

Giornata di studio PPS del 5 settembre 2001

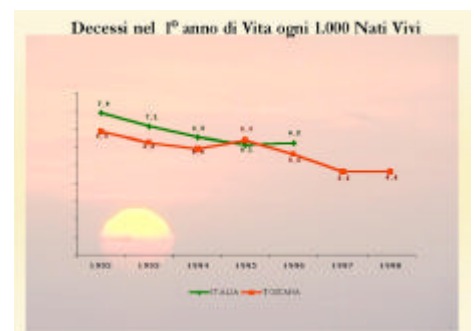
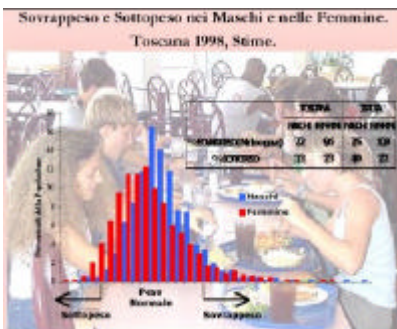
Sintesi della Relazione della Dott.ssa Eva Buiatti

Osservatorio di epidemiologia, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Il Profilo di Salute della Provincia di Modena è caratterizzato dalla completezza nell'espressione delle diverse problematiche legate alla salute; ciò è determinato dal fatto che questo profilo nasce per i Piani per la Salute ed è finalizzato ad essi. I Piani per la Salute si basano sul presupposto che la salute è un bene che deriva dall'interazione di diversi fattori e determinanti; il fatto che il profilo sia finalizzato ai Piani per la Salute è un dato originale, caratteristico di questo territorio e di questo profilo. Spesso infatti i profili pongono difficoltà di finalizzazione: vengono fatti, ma ci sono difficoltà a capire per che cosa serviranno successivamente.

Io porto l'esperienza della regione Toscana che non è immediatamente confrontabile con quella della Provincia di Modena per diversi motivi: si tratta di un'esperienza regionale, per cui cambia il punto di vista; inoltre in Toscana siamo più indietro sulla tematica dei Piani per la Salute rispetto all'Emilia Romagna (nel prossimo PSR questo tema verrà affrontato, io spero, con obiettivi anche di concretezza). Ciò nonostante, penso sia utile discutere insieme dell'esperienza che noi stiamo portando avanti.

Siamo partiti da un profilo di salute, che nel nostro caso si chiama *ritratto*; esso è a carattere regionale ed affronta diversi temi. A titolo esemplificativo, possiamo citare alcune tavole riferite

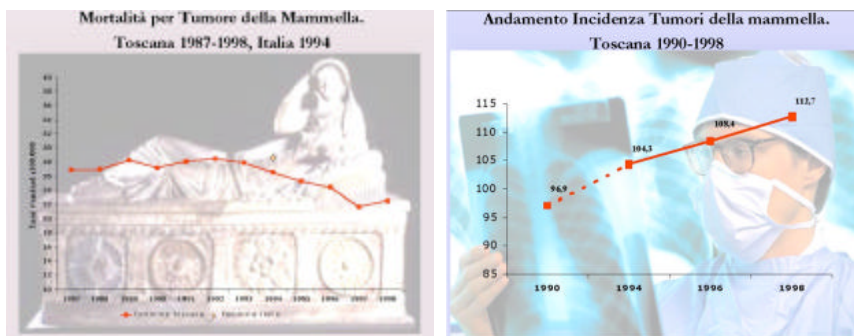


agli stili di vita (peso), alla speranza di vita, ad aspetti generali di salute ed alla mortalità infantile.

In generale il nostro profilo di salute, così come quello modenese, mostra una situazione positiva perché la regione Toscana è in condizioni di salute generali migliori o almeno uguali (in rarissimi casi peggiori) rispetto al livello nazionale.

In alcuni casi, la semplice descrizione dei dati di salute permette di fare anche dei ragionamenti di contenuto. Ad esempio, considerando la mortalità per tumore della mammella, si osserva un andamento temporale in diminuzione soprattutto a partire dall'inizio degli anni '90; al contrario

l'andamento dell'incidenza di questa patologia, nello stesso periodo, cresce in misura notevole; parallelamente aumenta la sopravvivenza.

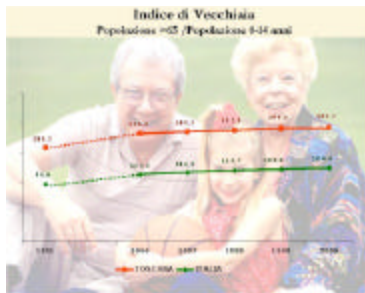


Ecco a livello di popolazione l'effetto della diagnosi precoce, dello screening per il tumore della mammella. L'approccio puramente descrittivo usato in questo esempio permette di fare qualche ragionamento, se non sulla programmazione dei servizi, quanto meno sull'impatto a livello di popolazione che i servizi o la nostra organizzazione complessiva dei servizi possono avere sulla salute. Lo strumento descrittivo dà delle informazioni anche su quello che stiamo facendo, non sempre di facile lettura e non sempre così vicine, come in questo caso, all'articolazione della programmazione dei servizi che devono essere migliorati o cambiati. Nonostante questi spunti (ce ne sono diversi anche all'interno del Profilo di Salute della Provincia di Modena) che qua e là si trovano sulla relazione tra ciò che noi facciamo come sanità, ciò che fa l'insieme dell'organizzazione del territorio e i dati di salute, rimane il fatto che tra i dati descrittivi e le decisioni esiste una difficoltà di rapporto: esistono dei passaggi che non sono così facili da comprendere e da identificare.

Dopo la produzione del ritratto, quindi, abbiamo tentato, come voi, di andare avanti: ci è sembrato che questo non potesse avvenire se non individuando le priorità, cioè ponendo l'occhio su aspetti particolari. E' difficile fare un passo avanti su tutto contemporaneamente, non credo sia possibile; penso che sia necessario entrare in un tema, come se si prendesse la lente d'ingrandimento per osservare più dettagliatamente ciò che è scritto alle pagine 98 e 99 del Profilo di Salute della provincia di Modena a proposito degli anziani. Questo comporta che prima si sia deciso quali temi devono essere approfonditi (e mi pare che voi abbiate già fatto questo passaggio), perché saranno quelli su cui noi intendiamo intervenire prima. La individuazione delle priorità non nasce certamente dai profili.

Dopo la individuazione delle priorità bisogna prendere le tematiche specifiche e fare qualcosa di più dal punto di vista dei dati, se questi vogliono essere ancora più utili alle decisioni ed alla programmazione. Anche noi abbiamo in tutta la Toscana, come in provincia di Modena, una composizione per età della popolazione molto spinta verso le fasce degli anziani. L'indice di

vecchiaia ha un andamento crescente ed è molto più alto di quello nazionale; abbiamo una proporzione di ultra 65enni che è molto elevata, intorno al 22% in tutta la regione.



La colonna portante:

l'integrazione fra servizi sociali e sanitari

Al governo regionale è sembrato che questo tema andasse affrontato con una certa accelerazione rispetto alla nuova programmazione per gli anni 2002-2005. Abbiamo quindi lavorato su un documento epidemiologico che affrontasse la tematica degli anziani tentando di mettere in correlazione (in modo dettagliato) bisogni e servizi ai fini della programmazione. Nel ritratto di salute si mostrava l'andamento dell'indice di vecchiaia; si diceva che la Regione ha fatto della scelte politiche sull'assistenza e sull'appoggio agli anziani e, in particolare, la colonna portante della politica regionale è l'integrazione socio-sanitaria.

Si diceva inoltre che, su tutta la tematica dei gruppi di popolazione con particolari bisogni, c'è un'altissima incertezza delle stime di questi bisogni; infatti nel ritratto della Toscana c'era un riquadro con tutti questi interrogativi:

Le stime sono incerte ed imprecise:

- Utente psichiatrica: 70.000?
- Portatori di handicap fisico: 70.000?
- Tossicodipendenti da eroina: 15.000?
- Anziani totalmente non autosufficienti: 25.000?
- E quelli gravemente non autosufficienti: 15.000?
- Anziani affetti da demenza di vario grado: 50.000?
- Di cui affetti da Alzheimer lieve, medio o grave: 20.000?

quanti saranno in Toscana gli utenti della psichiatria? Non è chiarissimo. I portatori di handicap fisico forse sono intorno ai 70.000, i tossicodipendente sono più o meno 15.000, gli anziani non autosufficienti grossomodo potrebbero essere 25.000 e così via.

Quantificare e qualificare i bisogni:

- Per programmare i servizi
- Per dividere correttamente le funzioni
- Per favorire e mantenere l'integrazione delle persone nel loro contesto sociale

Avevamo notato che c'era una difficoltà conoscitiva sul bisogno in questi settori; quindi bisognava quantificare e qualificare i bisogni (caratterizzarli) per programmare i servizi, dividere le funzioni correttamente, permettere e mantenere l'integrazione delle persone nel loro contesto sociale.

Come abbiamo proceduto?

	Popolazione al 31/12/1999			Proiezione al 2005		
	65-74	75+	65+	65-74	75+	65+
Femmine	225.222	229.968	455.190	226.259	249.031	475.288
Maschi	186.218	132.022	318.240	189.833	148.477	338.310
Totale	411.440	361.990	773.430	416.088	397.510	813.598

Innanzitutto abbiamo rivisto (voi in provincia di Modena l'avete già fatto) sia la dimensione della popolazione anziana divisa per classe d'età, sia la proiezione della stessa nel futuro, ovvero nell'arco di

tempo di applicazione del nuovo PSR, suddividendo analiticamente per le varie Aziende Sanitarie. E' emerso che gli ultra65enni sono attualmente circa 800.000 ed aumenteranno di un 40.000 circa

quasi esclusivamente le fasce d'età molto anziane; questo è un fenomeno demografico che poi vedremo meglio. Gli ultra75enni sono quelli che spiegano tutto l'aumento nei sei anni compresi in questa proiezione.

A questo punto abbiamo utilizzato tre studi epidemiologico di coorte:

- studio epidemiologico ILSA (che anche voi avete usato nel Profilo di Salute della Provincia di Modena)
- In Chianti
- Icare Dicomano.

I ricercatori sono stati disponibili a darci le informazioni su tutti i singoli soggetti (senza nomi e cognomi) che stavano nei loro studi. Quindi noi abbiamo fatto un'analisi *pooled*: li abbiamo messi tutti insieme ed abbiamo ottenuto così un'ampia fetta di anziani toscani, sui quali si sapevano molte cose.

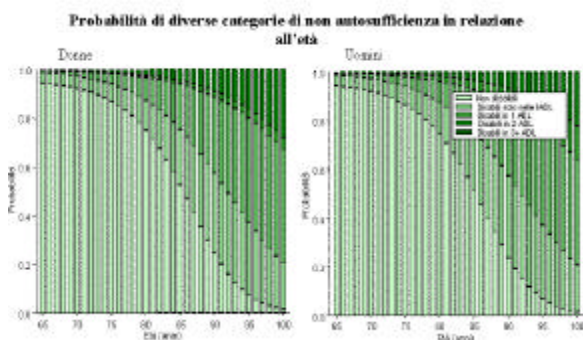
Analisi "pooled" di tre studi di coorte:
In Chianti
Icare Dicomano
Ilsa

Categorie di disabilità negli studi di coorte

- 1) Soggetti autosufficienti, comprendenti anche coloro che sono disabili in 1 o 2 IADL;
- 2) Soggetti disabili in 3 o più IADL ma autosufficienti in tutte le ADL;
- 3) Soggetti disabili in 1 ADL;
- 4) Soggetti disabili in 2 ADL;
- 5) Soggetti disabili in 3 o più ADL, che sono i più gravi per i quali si assume la necessità di assistenza continuativa.

Abbiamo usato due scale di valutazione delle condizioni di salute degli anziani: IADL e ADL. La IADL misura la capacità della persona di agire nella vita quotidiana di relazione (come andare al bar, leggere il giornale, amministrare le proprie finanze); la ADL indaga delle funzioni molto più di base della vita quotidiana (ad esempio, alzarsi dal letto, mangiare da soli,

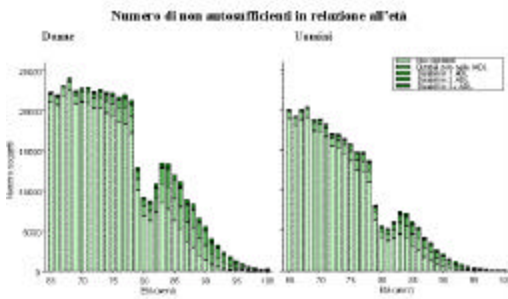
ecc.). Abbiamo quindi detto che, quando c'è un problema di scala IADL, il bisogno che questo esprime è un bisogno di compagnia, di socializzazione, di aiuto saltuario per uscire fuori casa e di relazione con un volontariato attento e qualificato. Quando invece ci sono problemi di scala ADL, la persona non è completamente autosufficiente. Queste scale IADL e ADL ci permettono di qualificare il bisogno, agganciando la situazione della singola persona direttamente a quello che gli necessita.



Abbiamo così realizzato un grafico, diviso per sesso, in cui le diverse gradazioni di colore indicano la probabilità in funzione dell'età di essere autosufficiente completamente o di diventare sempre più gravemente non autosufficiente. A 100 anni c'è un numero molto piccolo di persone che rimane totalmente autosufficiente; nella fascia di età da 95 a

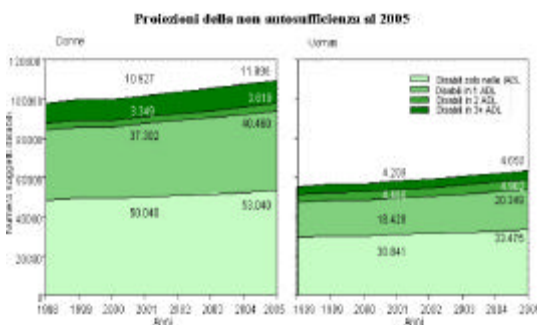
100 anni diventa molto grande il numero delle persone che hanno perso una serie di funzioni. Inoltre il grafico mostra che a nessun'età vi è una condizione di completa perdita

dell'autosufficienza; la prevenzione della non autosufficienza consiste proprio nell'allargare l'area rappresentante la quota di anziani ancora autosufficienti (si può "rettangolarizzare" l'area dell'autosufficienza): questo è il grande margine della prevenzione.



Queste figure probabilistiche diventano poi dei numeri. Per ciascuna età in anni nei maschi e nelle femmine si può vedere la composizione della popolazione; si osservano così gli effetti delle coorti di nascita (basse) nella prima guerra mondiale, delle morti in quel periodo e della spagnola. Ciò determina che oggi l'aumento della popolazione anziana non sia così marcato come sarebbe

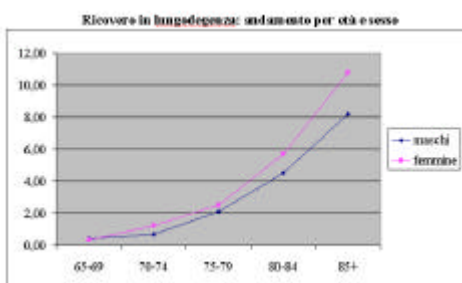
stato se non si fossero verificati quei fenomeni; l'aumento è calmierato dalle condizioni demografiche che stanno intorno all'inizio del secondo decennio del secolo scorso e che determinano un certo appiattimento dell'aumento degli anziani. E' stato poi riportato il numero di disabili nelle diverse fasce di bisogni. Questo è stato fatto a livello regionale e poi di singole Aziende, per cui ad ogni Azienda Sanitaria è stato dato il numero di persone con diversi gradi di disabilità (dati riferiti al 1999).



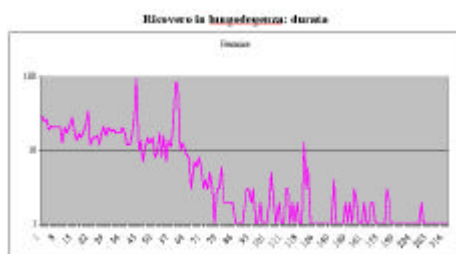
Abbiamo poi calcolato le proiezioni al 2005: partendo dalle proiezioni della popolazione, riusciamo a dire il numero di anziani che nel 2005 saranno in condizioni diverse di disabilità suddivisi in femmine e maschi. Quindi abbiamo anche una proiezione sul futuro di quello che ci si può aspettare in termini di numerosità dei disabili.

A questa parte sull'analisi del bisogno, abbiamo affiancato i servizi; abbiamo tentato di andare nel dettaglio, raggiungendo delle conclusioni sui diversi tipi di servizi (RSA, assistenza domiciliare),

con l'ottica di capire il numero di utenti e la loro tipologia.



Per esempio, relativamente alla lungodegenza (che da noi sono le case di cura private e convenzionate), le persone che stanno in queste strutture sono tutte anziane e la durata della degenza cresce all'aumentare dell'età. E' così emerso un dato interessante: osservando la durata della lungodegenza



in giorni nella nostra popolazione, si osserva che quella che viene chiamata "lungodegenza ospedaliera" (perché viene effettuata in strutture ospedaliere) in realtà, in certi casi, dura

tutto l'anno; quindi ci sono persone che stanno in casa di cura con trattamento "ospedaliero" probabilmente per tutta la loro vita residua. Questo è un esempio di come un'analisi dei servizi rispetto alla tipologia dell'utenza può far emergere alcune situazioni che possono essere di non appropriatezza, consentendo quindi di apportare delle correzioni.

Impegno pubblico per gli anziani			
Tipologia Servizio	N. strutture	N. utenti	Spesa sanitaria (L. 10.000.000)
Residenziale	361	14.116	186.900
Assistenza domiciliare		4.054	679
Ass.Domiciliare integrata (ADI)		5.818	5.544
Centro diurno	50	684	4.885
Totale (acc.)	411	24.900	198.000
Autosuff.		10.200	
Non autosuff.		14.700	
		N. ricoveri	Valore
Os. Comunità	4	955	
Livello dipendente		2.126	55.540
Riduzione		3.595	47.653
Ric. Poveri ospiti		4.100	35.595

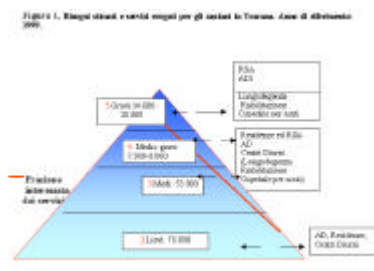
E' stato possibile perciò riassumere, sul piano dei servizi, la tipologia delle strutture (residenziale, assistenza domiciliare, assistenza domiciliare integrata, centro diurno, ospedaliero di comunità), la loro numerosità, il numero di utenti serviti in un determinato anno ed anche la spesa in termini orientativi, che mostra la relazione tra le tipologie di spesa pubblica in favore

degli anziani e le strutture specifiche (qui non parliamo di spese dell'ospedale per acuti). Questo spiega dove ha puntato fino ad oggi il grosso dell'impegno pubblico per gli anziani.

Quantificazione delle categorie di disabilità in relazione con i corrispondenti bisogni prevalenti.

Categorie funzionali	Numero	Bisogni prevalenti
1. soggetti "indipendenti"	620.000	Adeguate tessuto sociale e di relazione
2. soggetti disabili in 3 o più IADL, ma ancora autosufficienti nelle ADL	78.000	AD, residenze a bassa intensità assistenziale
3. soggetti disabili in una sola ADL	53.000	AD, ADI, Centri diurni, Residenze a bassa e media intensità assistenziale
4. soggetti gravemente disabili (disabili in 2+ ADL)	7.000-8.000	ADI, Centri diurni, residenze a media intensità assistenziale
5. soggetti gravemente disabili (disabili in 1+ ADL)	14.000-20.000	ADI, Residenze per non autosufficienti.

Nella parte conclusiva si è tentato di agganciare i bisogni ed i servizi dicendo: "questi sono i numeri di anziani che abbiamo per tipologia di disabilità, quali sono i loro bisogni rispetto alla distribuzione di servizi?" Innanzitutto ci siamo chiesti come si potrebbe rispondere a queste tipologia di disabilità in termini di tipologia di servizio e poi siamo andati a vedere cosa stiamo facendo nella realtà.



Abbiamo così costruito la **piramide della disabilità**, in cui sotto ci sono i disabili lievi (sono la base più larga e questo è ovvio perché il numero di disabili tende a diminuire all'aggravarsi della situazione) e in punta ci sono i disabili gravi; una riga rossa a lato consente di distinguere a destra quelli che sono serviti dal Servizio Sanitario pubblico ed a sinistra quelli che non lo sono, o

che perlomeno dal punto di vista della numerosità non risultano toccati dal Servizio Sanitario pubblico. E' evidente che la parte di sinistra è enormemente più grande di quella di destra; credo che questo sia vero, non solo in Toscana, ma in generale. C'è però un aspetto da notare che fa sì che l'immagine non sia così terrificante: non bisogna pensare che a sinistra non ci sia nulla (questa gente non è per la strada); a sinistra ci sono le famiglie, ci sono il tessuto sociale, il tessuto amicale ed il tessuto familiare. Noi non vogliamo che il Servizio Pubblico si sostituisca alle famiglie; l'obiettivo non è quello di invadere completamente l'area della piramide che sta alla sinistra della riga rossa. Se vogliamo fare programmazione, non credo che ci debba porre questo obiettivo; però è

anche vero che, se guardiamo la forma della riga rossa, si osserva un rovesciamento della piramide: mentre la piramide del bisogno ha la base in basso e la punta in alto, la piramide dei servizi ha la base in alto e la punta in basso, perché il servizio pubblico si è sostanzialmente impegnato sulla residenza per non autosufficienti. Questo è quello che emerge sia sul piano economico, sia sul piano della quantità stesse delle persone assistite. A causa di ciò, se poi si mette accanto alla residenza per non autosufficienti anche la lungodegenza e tutte le altre forme di residenza per non autosufficienti, si osserva che una parte di anziani, che non aveva bisogno di quello ma non riusciva ad avere altro (cioè non aveva punti di riferimento più duttili più elastici), è andata a finire nella residenza; se invece avesse avuto punti di riferimento più duttili, avrebbe potuto rimanere a casa. Quindi abbiamo un rovesciamento della piramide dei servizi ed un'inappropriatezza parziale della presenza di anziani all'interno dei servizi "più pesanti", perché in Toscana non siamo ancora riusciti a dare all'interno della parte inferiore della piramide (cioè agli anziani con disabilità lieve) quell'appoggio che permette di evitare questo fenomeno. Tenendo conto del fatto che, in linea di principio, dal punto di vista del bisogno, non esiste bisogno di disabilità che non possa essere trattato a domicilio se a domicilio ci sono le condizioni per farlo (a meno che non si tratti di un bisogno acuto che viene trattato in ospedale per acuti), allora l'obiettivo diventa una risistemazione della distribuzione dei servizi rispetto ai bisogni.

La riorganizzazione ed il riequilibrio dei servizi per anziani

Aspetti generali

Dalle analisi condotte e riportate nelle sezioni precedenti abbiamo tratto alcune considerazioni sulle trasformazioni della rete dei servizi per gli anziani che sarebbero necessarie affinché le prestazioni offerte siano più adeguate ai bisogni espressi dalla popolazione. I principi generali a cui questa proposta si ispira sono:

- Universalità dell'offerta
- Equità di accesso
- Differenziazione delle risposte in base al bisogno espresso
- Appropriatozza dell'offerta rispetto ai bisogni
- Riequilibrio fra i settori di intervento
- Integrazione dei servizi sociali e sanitari sulla base della effettiva natura dei bisogni.

Specificamente, la proposta riguarda i seguenti settori:

- RSA e Residenze
- Lungodegenza
- Riabilitazione
- ADI
- AD
- Prevenzione

Anziano fragile

Progetti di comunità per AD ed ADI

Valorizzazione attività territoriali

Nuove residenze

Programmi assistenziali e sistema "RUG"

Nella nostra proposta pensiamo di permettere ciò sia allargando la base sia rendendo molto più duttile ed elastico il sistema di appoggio anche all'anziano con grave non autosufficienza. Questo fatto ha portato ad una complessiva ridefinizione sia di cosa s'intende per residenza, sia di come questa viene valorizzata e quindi al superamento delle rette ed all'individuazione dei programmi assistenziali individuali come punto cardine dell'assistenza residenziale agli anziani.

Questo lavoro dunque ha previsto diversi passaggi: individuare delle priorità, entrare nel merito di una priorità ed utilizzare di nuovo i dati per permettere a questa priorità di aprirsi come un libro, per sfogliarne le pagine, capire cosa contiene e, per il versante sanitario, cosa si può fare. Dalla lettura di questi dati,

esce quindi la proposta dal versante sanitario sulle strutture sanitarie. Anche se in Toscana siamo più indietro sul tema dei PPS, anche nella nostra proposta, tutta la parte sinistra della piramide dei

bisogni (quella non coperta dai servizi) richiama immediatamente l'integrazione, l'interazione e i piani territoriali per la salute. Nel Piano Sanitario riprenderemo questo argomento.