

PREVENIRE LA DECADENZA DELL'ANZIANO E' PRIORITA' DELLE CURE PRIMARIE

In vista dell'avvio dei fondi per arginare la disabilità, un medico di famiglia, un ingegnere e un esperto di qualità analizzano i mix di interventi sociosanitari atti a prolungare l'autosufficienza e studiano come il medico di famiglia possa guidare la "macchina".

Mauro Miserendino

Lei è una donna di 77 anni, una paziente vedova, tranquilla, ma depressa, reduce da un infarto e da una caduta (deve prendere 15 farmaci al giorno) con deficit di memoria crescenti, a stento riconosce la porta di casa sua. E la porta del fratello, un uomo di 80 anni, robusto e autosufficiente – l'unica persona con la quale ha relazioni quotidiane –, che la aiuta nelle faccende burocratiche. Lo farà finché può: ha un pacemaker, uno scompenso cardiaco, una broncopneumopatia e problemi neurologici e urologici. Chi deve considerare più grave il medico di famiglia? E che deve fare? Limitarsi alla prescrizione magari "condita" dalla telefonata del collaboratore, il giorno prima, per consegnare la ricetta in tempo, o riconoscere che

Il libro viene dalla medicina generale: è una via italiana per misurare la fragilità "per volumi e forme" degli handicap individuali e della patologia percepita.

Alberto De Tonia
Francesca Giacomelli
e Stefano Ivis
sono gli autori
del libro "il mondo
invisibile dei pazienti
fragili"
(Ed. Utet - 41 euro)



c'è ancora qualcosa da fare, prevenzioni da attivare in questi "stati di guerra permanente" rappresentati dai sempre più numerosi anziani? In questo secondo caso, come muoversi? Un medico di famiglia veneto, Stefano Ivis, con il preside della facoltà di Ingegneria dell'Università di Udine Alberto De Tonia e con l'esperta di Assicurazioni Generali Francesca Giacomelli hanno provato a dare la seconda risposta sulla scorta delle esperienze assistenziali fiorite in Veneto negli ultimi anni. Il Veneto delle "quaranta Utap", Unità di assistenza primaria; delle medicine di gruppo forti, degli infermieri di studio: Ivis è il direttore scientifico di un'Utap; nella sua zona gli anziani sono tanti, spesso soli o in condizioni di cui essi stessi raramente ravvisano la gravità generale; che non è solo nella diagnosi o nella

il mio paziente

prognosi, ma anche nella perdita di relazioni, nelle amnesie della società. Da medico di famiglia, ha deciso di calcolare l'entità di queste "gravi situazioni", di misurarle affinché i suoi "vasi di cocchio" e quelli dei suoi colleghi vadano in frantumi il più tardi possibile. Ne è uscito "Il mondo invisibile dei pazienti fragili", un libro utile per lo studente di medicina generale, per il medico di assistenza primaria, per il manager, ma leggibile anche da un non-addetto-ai-lavori; capace di abbracciare e ribaltare sale di valutazione internazionali con scientificità e insieme semplicità, e al tempo stesso di scattare una fotografia attuale della sanità italiana, di prevedere scenari di intervento e tutto senza mai dimenticare il numero uno, il malato.

FRAGILITÀ E DISABILITÀ, I DISTINGUO

La fragilità è concetto più complesso della disabilità. La disabilità è l'incapacità di eseguire normali attività quotidiane, invece tra i fragili abbiamo anche autosufficienti. La fragilità, del resto, è la tendenza di alcuni materiali a rompersi bruscamente senza preavvisi eclatanti. Per gli anziani è la perdita di capacità funzionali in modo irreversibile. I fragili non sono malati cronici, anche se presentano talora malattie croniche; spesso assommano piccole malattie che fanno un grande problema. Se lamentano solo compromissioni correlabili a un declino funzionale vanno dal medico in studio; se aumenta l'incidenza di sindromi geriatriche, o sono reduci da un ictus lieve, chiedono la visita a casa. E se non autosufficienti a volte finiscono nelle Rsa, esista o meno uno spiraglio per rovesciare il quadro clinico. Pur non essendo disabile, un 60 per cento dei fragili riferisce al medico di aver notato difficoltà nelle abilità tecniche della vita quotidiana e circa metà di quest'ultimo gruppo non può eseguire le normali attività quotidiane.

Ma quand'è che un anziano diventa fragile? E come si può prevenire o anticipare un danno apportatore di fragilità irreversibile? E... dopo?

Il paziente ha connotati abbastanza frequenti. Sono clinici come la perdita di peso, la debolezza muscolare, la sensazione di spossatezza, la bassa velocità di cammino, il basso livello di attività, la perdita di massa muscolare. E antropologici, come la mancanza di supporti sociali e di relazioni.

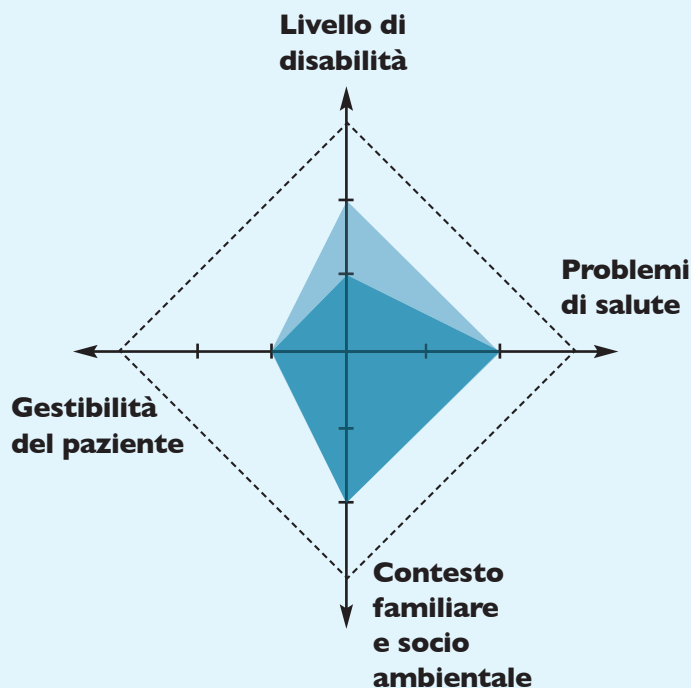
Studi canadesi, anglosassoni, scandinavi e israeliani hanno tentato di misurarne le intensità delle fragilità, di vedere come si legano tra loro; ma gli autori del libro cercavano un modello italiano, più aderente alle situazioni diverse rappresentate dai loro assistiti, comprensive di problematiche provenienti dal conte-

Valutazione su base regionale

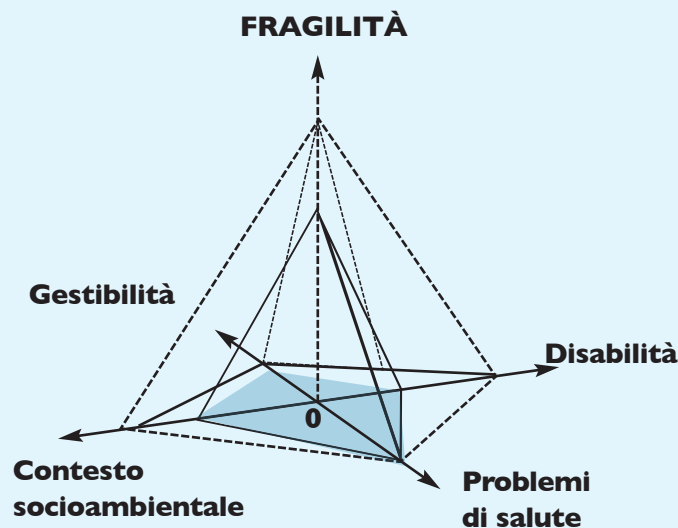
All'origine della metrica di valutazione della fragilità presentata nel libro di Ivis, ci sono le Schede di valutazione multidimensionale utilizzate nelle sanità avanzate. Le più usate (S.Va.M.A.) utilizzate tradizionalmente in Veneto (in altre regioni prendono anche nomi diversi), sono suddivise in quattro diverse aree della condizione di non autosufficienza, rappresentabili graficamente come assi incrociati, e di qui le famose "basi" delle piramidi della fragilità in cui si combinano i diversi punti di debolezza di un anziano. Il rapporto sulla non autosufficienza 2010 ricorda che il progetto "Mattoni" elaborato dal ministero della Salute nel 2002, costituisce un'importante iniziativa per lo sviluppo di un sistema di lettura della condizione di non autosufficienza in Italia. Nell'ambito del progetto è stata promossa la convergenza fra i sistemi di valutazione multidimensionali più consolidati (S.Va.M.A., Rug, Aged) in un sistema di lettura univoco. La nuova "metrica interoperabile" è stata sperimentata in Veneto e Liguria e quindi inserita nel decreto del 17 dicembre 2008 del ministero del Lavoro, che obbliga tutte le regioni a dotarsi di sistemi di valutazione. In Liguria opera dal 2009 un'intesa ministero del Lavoro-Regione per realizzare un sistema informativo che archivi tutti gli accessi e le valutazioni dei Servizi sociali per le non autosufficienze (Sina). Il sistema informativo in questione è imperniato sul principio della "profilazione", dove si mettono in relazione aspetti personali (la mobilità, le capacità cognitive, il livello di autonomia personale, i problemi comportamentali) con aspetti sociali (tenuta della rete familiare, capacità di reddito), descrivendo diverse tipologie di anziano che accedono all'assistenza domiciliare o all'assistenza residenziale; ciascun asse è stratificato, come nello schema veneto, in tre livelli di intensità del problema.

sto familiare e dall'anamnesi. Il gruppo ipotizza alla fine numerose combinazioni di modelli tridimensionali diversi tra loro, rappresentabili sotto forma di piramide quadrangolare (talora triangolare). Che quanto più è voluminosa tanto più rappresenta una fragilità importante, difficilmente reversibile. Ogni sintomo clinico mostrato al medico – una tosse secca, un'infezione urinaria – diviene apprezzabile non solo attra-

Metrica di una caduta in casa



La fragilità percepita in un paziente, che parte da standard omogenei alle schede di valutazione multidimensionali, è rappresentata da quattro determinanti di disagio percepite all'esterno (gradi di abilità, patologie presenti, gestione e capacità relazionale) misurabili in tre livelli di gravità, più è ampia l'area più in sostanza è grave il paziente. Ma basta una caduta (qui rappresentata in modo semplicistico dall'area grigia) ad ampliare il livello di disabilità e, di molto, l'area conseguente.



Gli standard utilizzati nel volume sono peraltro anche una sintesi delle ricerche internazionali pubblicate in materia. Da sola, l'area dei quadrilateri che rappresentano la fragilità "oggettiva" non sempre è in grado di fotografare il reale stato di gravità del paziente. Per definire eventuali priorità entra in gioco l'altezza - cioè la fragilità complessiva percepita dall'osservatore - che dà il volume di una piramide che, se a base quadrata di lato pari a 3, rappresenta lo stato di terminalità.

verso criteri empirici ma anche in base all'entità delle cause della fragilità di quel paziente.

Gli autori individuano per ciascun paziente quattro determinanti della fragilità:

- problemi di **disabilità** (non autosufficienza parziale o totale, deficit di memoria o di equilibrio);
- problemi di **salute** (presenza di malattia cronica, tipo di prognosi, compresenza di depressione);
- problemi di **gestibilità** (lavarsi, fare la spesa, avere a casa le medicine)
- problemi di **contesto familiare o sociale** (presenza o meno di consorte o di badante).

Per ognuna delle quattro determinanti - rappresentabili come lati di un quadrato - sono individuati tre livelli di gravità. La forma del quadrilatero ricavabile misurando gli stati del paziente sul quadrato costituito dai determinanti della fragilità rappresenta più i bisogni di quel paziente che la sua effettiva gravità: però, se il paziente fosse rappresentato dall'intero del quadrato sarebbe "nel massimo" della fragilità, come avviene nel quadro pre-morte.

Per riproporzionare l'entità della fragilità a un'effettiva misura di grandezza, si utilizza una terza dimensione, l'altezza, sulla quale appunto si riporta - sempre su una scala di gravità da zero a tre - il valore della fragilità effettivamente percepita per quel paziente dal medico di famiglia o dall'équipe di valutazione. Ognuno di noi, teoricamente, quando entra in una cronicità - non la minima, magari - diventa così un punticino in quel quadrato, e può dare luogo a una piccola piramide che buoni stili di vita, farmaci, chirurgia, ma più avanti anche un'assistenza sociosanitaria mirata, devono sforzarsi di non far crescere.

E qui entra in gioco la parte più innovativa del libro: si può classificare non solo i pazienti fragili ma anche i modelli di assistenza offerti loro dalle regioni. Ogni piramide individuata rappresenta un mix di bisogni e urgenza. Nel libro si riclassificano le risposte dell'assistenza primaria secondo gravità, dall'assistenza ambulatoriale a quella domiciliare alla residenziale; si censiscono le risposte del territorio, dalla badante alle Utap con i loro singoli fattori produttivi, dal personale dell'Asl alle strutture di ospitalità, agli ospedali per acuti. E si ricavano cinque classi di integrazione degli operatori che richiedono un differente impegno per il medico di famiglia, il quale però può con ruoli diversi, nella modalità organizzativa più complessa che gli venisse autorizzata, riempire tutte e cinque le caselle ricavare. Ne deriva un modello di classificazione anche qui quadrangolare, uno spazio bidimensionale un po' paragonabile a quello della battaglia

Anziani non autosufficienti seguiti dal sistema sociosanitario

ASSISTENZA CONTINUATIVA A TITOLARITA' PUBBLICA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

REGIONI ITALIANE	% Anziani utenti dei servizi	% Anziani utenti di strutture	% Posti letto socio-assistenziali	% Anziani utenti ADI	Ore ADI medie annue effettuate	% Spesa Adi sulla spesa sanitaria
Friuli Venezia Giulia	17,4	7,6	20	7,2	23	3,15
Emilia Romagna	12	4,4	30	5,7	23	1,94
Veneto	11,8	4,6	19	6,4	14	1,11
Molise	10,2	2,5	22	3,7	12	0,7
Liguria	9,6	5,2	6	3,2	25	0,93
Lombardia	9,1	3,8	3	3,6	18	0,82
Piemonte	8,5	5,2	55	1,8	25	1,13
Abruzzo	8,1	1,9	30	3,6	33	0,86
Marche	7,9	3,1	43	3,9	28	1,66
Umbria	6,5	1,6	28	4,3	17	2,23
Lazio	6,4	1,4	60	3,8	21	-
Basilicata	5,9	0,6	61	4,3	44	1,37
Toscana	5,6	2,3	20	2,1	25	1,46
Sardegna	5,4	1,7	50	1,2	71	0,70
Sicilia	4,9	1,1	42	1	37	1,44
Calabria	4,8	0,6	29	2,7	17	0,37
Campania	3,7	0,6	70	1,6	59	0,38
Puglia	3,5	1,1	57	1,6	52	0,35
ITALIA	7,9	3	28	3,2	24	1,08

La regione con più anziani non autosufficienti utenti dei servizi sociosanitari è il Friuli Venezia Giulia che non ha un'alta percentuale di letti residenziali ma in compenso ha una spesa superiore per assistenza domiciliare. Alti livelli e bassi tassi di ospedalizzazione anche in Veneto e Molise. Le cose cambiano scendendo a Sud dove Puglia, Campania e Calabria hanno al 2008 una spesa bassa per Adi (la Puglia sarebbe risalita in questi ultimissimi mesi).

Fonte: L'assistenza agli anziani non autosufficienti – Rapporto 2009 – Maggioli Editore a cura di Network non autosufficienza

navale in cui ogni “paziente-piramide” può essere collocato. Ma al posto di ascisse e ordinate, numeri e lettere, abbiamo ancora una volta quattro coordinate: i pazienti classificati dall'UVG (non autosufficienti, acuti o con esigenze riabilitative); l'intensità assistenziale misurata sui bisogni di “quella piramide”; il carico relazionale necessario per assisterli (medio o alto) e l'intensità dell'eventuale ricovero occorrente.

Non riveliamo i passaggi intermedi, ma diciamo solo che alla fine i medici di famiglia veneti ipotizzano:

- un'Utapi “sostenibile”, non perché costa poco ma perché coinvolgibile in tutti i processi assistenziali che riguardano la fragilità;
- una scheda di valutazione multidimensionale riferi-

ta alla fragilità (Svafra) capace di misurare meglio parametri poco apprezzati dall'attuale scheda Svama;

- modelli di assistenza domiciliare integrata dedicati alle fragilità;

- una riflessione su obiettivi e compilazione del diario clinico estensibile a varie tipologie di malato.

Tuttavia l'ambizione non è parlare di tutti i pazienti. A Ivis & co basta ribaltare il pregiudizio secondo cui l'intervento assistenziale, più richiede dotazione o ricovero in strutture, più denota complessità. Non per nulla, accanto a una riflessione sulle sperimentazioni sull'anziano fragile fin qui svolte in Veneto, chiude il volume un capitolo dedicato alla fragilità interpretata secondo i principi della complessità.