

## Epidemiologia assistenziale nel grande anziano: quali informazioni?

**Mario Saugo, Pierpaolo Benetollo, Roberto Toffanin,  
Pietro Gallina, Giovanna Dorotea Cecchetto**

RPS

L'epidemiologia assistenziale cui allude il titolo non è una contraddizione in termini: è il punto d'incontro tra la cultura scientifica e metodologica di una prestigiosa istituzione di ricerca e la pratica quotidiana di assistenza, ma anche la voglia di partecipazione degli operatori sociali e sanitari di alcune aziende Ulss della Regione Veneto.

Il punto di vista più noto sul fabbisogno informativo in ambito socio-sanitario è quello della programmazione nazionale/regionale; numerose fonti – ad esempio i censimenti e le *Indagini Multiscopo* dell'Istat – forniscono periodicamente una importantissima immagine della popolazione e dei trend demografici, delle condizioni di salute percepite e dei livelli di non autosufficienza, della struttura del *gruppo* familiare o di convivenza e del ricorso ai servizi.

L'angolazione qui rappresentata è invece quella della produzione di dati da parte dei servizi socio-sanitari stessi e in particolare dal distretto, luogo istituzionalmente dedicato (d.lgs. 502/92) all'integrazione.

Queste informazioni sono diverse sotto molti aspetti rispetto a quelle generate a livello nazionale perché:

- ♦ sono riferibili a persone concrete e agganciabili ad altri flussi informativi sanitari (ad esempio: schede di dimissioni ospedaliere – Sdo, schede di morte), attraverso procedure di *record-linkage*;
- ♦ riflettono il punto di vista degli operatori socio-sanitari;
- ♦ sono in stretta relazione con una concreta progettualità (ciascuna persona descritta/rappresentata è anche un assistito);
- ♦ danno – almeno in alcuni casi – una rappresentazione dell'universo di una popolazione.

### 1. Setting di assistenza

Un primo dato da chiarire quando si parla di anziani e di grandi anziani (>75 anni) è quello relativo al *setting* assistenziale del grande anziano: l'istituzionalizzazione, l'Assistenza domiciliare (Ad), l'accesso ordinario ai servizi definiscono affidamenti-alleanze differenti (rispettivamente: al

personale della istituzione di accoglimento; alla famiglia, al medico di medicina generale (Mmg) e al personale dell'Ad; alla famiglia e al Mmg). Nell'Ulss 4 «Alto Vicentino», ad esempio, il 3% degli ultra65enni è istituzionalizzato e il 6% è seguito in una forma di Ad sanitaria, ma al di sopra degli 85 anni il 7% dei maschi e il 17% delle femmine è in casa di riposo, mentre il 20% circa di entrambi i sessi è in Ad. La mortalità globale degli anziani in Ad è sestupla (186,8 decessi per 1.000 abitanti/anno) e quella degli anziani istituzionalizzata è quasi decupla (237,5 decesso per 1.000 abitanti/anno) rispetto agli anziani che vivono autonomamente al proprio domicilio (27,6 decessi per 1.000 abitanti/anno). Diversi *settings* definiscono quindi diversi obiettivi e standard di assistenza, così come diversi *outcome* (ad esempio il tasso di ospedalizzazione degli anziani in Ad – 60,9 per 100 abitanti/anno – è doppio rispetto agli altri – 26,5 per 100 abitanti/anno).

Questo tipo di informazione è molto differente da quello fornito dal macrodato di offerta gestionale (es. «l'Azienda Ulss 4 ha 992 posti per non autosufficienti»): il dato nominativo consente di individuare in maniera univoca anche il *setting* del singolo assistito. Come esempi rilevanti possono essere citati: la protezione dagli effetti delle ondate di calore, la copertura vaccinale antinfluenzale/antipneumococcica, la stessa definizione del *budget* del Mmg.

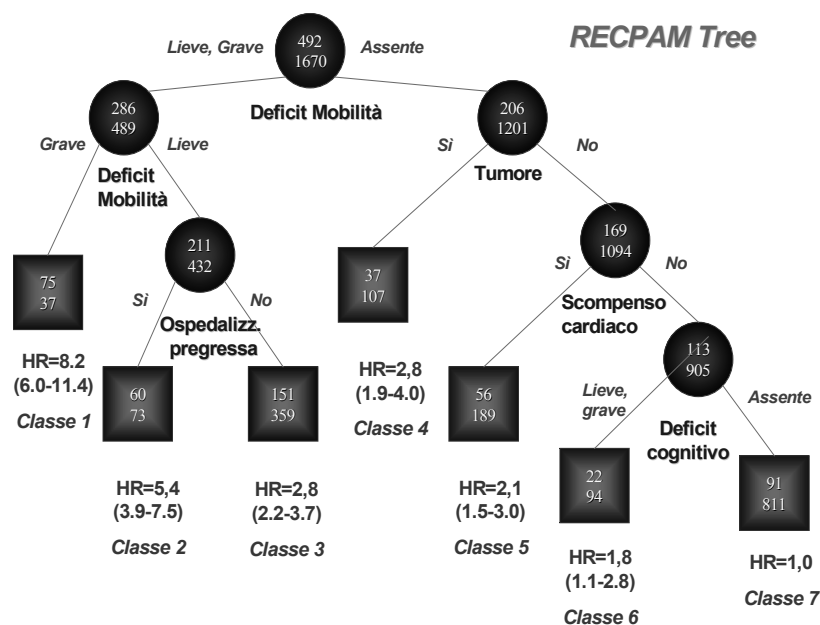
La condivisione dell'informazione sul *setting* di cura all'interno della rete dei servizi consente anche di impostare in maniera condivisa dei progetti differenziati di assistenza: l'accesso in ospedale di una persona già in Ad (ad esempio per diabete) può legittimamente originare un percorso intraospedaliero differente e un diverso piano di dimissioni protette. Il recupero informativo dei casi già noti in Ad e la ricerca attiva dei nuovi casi di fragilità (ad esempio: frattura di femore, ictus, scompenso cardiaco) tramite l'accesso intraospedaliero da parte degli Infermieri dell'Ad distrettuale all'interno delle Unità operative (Uo) di Medicina interna, Geriatria, Lungodegenza, Neurologia, Ortopedia ha consentito in una recente esperienza di aumentare il numero di attivazioni per dimissioni protette dal 9% (150/1.607 dimessi nel I semestre 2005) al 25% (375/1.485 dimessi nel I semestre 2006).

## 2. Valutazione multidimensionale del grande anziano e Mmg

Lo standard di valutazione nel caso del grande anziano è rappresentato da diversi anni dalla Valutazione multidimensionale, che integra le

informazioni cliniche (patologie acute recenti, comorbidità) con quelle funzionali (funzionalità motoria, assetto cognitivo e sensoriale) e con quelle sulle risorse assistenziali del nucleo di assistenza e cura. L'approccio (mono)specialistico risulta spesso inadeguato in queste situazioni, la presa in carico richiede una descrizione multiassiale. Un esempio può essere fornito dalla presente descrizione: paziente diabetico insulino-trattato (patologia che determina la presa in carico) con pregressa insufficienza cardiaca (comorbidità); presenta deficit visivo (disabilità) e vive solo in appartamento adiacente a quello del figlio (situazione abitativa familiare). Nel 2000 i medici di medicina generale della Regione Veneto hanno intervistato con un originale questionario di valutazione multidimensionale il 20% dei propri assistiti ultra75enni residenti a domicilio (circa 70.000 assistiti); di questi circa 12.000 sono stati seguiti con un *follow-up* sui dati amministrativi di mortalità e ricovero. La figura 1 rappresenta in maniera gerarchica (da destra a sinistra) i fattori che influenzano il rischio di morte a 4 anni.

Figura 1 - Fattori di rischio per il decesso a 4 anni: regressione ad albero gerarchico



In particolare il deficit motorio grave (allettamento/permanenza in carrozzina) è associato ad un rischio di decesso molto più elevato (*Hazard Ratio*: 8,2) rispetto agli stessi grandi anziani affetti da patologia clinica, ma non gravati da disabilità (ad esempio: tumore – *Hr* 2,8, insufficienza cardiaca – *Hr* 2,1; livelli di rischio paragonabili a quelli dei grandi anziani con deficit cognitivo – *Hr* 1,8). Se teniamo conto anche dell'ampia prevalenza delle condizioni di disabilità nella popolazione ultra75enne, il risultato è che la quota di rischio di decesso (*outcome* canonico per tutti gli interventi sanitari), attribuibile a fattori demografici (sesso, età), a fattori clinici e a fattori funzionali, risulta pressoché uguale. Nel «*budget*» delle risorse, quindi, anche l'assistenza socio-sanitaria alla persona deve trovare una adeguata rappresentazione, evitando di medicalizzare segmenti settoriali del bisogno di salute o del percorso di assistenza. Lo stesso programma di intervento specialistico deve essere definito in funzione dell'aspettativa di vita libera da disabilità, della capacità di recupero, della capacità assistenziale, e così via.

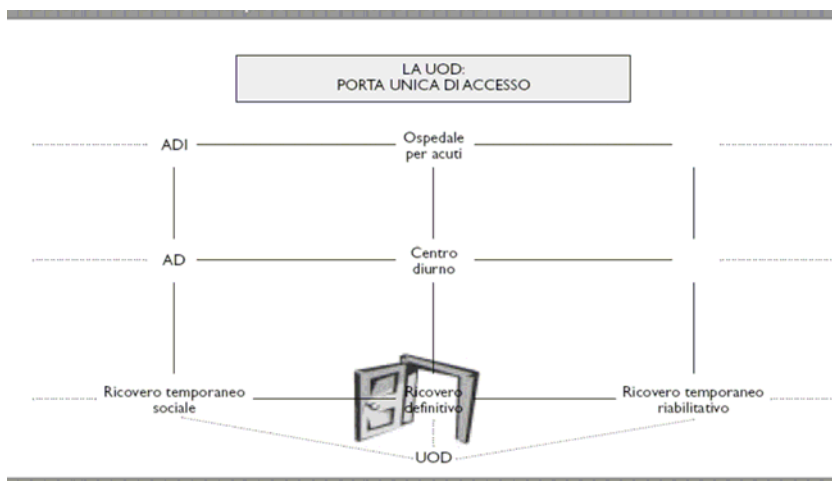
### *3. Valutazione multidimensionale del grande anziano e accesso alla rete integrata dei servizi*

La Valutazione multidimensionale e multiprofessionale costituisce nel Veneto un livello essenziale di informazione socio-sanitaria: la compilazione della scheda Svama (Scheda di valutazione multidimensionale dell'anziano) è obbligatoria per entrare in strutture residenziali e semiresidenziali, per accedere ai contributi (assegno per assistenza dei malati di Alzheimer, assegno di cura per assistenza domiciliare non autosufficienti, assegno per badanti) e per la presa in carico nei moduli intensivi di Ad.

La porta di accesso a tutti questi servizi è l'Unità di valutazione multidimensionale (Uvmd o Uod – figura 2). Annualmente vengono compilate in Veneto circa 30.000 schede Svama; in alcune esperienze pilota esse sono state informatizzate in un originale *dataset* di valutazione.

La scheda Svama è stata elaborata a partire dai più comuni strumenti di valutazione geriatrica (Indice di Barthel, *Short Portable Minimal State Questionnaire*, Scala di Exton-Smith) ed è stata recentemente validata rispetto alla sua capacità di orientare progetti di assistenza differenziati. Alcune parti della scheda sono state prodotte in maniera

Figura 2 - Il modello veneto per l'accesso alla rete dei Servizi integrati



del tutto originale – in particolare la scheda di valutazione sociale, che valuta la «tenuta» della rete sociofamiliare rispetto ai bisogni di assistenza nelle attività quotidiane rilevati negli anziani afferenti alle Uvmd.

La Scheda comprende 4 assi di valutazione, affidati a differenti operatori socio-sanitari territoriali (asse sociale: assistente sociale; asse clinico: Mmg; asse cognitivo e funzionale: infermiere). Il concetto di fondo è che non esistano in maniera semplicistica e standardizzata 3 livelli di capacità («autosufficienza/parziale non autosufficienza/completa non autosufficienza»), ma che ne esistano differenti profili.

Quelli prevalenti nella pratica assistenziale (tabella 1) sono «confuso o stuporoso, totalmente dipendente» (circa il 25% dei casi), vengono poi, con l'11% circa della casistica, i profili «lucido, gravemente dipendente», i 3 profili con «elevato assorbimento di cure sanitarie», i profili «confuso, deambulante», e quelli con «problemi comportamentali prevalenti». Già l'etichetta che designa questi differenti profili evidenzia la diversità dei bisogni e dei carichi assistenziali di questi gruppi di anziani.

Tabella 1 - Profili di autonomia in 4.562 anziani afferenti all'Uvmd (Ulss 16 «Padova»), 2003-2004

Profilo	Descrizione	N.	%
1	Lucido, autonomo	345	8
2	Lucido, in parte dipendente	109	2
3	Lucido, deambula assistito	354	8
4	Lucido, non deambulante, ma autonomo	14	0
5	Lucido, gravemente dipendente	510	11
6	Confuso, deambulante, autonomo	245	5
7	Confuso, deambulante	313	7
8	Confuso, deambula assistito	412	9
9	Confuso, allettato	307	7
10	(combinazione puramente teorica)	0	0
11	Confuso o stuporoso, totalmente dipendente	1.105	24
12	Lucido, con elevata necessità di cure sanitarie	34	1
13	Deambulante, con elevata necessità di cure sanitarie	8	0
14	Lucido, allettato, con elevata necessità di cure sanitarie	93	2
15	Confuso o stuporoso, dipendente, alta necessità di cure sanitarie	425	9
16	Problemi comportamentali prevalenti, discreta autonomia	160	4
17	Problemi comportamentali prevalenti, dipendente	128	3
		4.562	100

#### 4. Valutazione della «capacità assistenziale» della famiglia

L'asse di valutazione sociale, l'essere cioè riconosciuti «non sufficientemente assistito in famiglia» dall'assistente sociale in sede di Uvmd costituisce un titolo di priorità per l'accesso ai Servizi residenziali, a parità di valutazione clinico-funzionale.

Si rileva ad esempio (tabella 2) come a parità di profilo assistenziale, in 354 anziani «lucidi, con deambulazione assistita», il progetto di accoglienza in residenza venga formulato nel 9% delle persone «ben assistite» e nell'85% delle persone «non sufficientemente assistite». A 6 mesi di distanza l'effettivo ingresso in residenza mostra lo stesso *trend*, ed evidenzia pure lo scarto tra il riconoscimento formale del bisogno di assistenza Uvmd e l'effettiva esigibilità del diritto di assistenza/cittadinanza. Questo scarto – stimabile complessivamente in circa 600 persone nell'Ulss in esame – rinvia a dei progetti-ponte di assistenza integrata socio-sanitaria, che implicano un forte coinvolgimento della famiglia.

Tabella 2 - Capacità assistenziale della rete sociale negli anziani «lucidi, con deambulazione assistita» (profilo 3) afferenti alla Uvmd dell'Uls 16 («Padova») nel 2003-2004

		Non sufficientemente assistito (%)	Parzialmente assistito (%)	Ben assistito (%)	Totale (%)
Progetto: accoglienza in residenza	Sì	63 (85%)	53 (46%)	15 (9%)	131 (37%)
	No	11 (15%)	63 (54%)	149 (91%)	223 (63%)
	Totale	74	116	164	354
Ingresso in residenza nei 6 mesi successivi	Sì	36 (49%)	19 (16%)	5 (3%)	60 (17%)
	No	38 (51%)	97 (84%)	159 (97%)	294 (83%)
	Totale	74	116	164	354

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (*Active aging: a policy framework*) i costi della cronicità possono essere affrontati con decisioni appropriate, culturalmente e socialmente accettabili se i programmi di intervento si rivolgono alle cure primarie e al ruolo delle cure informali; queste ultime sono condizionate soprattutto dalla capacità e - distintamente - dalla volontà della famiglia di dare cura e supporto agli anziani. È di particolare rilevanza, quindi, codificare i presupposti del «patto» di assistenza tra famiglia e servizi.

##### 5. Dipendenza assistenziale («completa non autosufficienza»)

La dipendenza assistenziale, intesa come completa perdita dell'autonomia, costituisce con ogni evidenza un *end-point* primario per l'anziano (in termini oggettivi e soggettivi), per la sua famiglia e per l'intera rete assistenziale e di cure. L'immagine della situazione e dell'evoluzione della «non autosufficienza» viene periodicamente restituita dalle *Indagini Multiscopo* dell'Istat, che si basano sull'autodichiarazione dello stato di salute da parte dell'intervistato. Un'altra fonte informativa, basata sulla concessione di indennità di accompagnamento da parte dell'Inps, fornisce risultati – almeno per quanto riguarda il Ve-

neto – del tutto analoghi (tabella 3). In questo caso quindi il flusso informativo di dati amministrativi acquista una buona copertura di popolazione; il motivo di questo sta nel fatto che l'indennità (attualmente circa 451 euro mensili) è corrisposta, indipendentemente dal reddito, a tutte le persone che hanno «impossibilità a deambulare autonomamente anche con l'ausilio di presidi ortopedici» oppure «impossibilità a compiere gli atti quotidiani della vita (es. necessità fisiologiche, nutrizione, igiene personale, capacità di valutare ed evitare pericoli, [...])».

Tabella 3 - Stima della dipendenza assistenziale:  
database Inps e Indagine Multiscopo Istat sulle famiglie

	Database Inps Veneto 2005*			Indagine Multiscopo Istat Veneto 2000**		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
65-69	1,7%	1,7%	1,7%	3,0%	2,3%	2,6%
70-74	3,8%	4,4%	4,2%	6,7%	6,6%	6,2%
75-79				5,7%	15,6%	11,8%
80-84				18,2%	12,1%	15,0%
85-89	13,7%	23,9%	20,8%	15,9%	29,0%	24,8%
90+				23,1%	35,1%	31,5%
>=65	5,0%	9,6%	7,8%	6,9%	11,9%	9,9%

\* Utenti destinatari di indennità di accompagnamento.

\*\* Disabili «confinati» secondo la classificazione Istat.

Figura 3 - Prevalenza (per 100 ab.) di persone con assegno di accompagnamento (Uls 4, 2004)

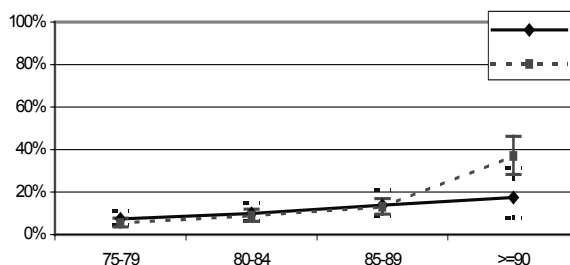
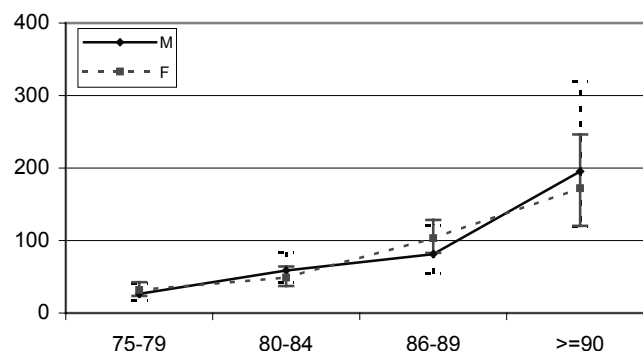




Figura 4 - Incidenza (per 1.000 ab/anno) di persone con assegno di accompagnamento (Ulss 4, 2004)



Poiché la fonte Inps è disponibile in maniera nominativa presso le Aziende Ulss (Commissioni periferiche di invalidità civile) si apre la possibilità di costituire un *dataset* di popolazione: un vero e proprio registro degli anziani non autosufficienti, in maniera analoga a quanto si fa per altri importanti problemi di salute, come ad esempio i tumori. In entrambi si tratta di stimare la popolazione che deve essere presa in carico (prevalenza – figura 3) i trend storici (incidenza – figura 4), e i fattori di rischio (con studi caso-controllo e di coorte, che utilizzino dati amministrativi sanitari o dati sociofamiliari raccolti *ad hoc*). Questo approccio può anche contribuire nel medio termine al dibattito sulla programmazione sanitaria («i grandi anziani di domani saranno più o meno sani dei grandi anziani di oggi?») e all'indirizzo stesso della ricerca sanitaria («quali sono oggi e quale peso hanno le patologie invalidanti “orfane” di un efficace trattamento clinico?»).

A livello macro questi dati consentono di trarre alcuni spunti osservazionali e di previsione dei trend di dipendenza assistenziale. A livello micro sono importanti e possibili (anche utilizzando la capillare rete degli addetti sociali del sindacato e degli enti di patronato dei lavoratori) delle indagini sui determinanti sociofamiliari dell'assistenza e sulle risposte di adattamento o, per converso, di disgregazione delle reti di assistenza di fronte all'insorgenza di una situazione di completa dipendenza del familiare anziano.

Questo tipo di analisi è desiderabile anche per individuare concreti

strumenti operativi attivabili a livello centrale e territoriale, in attesa della ormai improcrastinabile istituzione del fondo nazionale per la non autosufficienza (es. disciplina degli assegni e congedi di cura in ambito contrattualistico, disciplina e qualificazione del lavoro di cura svolto in forma individuale o cooperativa, livelli uniformi di assistenza domiciliare socio-sanitaria, ecc.).

Un punto importante è infatti quello di focalizzare l'attenzione non (sol)tanto sulla centralità dei servizi (definizione di standard, monitoraggio delle prestazioni erogate) quanto piuttosto sulla centralità del bisogno quale titolo di esigibilità di un diritto di cittadinanza, cui possono corrispondere modalità flessibili di risposta del *welfare* municipale, in funzione della capacità finanziaria e assistenziale del nucleo familiare.

Un ulteriore valore aggiunto ad un registro della non autosufficienza con copertura di popolazione può essere apportato dalla partecipazione attiva alla descrizione dei casi da parte del Mmg e degli operatori dell'Ad.

### 6. Monitoraggio delle pratiche assistenziali

A differenza dei servizi ospedalieri, le pratiche di assistenza socio-sanitaria soffrono di una carenza di *feed-back* informativo routinario, e – ancora più a monte – di una insufficiente standardizzazione delle definizioni. Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare questo deficit è stato in parte colmato dalla sperimentazione del «Progetto Mattoni», che ha coinvolto 5 diverse Regioni d'Italia nell'implementazione di un tracciato record concordato dai referenti regionali.

Nel caso del Veneto l'informatizzazione del Sistema informativo distrettuale – Modulo assistenza domiciliare integrata (Sid-Adi) – ha permesso – dapprima in 3 Ulss pilota, e attualmente nella quasi totalità delle Aziende sanitarie – di documentare livelli di erogazione molto simili e coerenti, a differenza di quanto avveniva in precedenza con il flusso cartaceo.

Rispetto al monitoraggio di specifici percorsi di cura, il Sid-Adi consente – attraverso tecniche di *record-linkage* – di documentare, ad esempio, un'ampia area di presa in carico domiciliare dopo frattura di femore (fino al 50% dei casi), molto più estesa di quanto in precedenza conosciuto sulla base di indagini di *follow-up* eseguite in sede ospedaliera (soltanto il 5% dei casi nello studio *Venetian Elderly Care*).

## 7. Primi risultati

Quale ambito paradigmatico della presa in carico in assistenza domiciliare è stato considerato il decesso a domicilio, per il suo valore etico-sociale di riconoscimento del reciproco impegno assistenziale di famiglia e servizi territoriali. Non va trascurata peraltro l'importanza economica dell'assistenza ai terminali, se è vero (come è stato documentato in numerosi studi anche italiani) che è la prossimità alla morte e non l'età anagrafica il principale *driver* della spesa sanitaria attuale e futura.

*Tabella 4 - Percentuale di deceduti a domicilio, per intensità di assistenza domiciliare negli ultimi 3 mesi di vita*

		Popolazione	% decesso a domicilio
Totale		350	24,9
Numero di visite dell'Ip (ultimi 3 mesi)	0	158	8,2
	1-3	72	19,4
	4-12	54	37,0
	>12	66	60,6
Numero di visite del Mmg (ultimi 3 mesi)	0	218	16,1
	1-3	41	26,8
	4-12	56	35,7
	>12	35	60,0

*Tabella 5 - Percentuale di pazienti terminali, con almeno un accesso al Pronto soccorso negli ultimi 3 mesi di vita*

	Accessi (ultimi 3 mesi)	Almeno un accesso al Ps	%	Totale
Mmg	Nessuno	161	73,9	218
	1-3	29	70,7	41
	4-12	39	69,6	56
	>12	17	48,6	35
Infermiere	Nessuno	119	75,3	158
	1-3	57	79,2	72
	4-12	33	61,1	54
	>12	37	56,1	66
Totale		246	70,3	350

In una coorte annuale di 350 deceduti per cancro (Ulss 4, 2004) si può rilevare come i livelli di decesso a domicilio (tabella 4) e di accesso al Ps – Pronto soccorso – (tabella 5) negli ultimi 3 mesi di vita (24,9% e 70,3%, rispettivamente) siano fortemente influenzati non solo dal sesso, dall'età, dalla numerosità della famiglia e da fattori clinici, ma anche – e in maniera assai cospicua – dall'offerta di servizi di assistenza domiciliare (espressi come numero di accessi del Mmg e dell'Infermiere professionale – Ip – negli ultimi 30 giorni di vita).

### 8. *Conclusione*

Il Veneto ha rappresentato storicamente un modello originale e coerente di assistenza integrata pubblica, sia sociale che sanitaria. La crisi del *welfare* – almeno nella forma in cui l'abbiamo fin qui conosciuto – e la pressione demografica sollecitano anche questo modello ad una profonda revisione delle *missions*, dei modelli organizzativi e dei criteri gestionali; anche in campo socio-sanitario non è più possibile pensare nei fatti ad un modello integralmente pubblico di erogazione del servizio. Nel ridefinire il proprio mandato il sistema pubblico dovrà quindi stabilire delle priorità, che comprenderanno certamente la presa in carico dei casi più gravi e di quelli che non possono essere assistiti dalla famiglia, nell'ottica di «patto di servizio» più volte richiamata. La partecipazione diretta degli operatori territoriali (Mmg, infermieri, operatori dell'Ad) alla produzione e alla lettura di dati routinari di valutazioni e di pratica assistenziale può in questo quadro rappresentare un'opzione non secondaria per interpretare bisogni e soluzioni in rapido mutamento e per valutare la copertura e l'efficacia dei servizi resi alla popolazione.