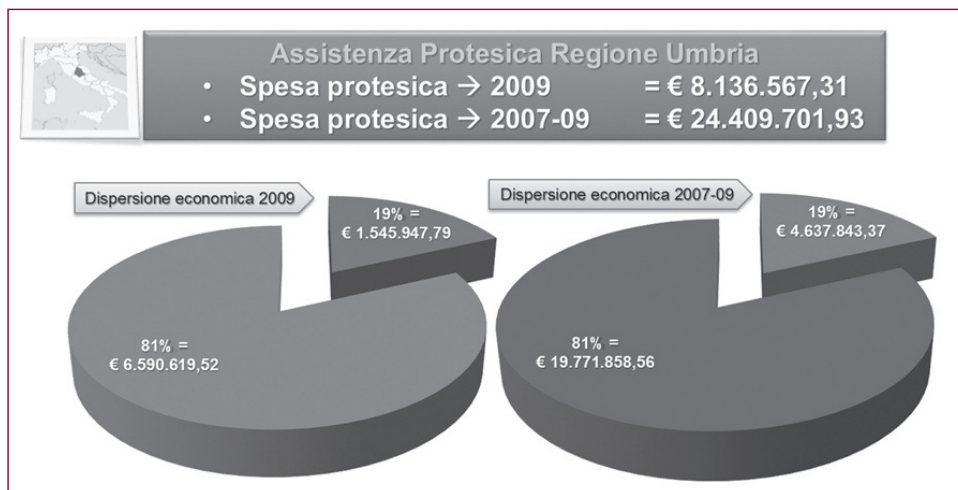


Figura 1 - Spesa protesica della Regione Umbria nel triennio 2007-2009.

un anno dall'assegnazione, risulta che su 221 utenti dei servizi protesici regionali il 19% di ausili non viene più utilizzato (5, 8). Tra la fine del 2013 e giugno 2014 l'indagine è stata replicata, con un notevole ampliamento del campione di utenti ($n = 750$), i cui risultati (ancora in via di pubblicazione) confermano la percentuale di abbandono del 2009. Questo dato, se comparato con quelli di ricerche simili condotte in paesi occidentali, è decisamente positivo. Tuttavia, la dispersione economica che consegue ad un insuccesso nell'assegnazione di un ausilio, anche per una regione di poco più di 900 mila abitanti, è notevole. Infatti, nel 2009, anno in cui è stata condotta la prima indagine, nella Regione Umbria per l'assistenza protesica sono stati spesi più di 8 milioni di euro. Questo vuol dire che oltre un milione e mezzo di questi sono andati dispersi (Fig. 1).

Le due indagini non si limitano solo a registrare il livello di abbandono degli ausili in Umbria, ma mirano anche a indagare le ragioni che portano un utente a non utilizzare più un ausilio. I risultati ottenuti dall'indagine del 2009 (8) mettono in evidenza due principali fattori predittivi dell'abbandono: la soddisfazione dell'utente e il modo in cui ciascun centro di assistenza protesica fornisce il prodotto. In altre parole, l'uso di un ausilio dipende non solo da come un utente si sente soddisfatto del dispositivo che ha ricevuto, ma anche dal tipo di rapporto che ha stabilito con i centri di assistenza protesica regionale a cui si è rivolto. Infatti, nei centri di assistenza protesica che sono meno attenti ai bisogni dell'utente, la percentuale di utenti che dichiarano di non utilizzare più l'ausilio assegnato sale fino al 24% (8). Invece,

nei centri in cui si applicano processi più attenti ai bisogni delle persone – per esempio, quelli che riducono al minimo il disagio degli utenti e dei loro familiari o assistenti in tutti gli adempimenti delle fasi di assegnazione (prenotazioni delle visite, documentazione da esibire, tempi di attesa, dislocazione degli uffici, ecc.) e coinvolgendo gli utenti stessi nella scelta dell'ausilio – si riscontra un crollo dell'abbandono, che scende fino al 12% (Fig. 2).

Approfondendo l'analisi delle procedure di assegnazione utilizzate nei centri di assistenza protesica delle AUSL umbre è emerso, poi, un dato paradossale. Quei centri che poco sopra abbiamo definito come non orientati sull'utente sono quelli che hanno fatto propria una rigida osservanza delle direttive regionali di riduzione della spesa pubblica, efficientando i pro-

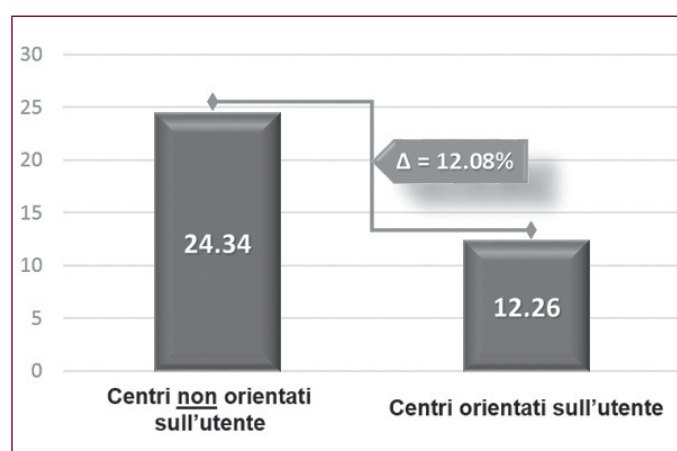


Figura 2 - Livelli di abbandono degli ausili divisi per caratteristiche di funzionamento dei centri di assistenza protesica.

cessi di assegnazione, di fatto avendo tassi di abbandono più alto producono più dispersione economica rispetto alla media regionale. I dati parlano chiaro: un efficientamento di un processo di assegnazione di ausili che non preveda anche un attento rispetto dei bisogni dell'utente risulta meno economico (8).

UN SERVIZIO DI ACCOMPAGNAMENTO ALL'USO DELLA PROTESI ACUSTICA

Alla luce di questi risultati, la Regione Umbria nel 2013 ha finanziato un progetto in cui non solo si rendesse più efficiente un processo di assegnazione ausili, per esempio, informatizzando il processo così che tutte le fasi e i prodotti assegnati fossero facilmente accessibili sia ai professionisti che all'utenza, ma anche più soddisfacente per l'utente, cioè tenendolo informato passo passo del processo di valutazione e raccogliendo le sue opinioni sul servizio e sull'ausilio sia prima che dopo l'avvenuta assegnazione.

Insieme ad altri colleghi dell'Università di Perugia, è stato sviluppato un portale chiamato www.laregionetisente.org (9) per l'accompagnamento dell'utente che accede all'assistenza protesica audiologica per

richiedere delle protesi acustiche, prima, durante e dopo (follow-up) l'assegnazione (Fig. 3).

I risultati ottenuti, seppure ancora su un campione molto ridotto di utenti ($n = 63$; età media = 74 anni), sono stati assai incoraggianti. Dopo sei mesi dall'assegnazione della protesi acustica nessuno degli utenti ha dichiarato di averne interrotto l'uso. Il tempo di utilizzo della protesi dopo sei mesi non si riduce rispetto a quello riscontrato dopo i primi tre mesi, attestandosi su una media di circa 10 ore giornaliere. Seppure le medie dei punteggi di soddisfazione dell'ausilio ottenuti a 3 mesi sono significativamente più alti di quelli ottenuti a 6 mesi, tuttavia, questi restano ancora molto soddisfacenti. Lo stabilirsi del tempo d'uso, che non varia nell'arco di tempo indagato, e i livelli sempre molto alti di soddisfazione anche dopo sei mesi di utilizzo della protesi fanno ben sperare che un modello di assegnazione di ausili centrato sulla persona (10), che preveda un accompagnamento e assistenza durante tutto il processo di valutazione, assegnazione e utilizzo della protesi possa ridurre drasticamente i livelli di abbandono degli ausili, migliorando la soddisfazione dell'utenza, aumentando la qualità di vita e riducendo la dispersione economica.

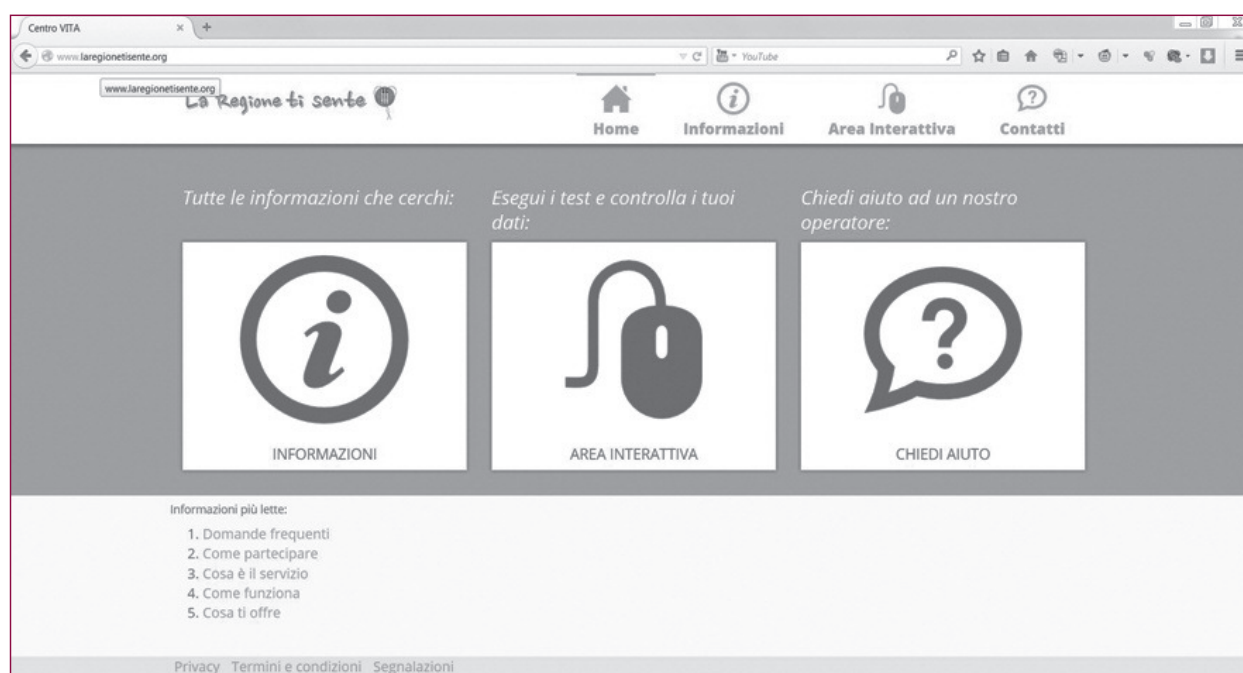


Figura 3 - Portale per l'assistenza e follow-up degli utenti AUSL della Regione Umbria che fanno richiesta di protesi acustiche.

EPILOGO

Ho imparato molto da queste ricerche e mi spiace solo che non potrò più farne tesoro con mio papà. Noi figli eravamo stati con lui assai efficienti, spingendolo a indossare una protesi di ultima generazione e facendogli ottenere il rimborso dovuto dall'assistenza sanitaria nazionale. Lo avevamo di certo portato a sentire meglio, ma ci eravamo forse dimenticati di ascoltarlo di più. L'esito nell'uso della protesi acustica fu fallimentare e ora capisco bene il perché. Avevamo voluto che lui ascoltasse noi, senza prima accettare di ascoltare noi i suoi bisogni. Non dico che i suoi bisogni fossero più "sani" dei nostri, ma erano i suoi e andavano rispettati per quanto assurdi paressero ai nostri occhi.

BIBLIOGRAFIA

1. AAATE, & EASTIN. Sistemi di assistenza protesica in Europa: Indicazioni e proposte. Documento programmatico Retrieved Oct 10, 2014, from <http://www.aaate.net/>
2. Phillips B, Zhao H. Predictors of Assistive Technology Abandonment. *Assistive Technology*. 1993;5(1):36-45. doi:10.1080/10400435.1993.10132205
3. Dijcks BPJ, De Witte LP, Gelderblom GJ, Wessels RD, Soede M. Non-use of assistive technology in The Netherlands: A non-issue? *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. 2006;1(1-2):97-102. doi:10.1080/09638280500167548
4. Kittel A, Di Marco A, Stewart H. Factors influencing the decision to abandon manual wheelchairs for three individuals with a spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*. 2002;24(1-3):106-114. doi:10.1080/09638280110066785
5. Federici S, Borsci S. The use and non-use of assistive technology in Italy: A pilot study. In Gelderblom GJ, Soede M, Adriaens L, Miesenberger K. (Eds.), *Everyday Technology for Independence and Care: AAATE 2011* (Vol. 29): 979-986. Amsterdam, NL: IOS Press. doi:10.3233/978-1-60750-814-4-979
6. Cushman LA, Scherer MJ. Measuring the Relationship of Assistive Technology Use, Functional Status Over Time, and Consumer Therapist Perceptions of ATs. *Assistive Technology*. 1996;8(2):103-109. doi:10.1080/10400435.1996.10132280
7. Verza R, Carvalho ML, Battaglia MA, Uccelli MM. An interdisciplinary approach to evaluating the need for assistive technology reduces equipment abandonment. *Multiple Sclerosis*. 2006;12(1):88-93. doi:10.1191/1352458506ms1233oa
8. Federici S, Borsci S. Providing Assistive Technology: The perceived delivery process quality as affecting abandonment. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. 2014;1-10. doi:10.3109/17483107.2014.930191
9. Federici S, Mele ML, Romeo SA, Didimo W, Liotta G, Borsci S, et al. A Model of Web-based Follow-up to Reduce Assistive Technology Abandonment. In M. Kurosu (Ed.), *Human-Computer Interaction Applications and Services* (Vol. Part III, HCII 2014, LNCS 8512, pp. 674-682). Berlin, DE: Springer. doi:10.1007/978-3-319-07227-2_64
10. Federici S, Scherer MJ (Eds.). *Manuale di valutazione delle tecnologie assistive*. Milano, IT: Pearson. 2013.

Pratica di Oncologia Medica in ambiente geriatrico

L'esperienza dell'Istituto Palazzolo di Milano – Fondazione Don Carlo Gnocchi

Silvio Monfardini¹, Giuseppe Foglio¹, Elisabetta Morello¹, Andrea De Cupertinis¹, Riccardo Sandri², Silvia Guidorizzi², Joy Koikkara¹, Renzo Bagarolo³

¹Unità Operativa di Medicina 2 Onco-geriatria, Casa di cura Palazzolo, Fondazione Don C. Gnocchi, Milano

²Hospice, Istituto Palazzolo, Fondazione Don C. Gnocchi, Milano

³Direzione Sanitaria Istituto Palazzolo - Fondazione Don C. Gnocchi, Milano

PREMESSA

Il cancro è una malattia che colpisce principalmente la popolazione anziana. I due terzi delle morti attribuibili a tumori insorgono in uomini e donne ultrasessantacinquenni. L'incidenza e la mortalità per tumore aumentano in modo lineare col crescere dell'età. L'attesa di vita è in costante aumento (1,2) per cui si prevede che l'impatto dei tumori nei pazienti anziani crescerà ulteriormente nel prossimo futuro, con un peso sempre più elevato sul sistema sanitario-assistenziale e sulle famiglie.

Nei paesi industrializzati a maggior indice di invecchiamento l'impatto assistenziale è quindi più elevato, perché associa ai problemi legati all'età quelli propri della malattia neoplastica, sia in termini di trattamento che di gestione della terminalità e del fine vita. La prima vera riflessione su questo problema venne compiuta oltre 20 anni fa in Europa con un articolo inviato alla rivista scientifica medica "The Lancet" da alcuni oncologi che si chiedevano letteralmente come mai "gli anziani con tumore sono trattati così malamente" e concludevano chiedendo più attenzione ed impegno in questo settore (3).

Da una decina di anni, una maggiore attenzione è stata dedicata a questo problema, con un consistente numero di studi, pubblicazioni, simposi e confe-

renze dedicate ai tumori nella terza età, anche nei principali congressi internazionali. Tutto ciò ha portato ad avere disponibilità di un discreto corpo di nozioni relative all'approccio terapeutico per quasi tutte le neoplasie nel paziente anziano.

Tra gli oncologi è piuttosto diffusa l'opinione che i pazienti anziani con tumore non ricevano un adeguato trattamento. Da un'indagine fra gli Oncologi Medici Italiani risulta infatti che più tempo e più attenzione dovrebbero essere dedicati a questi pazienti, considerando i particolari problemi legati alla somministrazione della chemioterapia e la necessità di specifici protocolli e linee guida (4). Attualmente i pazienti anziani con tumore vengono spesso seguiti in modo "frammentato" presso diversi servizi, mentre è presente la necessità di un approccio multidisciplinare (Oncologo Medico, Geriatra, Specialista della Riabilitazione) e di una prospettiva di continuità assistenziale, anche dopo il ricovero e nelle fasi successive al trattamento o non trattamento della malattia. L'approccio terapeutico al paziente anziano infatti deve poter essere adattato tenendo conto delle varie condizioni legate all'età avanzata, le malattie associate, il declino dello stato funzionale, la ridotta riserva funzionale parenchimale, i possibili disturbi dell'umore, il deficit neurologico, e le sindromi geriatriche.

ESPERIENZE

Le seguenti motivazioni sono state assunte per attuare presso la Fondazione Don Gnocchi un progetto di Oncologia Geriatrica:

- a. I pazienti anziani con cancro richiedono un'assistenza specialistica per la presenza di malattie e disturbi associati. Una diagnosi di neoplasia si accompagna spesso ad una lunga lista di malattie che affliggono una persona anziana. Tutto ciò influenza la scelta e l'intensità della chemioterapia.
- b. È importante far emergere le condizioni di fragilità che spesso sono presenti nel paziente anziano oncologico, ma non sono adeguatamente valutate in una valutazione di *routine* esclusivamente oncologica. Si tratta infatti di valutare non solo la comorbidità, ma anche le sindromi geriatriche come ad esempio, incontinenza, confusione, polifarmacoterapia, malnutrizione, depressione, ecc., che sono aspetti comunemente trascurati durante un esame clinico oncologico.
- c. Necessità di una valutazione della condizione socio-ambientale (fragilità sociale e relazionale) in modo da prevedere un adeguato supporto psicologico e sostegno per gli aspetti sociali. Molti vecchi non hanno una persona che li assiste durante la chemioterapia antitumorale e spesso la rete dei servizi a disposizione dei pazienti è assente o limitata.

IL PROGETTO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PER PAZIENTI ONCOLOGICI ANZIANI PRESSO LA FONDAZIONE DON C. GNOCCHI

Le motivazioni presentate in premessa hanno portato a sviluppare un progetto di continuità assistenziale per pazienti anziani oncologici, finanziato in parte da Regione Lombardia, che ha trovato la sua collocazione presso l'Istituto Palazzolo di Milano della Fondazione Don Gnocchi, un luogo di cura tradizionalmente dedicato alle persone "fragili" adulte e anziane.

Dal giugno 2011 è iniziata l'attività di un reparto di Medicina Oncologica dotato di 14 posti letto con un *Day Hospital* di 4 letti (oggi MAC – Macro-attività ambulatoriale complessa) per la somministrazione della chemioterapia antitumorale ed annesso Ambulatorio Oncologico. Contiguo ed in continuità "funzionale" con il reparto di medicina oncologica è sta-

to attivato un servizio di degenza di 13 letti di Riabilitazione Generale e Geriatrica (estensiva) dedicato a pazienti oncologici. Questa modalità organizzativa è innovativa in Italia, sviluppata per offrire supporto e riabilitazione al paziente anziano vulnerabile e fragile in trattamento con chemioterapia.

Il cardine del programma di intervento è la Valutazione Geriatrica Multidimensionale (VGM) (5). I pazienti oncologici in prevalenza anziani inviati a questo servizio vengono sottoposti a valutazione dello stato di salute tramite VGM, che si avvale di questionari e scale validate che permettono di valutare lo stato funzionale, la comorbidità, lo stato nutrizionale, emotivo e cognitivo, la situazione familiare e socio-economica ai fini di giungere ad un quadro onnicomprensivo della condizione del paziente anziano (6).

Obiettivo della valutazione è definire la condizione anche in termini "prognostici" del paziente:

- 1) "Robusto" (*Fit*): assenza di dipendenza nelle ADL e IADL, assenza di comorbidità rilevanti e in assenza di sindromi geriatriche, cioè paziente in buone condizioni di riserva funzionale con un profilo prognostico comparabile al paziente adulto.
- 2) "Vulnerabile": dipendenza in una o più IADL ma non ADL, presenza di comorbidità di medio grado e/o presenza di lievi problemi cognitivo-depressivi, assenza di sindromi geriatriche, quindi in grado di rispondere in modo autonomo ed efficace ai problemi di salute.
- 3) "Fragili": età avanzata (> 85 aa), dipendenza nelle ADL, presenza di importante comorbidità (almeno 3 patologie attive) e con presenza di una o più sindromi geriatriche.

Per queste tre categorie di pazienti sono stati prospettati differenti percorsi terapeutici. Infatti per i pazienti fragili, è stata prevista una terapia prevalentemente palliativa, mentre per i pazienti vulnerabili, sono stati programmati schemi di chemioterapia "adattati" o parzialmente modificati rispetto al paziente adulto. I pazienti "robusti-fit" potevano essere trattati similmente a pazienti adulti, ma con alcune limitazioni.

Un'attenzione particolare è stata data dedicata, con personale specializzato, agli aspetti psicologici di sostegno al paziente e alla famiglia. Inoltre la presenza presso l'Istituto Palazzolo di una rete di servizi di lungo-degenza (post-acuzie e riabilitativa), di lungo-

assistenza residenziale (RSA), di un *Hospice* (10 posti letto) e di assistenza territoriale domiciliare (ADI), ha permesso di intraprendere in molti casi percorsi di continuità di cura personalizzati e appropriati alle diverse condizioni del paziente, in considerazione anche dei problemi di "fragilità" sociale. A seguire si riportano alcuni dati descrittivi dell'attività svolta in questi anni.

METODI E RISULTATI

Il Progetto ha preso avvio nel giugno 2011, vi è stata una fase di *start-up* del Progetto con la messa a punto di un sistema di prescrizione automatico denominato Cytosifo, nel quale sono stati inseriti tutti i più importanti schemi di chemioterapia per le principali neoplasie con la collaborazione del Servizio Farmacia di Fondazione Don Gnocchi, questa fase è stata importante ed essenziale prima di intraprendere il trattamento dei pazienti con la chemioterapia.

Il progetto ha previsto anche la predisposizione e attivazione di un ambiente per l'allestimento dei farmaci chemioterapici attiguo al reparto oncologico/DH, la preparazione e somministrazione della chemioterapia avviene da parte di infermieri con specifico *training*.

Dal giugno 2011 al maggio 2014 (circa 20 mesi effettivi di attività), si sono avuti 931 episodi di ricovero considerando nel complesso la Medicina oncologica e la Riabilitazione Generale/Geriatria a indirizzo oncologico (Tab. I).

Da un'analisi retrospettiva su 169 pazienti ricoverati sottoposti a VGM completa, 84 pazienti, 49 femmine e 35 maschi, corrispondente al 49,7%, sono stati trattati con chemioterapia (età media di 74 anni con

un range da 70 a 96 anni). In ordine decrescente di frequenza le principali patologie seguite sono state: carcinomi della mammella, del colon retto, del polmone, della testa e collo, linfomi non Hodgkin, carcinoma del pancreas, carcinoma dell'esofago, dello stomaco, ecc. Dalla valutazione eseguita il 24% dei pazienti trattati è risultato "Robusto - Fit", il 37% "Vulnerabile" ed il 39% "Fragile".

In questi pazienti trattati la percentuale di grave tossicità (grado 4) è risultata molto ridotta (4,6%), mentre un grado 3 di tossicità è stato osservato nel 29,4% dei trattamenti effettuati. La tossicità abbastanza contenuta è anche da mettere in relazione alla pratica di iniziare il trattamento a dosi ridotte e quindi proseguire cercando di aumentare le dosi in base alla tolleranza del paziente al trattamento, in coerenza con il criterio geriatrico di approccio terapeutico *Start slow and Go slow*.

Non sono state trattate con chemioterapia 85 persone, 45 femmine e 40 maschi, corrispondente al restante 50,3% delle persone valutate (età media di 80 anni, con un range da 70 a 96 anni). La valutazione condotta dei pazienti non trattati evidenzia che nella maggioranza dei casi (83,2%) sono pazienti "Fragili", mentre i "Vulnerabili" sono il 9% e solo nel 8% sono risultavano "Robusti - Fit".

Le principali patologie oncologiche di cui erano affetti i pazienti non trattati sono in ordine decrescente di frequenza: carcinoma della mammella, prostata, polmone, colon-retto, pancreas, vescica, ecc.

I pazienti ricoverati nel Reparto di Riabilitazione Oncologica hanno potuto ricevere il trattamento con chemioterapia durante la degenza a seguito di temporanea sospensione della giornata di degenza con attivazione del D-H/MAC, mentre pazienti oncologici trattati con chemioterapia in prima istanza in DH-MAC, o in Medicina Oncologica hanno potuto essere trasferiti se indicato in Riabilitazione Generale/Geriatria a indirizzo Oncologico per terapia di supporto riabilitativa.

DISCUSSIONE

Scarsissimi dati sono disponibili sui risultati del trattamento con chemioterapia nei pazienti anziani fragili con tumore, e il quesito prognostico che si dovrebbe sempre porre è se il paziente anziano fragile morirà con o per il tumore. Nella nostra Unità di

Tabella I - Ricoveri per unità operativa e anno.

	2011	2012	2013	2014*
Medicina Onco	95	163	144	55
RGG Onco	67	178	168	61
D-H/MAC**	23	344	454	151

Legenda: * dati relativi a maggio;

** nel 2011 pazienti, dal 2012 attività MAC cicli

ESPERIENZE

Oncogeriatría dell'Istituto Palazzolo, come in altre Unità di Oncologia Medica in Europa ed Usa, una quota di pazienti fragili è stata trattata con chemioterapia antitumorale con beneficio sul controllo della malattia o dei sintomi, mentre in una quota notevole di pazienti fragili il trattamento è stato solo "palliativo".

Lo studio condotto presso l'Istituto Palazzolo, in cui è stata effettuata la Valutazione Geriatrica Multidimensionale, di cui si presentano qui solo alcuni dati parziali, potrebbe fornire un'utile indicazione sui criteri impiegati per la scelta del trattamento di cura piuttosto che palliativo, l'appropriatezza della scelta, l'intensità dei dosaggi impiegati ed i risultati ottenuti in pazienti anziani fragili a confronto a quelli ottenuti con pazienti anziani "Vulnerabili" e "Fit". Di particolare importanza è stato poter disporre di servizi contigui, in continuità funzionale (unica *équipe* multiprofessionale), sia per il ricovero, che per la valutazione, il trattamento ed il successivo supporto riabilitativo. La soluzione organizzativo-gestionale sperimentata ha ottenuto apprezzamento dai pazienti ed ha permesso di evitare la frammentarietà dell'intervento su pazienti già fragili e compromessi, ed infine potrebbe rappresentare la base per l'evoluzione verso un servizio di *continuous care* dove trattamento oncologico e intervento palliativo si possono integrare gradualmente coerentemente con la valutazione della condizione del paziente/persona.

CONCLUSIONE

I pazienti anziani richiedono una terapia per le neoplasie che tenga conto delle condizioni di fragilità

associate all'età. A queste ultime non viene dedicata molta attenzione durante un esame clinico oncologico di *routine*. Molto spesso altri problemi, come ad esempio incontinenza, confusione o perdita di memoria, malnutrizione, non vengono neppure rilevati. Molto spesso inoltre agli anziani manca un supporto psicologico e sociale nella gestione oncologica *standard*.

Questo progetto nasce dalla convinzione che il patrimonio delle conoscenze acquisite internazionalmente vada integrato al meglio nella pratica clinica a vantaggio di questo tipo di paziente. Sulla base di quanto fin qui realizzato si ritiene di poter affermare la fattibilità e sostenibilità di questo modello che può trovare un ulteriore sviluppo in un servizio di continuità di cura sul modello *continuous care* dedicato alle persone anziane e/o fragili con tumore.

BIBLIOGRAFIA

1. Franceschi S, La Vecchia C. Cancer epidemiology in the elderly. *Critical Reviews in Oncol Hematol*. 2001;39:219-26.
2. Monfardini S, Yancik R. Meeting the challenge of an aging population. *JNCI*. 1993;85:531-537.
3. Fentiman IS, Tirelli U, Monfardini S, et al. Cancer in the elderly: Why so badly treated? *The Lancet*. 1990;335:1020-2.
4. Monfardini S, Pasetto L, Jirillo A, Delai N, et al. Taking care of older cancer patients: Results of a survey addressed to the Chiefs of the Medical Oncology Divisions in Italy. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2006;(Volume 58), 1:53-59.
5. Balducci L, Yates J. General Guidelines for the management of older patients with Cancer. *Oncology*. 2000;14:221-227.
6. Basso U, Monfardini S. Multidimensional Geriatric Evaluation in elderly cancer patients: a practical approach. *Eur J of cancer care*. 2004;13:424.

Doctor Pocket



B.M. Seidel, S. Gruene,
M. Borte

Classificazione in medicina

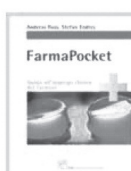
Volume di 480 pagine
F.to cm. 9,5 x 12,5
€ 18,00



J.A. Katzel

Diagnostica e terapia in ospedale

Volume di 480 pagine
F.to cm. 9,5 x 12,5
€ 25,00



A. Russ, S. Endres

FarmaPocket

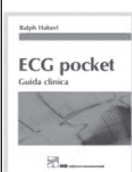
Guida all'impiego
clinico dei farmaci
Volume di 800 pagine
F.to cm. 9,5 x 12,5
€ 15,00



M. Jakob

Valori normali in medicina

Volume di 216 pagine
F.to cm. 9,5 x 12,5
€ 15,00



R. Haberl

ECG pocket

Guida clinica

Il Edizione italiana
Volume di 276 pagine
F.to cm. 9,5 x 12,5
€ 12,00



C. Sailer, S. Wasner

Diagnosi differenziale pocket

Volume di 400 pagine
F.to cm. 9,5 x 12,5
€ 15,00



Urgenze ed emergenze pocket

con algoritmi
della American Heart
Association

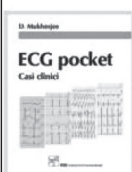
Volume di 344 pagine
F.to cm. 9,5 x 12,5
€ 15,00



A. Brandl

Omeopatia pocket

Volume di 400 pagine
F.to cm. 9,5 x 12,5
€ 20,00

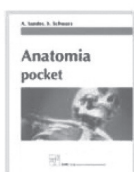


D. Mukherjee

ECG pocket

Casi clinici

Volume di 272 pagine
F.to cm. 9,5 x 12,5
€ 12,00



A. Sander,
S. Schwarz

Anatomia pocket

Volume di 352 pagine
F.to cm. 9,5 x 12,5
€ 15,00



D. Bajraktaric
M. Jakob

Guida alle malattie respiratorie

Volume di 376 pagine
F.to cm. 9,5 x 12,5
€ 15,00

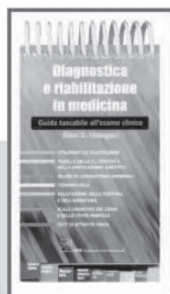


I.R. Entwistle

Exacta Medica

Tabelle e dati di riferimento
per medici e personale sanitario

Spiralato di 74 pagine
F.to cm. 8,5 x 16
€ 15,00



Ellen Z. Hillegas

Diagnostica e riabilitazione in medicina

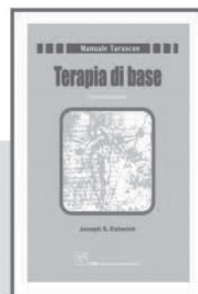
Spiralato di 250 pagine
F.to cm. 7,5 x 12,5
€ 20,00



Christine Chen

La medicina in tasca

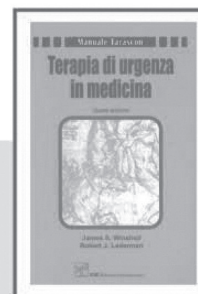
Spiralato di 32 pagine
F.to cm. 10 x 15,5
€ 20,00



J.S. Esherrick

Terapia di base

Seconda edizione
Volume di 240 pagine
F.to cm. 11 x 16
€ 20,00



J.S. Winshall, R.J. Lederman

Terapia di urgenza in medicina

Quarta edizione
Volume di 240 pagine
F.to cm. 11 x 16
€ 20,00



CIC Edizioni Internazionali

Editors: Blazer D.G., Busse E. W., Steffens D.C.

MANUALE DI PSICHIATRIA GERIATRICA

III Edizione

Volume di 632 pagine

F.to cm 21x28

€ 120,00



Editors: Morley J., Pathy M.S.J., Sinclair A.J.

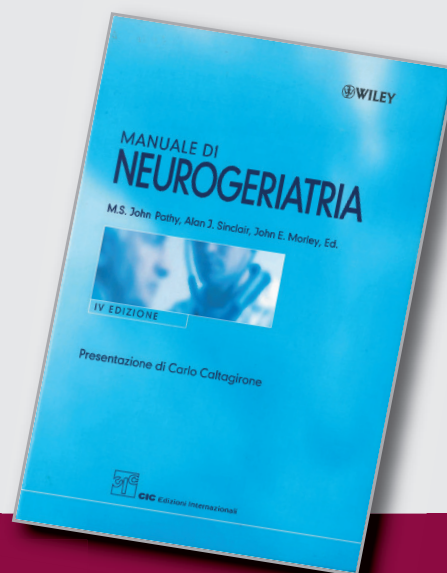
MANUALE DI NEUROGERIATRIA

IV Edizione

Presentazione di Caltagirone C.

Volume di 588 pagine

€ 60,00



CIC Edizioni Internazionali

