

La salute dell'anziano tra cura e assistenza



Emanuele Scafato, Gino Farchi, Claudia Gandin e Donato Greco
Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, ISS

Riassunto - La definizione della domanda di salute e la qualità della conseguente assistenza sanitaria della popolazione anziana è uno degli argomenti di maggiore attualità nel nostro Paese ed in Europa. L'Italia che vede crescere costantemente la quota di anziani e che necessita di opportune strategie di ottimizzazione delle risorse assistenziali volte a mantenere adeguati i livelli di prevenzione, cura e riabilitazione dedicati a tale fascia vulnerabile di popolazione. Attualmente l'Italia destina più della metà della spesa farmaceutica e delle risorse sanitarie alla salute agli anziani nell'esercizio costante di garantire un'equa assistenza omogenea nelle differenti realtà territoriali, regionali e locali, e per le quali si registrano rilevanti gradienti demografici, di salute e di livelli assistenza. Il confronto tecnico tra gli studi scientifici disponibili, impegnativi ma diversi per modalità, obiettivi e costi, e la conseguente sintesi dei risultati conseguiti mirata a realizzare una integrazione mirata degli indicatori e delle banche dati derivati dalle differenti fonti è stato l'obiettivo principale di una giornata di lavoro presso l'Istituto Superiore di Sanità, il 7 maggio scorso, di cui il presente contributo rappresenta la sintesi.

Parole chiave: salute, assistenza, anziano

Summary (*Care and cure for the elderly*) - To define health demand and the quality of health care in the elderly is one of the major Public Health issues, in Italy as in Europe. Italy experienced during the last decades a constant increase in the number of elderly and a parallel need to draw renewed strategies aimed at the rationalization of the resources as well as the improvement of prevention, care and rehabilitation amongst the most vulnerable class of general population. Actually Italy devote more than half of the overall health expenditure and of the public health resources to the pharmaceutical budget linked to the elderly in the constant effort to ensure equity in the level of health care all over the different regional and local contexts; realities in which demographic as well as health and health care gradients were recently identified. The technical comparison between the scientific evidence, often related to different methodologies and aims, and the synthesis of a workshop held in the Istituto Superiore di Sanità, Rome, May 7, is the objective of this short report mainly focused on the need to realize an integration between available indicators and dataset according to the Public Health needs.

Key words: health, elderly, care

scafato@iss.it

Non molti anni fa, era l'anno 1999, le Nazioni Unite dedicarono all'anziano e ai diritti di una delle fasce più vulnerabili della popolazione un quadro di iniziative rivolte alla valorizzazione di interventi globali, sociali, sanitari, economici finalizzati alla promozione di una cultura e di strategie capaci di contrastare pregiudizi e abusati luoghi comuni che propongono l'anziano come un peso per la società. Nello stesso anno, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in occasione della Giornata Mondiale della Sanità propose alla

platea internazionale lo slogan "Active aging" (invecchiamento attivo) in omaggio a un rinnovato impegno sociale e sanitario della collettività e delle istituzioni a riconoscimento e supporto di realtà che si giovano, giorno dopo giorno, dell'insostituibile ruolo che gli anziani giocano nei confronti della società. Ruolo spesso esercitato nelle realtà più deprivate, più povere, nei confronti di chi soffre, familiari o conoscenti, e il cui impatto in termini economici o di risparmio per la collettività è ben lungi dall'esser stato mai calcolato. Ruolo, tuttavia svolto solo da alcune fasce di individui



e che raramente riescono a compensare le numerose, realtà quotidiane dominate da isolamento e inattività che, nonostante tutto, rappresentano una caratteristica diffusa del modo d'invecchiare della popolazione. Invecchiare attivamente può, effettivamente, fare la differenza in quanto riassume la necessità di preparare l'individuo, nelle diverse fasi della vita, a un invecchiamento che lo veda protagonista attivo e responsabile della propria salute, valorizzando gli aspetti della vita di relazione e della vita intellettuale dell'età anziana, quale preziosa risorsa per l'individuo e la società. Il problema è più che mai concreto in Italia.

Nel corso dell'ultimo ventennio la speranza di vita alla nascita in Europa si è incrementata e l'Italia, a tale riguardo, si propone come una delle nazioni con il più elevato guadagno di anni (in media ogni dieci anni la vita media si è allungata di circa tre anni) e una tra le poche con valori superiori alla media dell'Unione Europea; l'uomo italiano conta su una speranza di vita media di 76 anni (guadagnando circa 20 anni di vita rispetto all'inizio del Novecento), valore che sale a 82 anni per la donna (con un incremento di circa 25 anni).

Tale maggiore longevità solleva, tuttavia, una domanda legittima sulla qualità delle condizioni di salute che accompagna l'invecchiamento degli italiani; domanda alla quale le rilevazioni ISTAT danno una risposta eloquente: il guadagno ottenuto nel corso degli anni nella speranza di vita totale appare parzialmente ridimensionato se osservato attraverso l'indicatore di speranza di vita in buona salute, libera da disabilità. A fronte dei livelli conseguiti in Italia all'inizio degli anni '90, il prezzo pagato alla longevità è quantificabile in circa 3 anni di vita per gli uomini e 5 anni di vita per le donne vissuti in condizioni di disabilità.

Appare evidente che l'analisi di una tale complessa realtà chiami in causa un concetto che sembra destinato a dominare le politiche di welfare e non solo quel-

le esclusive della programmazione sanitaria: la speranza di salute è più importante della speranza di vita. Tale indicazione ribadita nell'ambito di tutte le recenti strategie di popolazione a livello internazionale (WHO Health21, European Union) coinvolge tutti i livelli istituzionali e le relative capacità di produzione e adozione di strategie da adottare nel Terzo Millennio per il miglioramento dello stato di salute e del benessere della popolazione. Strategie ispirate a principi a volte apparentemente astratti quali equità, solidarietà, coesione sociale ma che possono tradursi in obiettivi concreti attraverso la riduzione dei gradienti di mortalità, morbilità e disabilità tra gruppi di popolazione (nell'ambito della nazione, nell'ambito regionale, sino a giungere al livello locale) o attraverso la dotazione uniforme di servizi sociali e sanitari in grado di gestire, nello specifico, l'annoso problema dell'anziano e dell'assistenza dell'anziano "fragile".

Attualmente l'Italia destina più della metà della spesa farmaceutica e delle risorse sanitarie alla salute agli anziani nell'esercizio costante di garantire un'equa assistenza omogenea nelle differenti realtà territoriali, regionali e locali, e per le quali si registrano rilevanti gradienti demografici, di salute e di livelli assistenza.

A seguito dell'approvazione del Piano Sanitario Nazionale (PSN), che indica esplicitamente il miglioramento della salute dell'anziano tra le priorità da perseguire, è quanto mai attuale analizzare i risultati prodotti dalle più significative esperienze nazionali, scientifiche e sanitarie, che hanno fornito negli ultimi anni l'informazione specifica sui bisogni di salute dell'anziano e la cui analisi si propone di stimolare l'individuazione di strumenti *evidence based* e di stimolare la realizzazione di strategie di monitoraggio e gestione per una migliore assistenza socio-sanitaria dell'anziano.

Il confronto tecnico tra questi studi scientifici, impegnativi ma diversi per modalità, obiettivi e costi, e la conseguente sintesi dei risultati conseguiti mirata a realizzare un'integrazione mirata degli indicatori e delle banche dati derivati dalle differenti fonti ha rappresentato l'obiettivo principale del Convegno.

L'opportunità di analizzare contributi scientifici derivati dalle varie realtà quali quelle statistiche, cliniche, epidemiologiche e gestionali costituisce il valore aggiunto di una revisione del *know-how* disponibile e degli orientamenti da supportare a livello nazionale, regionale e di Azienda Sanitaria e di Distretto, anche e soprattutto nell'ottica delle recenti modifiche introdotte dal proposto modello di devoluzione in tema di Sistema Sanitario Regionale, degli indirizzi strategici definiti dal PSN e delle linee attuative concordate nei Livelli Essenziali Assistenziali (LEA).

L'indagine multiscopo ISTAT, che ha coinvolto migliaia di famiglie italiane, lo Studio ILSA del CNR-ISS

che da oltre 10 anni segue gruppi di popolazione anziana in un importante studio di coorte, la Rete Argento dell'Università Cattolica S. Cuore, che negli ultimi anni ha studiato approfonditamente i bisogni di salute dell'anziano, lo Studio Argento ISS, che in 11 Regioni ha rilevato su campioni di popolazione anziana i loro bisogni assistenziali, il progetto "Fabbisogno sanitario dell'anziano", due esperienze regionali, Veneto e Marche, che con metodi diversi, hanno analizzato i bisogni di salute dell'anziano, sono alcune delle fonti di informazione prese in esame e che hanno sottolineato, in linea generale, le differenze esistenti tra l'attuale offerta di assistenza ed i traguardi ottimali cui mirare.

Alcune salienti indicazioni emerse sono le seguenti:

- il 3% delle donne e il 2% degli uomini da 65 a 69 anni ha bisogno di assistenza quotidiana: questa percentuale sale al 25% nelle donne sopra gli 80 anni e al 18% negli uomini. A 65 anni una donna ha un'attesa di vita di 20 anni, metà dei quali li passerà in buona salute: simile il dato degli uomini (Studio ILSA);
- la qualità di vita percepita è molto diversa nel Paese, l'1% degli anziani di Bolzano si giudica in cattivo stato di salute contro il 24% dei napoletani della stessa età (Studio Argento ISS);
- la prevalenza di patologie croniche dell'anziano aumenta nel tempo di circa il 50% negli ultimi 10 anni (Studio ILSA);
- il costo dell'assistenza aumenta nel tempo e in funzione dell'età: aumenta il numero di anziani "utenti" e aumenta il costo sanitario dell'utente (Studio ILSA);
- nonostante l'offerta gratuita di vaccino antinfluenzale solo il 50% degli anziani si vaccina, in gran parte presso il medico di medicina generale; molto poco praticata la vaccinazione contro il pneumococco (Studio Argento ISS);
- grandi le differenze geografiche: l'anziano ha una salute diversa sia oggettivamente che soggettivamente: la disabilità media è del 12% dei 65enni al Centro e dell'11% al Sud e al Nord, mentre la disabilità grave si attesta nei maschi intorno al 13% (Studio ILSA);
- sottoposti allo screening per disturbi cognitivi, gli anziani di Bolzano sono risultati positivi all'11% ma tre volte di più erano positivi per deficit cognitivi gli anziani della Basilicata (Studio Argento ISS);
- gli anziani sono grandi consumatori di farmaci e il 92% degli anziani veneti assumono farmaci in maniera continuativa o ciclica (Studio Veneto Medici di base) contro il 79% degli anziani in Sardegna e il 95% in Puglia (Studio Argento ISS).

A fronte di tali risultati appaiono inderogabili azioni incisive capaci di influire globalmente sui determinanti di salute socioeconomici e ambientali e non

esclusivamente sui fattori di rischio "classici". Numerose sollecitazioni (basate sull'evidenza) erano già emerse nel corso degli ultimi anni anche a livello internazionale (ad esempio, nel documento "Health 21 Health for All in the 21st century" del WHO) sollecitando un approccio differenziato per i gruppi sociali meno abbienti e per i gruppi vulnerabili, a maggior rischio; gruppi, come quelli rappresentati dagli anziani, per i quali un più razionale investimento anche locale di attività e risorse è richiesto per riuscire a cogliere l'obiettivo di adeguati livelli assistenziali, di accessibilità a cure e servizi (incluso il sostegno sociale) almeno pari a quello del resto della popolazione.

Il riferimento a un contestuale aumento della speranza di vita e della qualità della vita non è una novità nelle politiche proposte dall'OMS; il precedente progetto Health for All esprimeva esplicitamente tale concetto attraverso lo slogan *add years to life, add life to years*. La diminuzione della mortalità, il prolungamento della vita media e la denatalità delineano per l'Italia uno scenario complessivo in cui la popolazione appare avviata a un progressivo, intenso processo di invecchiamento; stime Eurostat prevedono per il 2015 un numero di ultra 65enni superiore al 20% circa della popolazione contro il 16% circa del 1995. Popolazione che avrà, ovviamente, necessità di assistenza sanitaria e sociale

Questo è uno dei motivi sostanziali che hanno determinato l'adozione di una Risoluzione del Parlamento europeo sulla comunicazione della Commissione al



Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni dal titolo “Il futuro dei servizi sanitari e dell’assistenza agli anziani: garantire accessibilità, qualità e sostenibilità finanziaria” (P5 TA-PROV(2003)0015) in cui il Parlamento Europeo chiede alla Commissione e al comitato per la protezione sociale di tener conto delle seguenti indicazioni:

- è necessario rafforzare la cooperazione comunitaria sul tema del miglioramento dei servizi sanitari per far fronte all’invecchiamento della popolazione, anche grazie al contributo che potrà fornire il piano di azione per la sanità pubblica, in via di adozione, attraverso lo scambio di informazioni sullo stato di salute della popolazione e i fattori di rischio; lo scambio di buone pratiche; la fissazione di indicatori e l’analisi dei bisogni; l’elaborazione di standard comuni, qualitativi e quantitativi, per il monitoraggio dei servizi sanitari; l’elaborazione di strategie di sviluppo dei servizi sanitari e di analisi sistematica dei bisogni in vista della pianificazione, esecuzione e valutazione dei programmi sanitari realizzati a livello nazionale e locale;
- occorre creare una banca dati relativa al settore socio-sanitario, con analisi statistiche e proiezioni, a livello sia europeo che nazionale, affinché chi si occupa di progettare e realizzare servizi possa capire la situazione del settore.

Un’iniziativa in tal senso sarà data dall’attivazione di un Progetto del Ministero della Salute condotta dall’Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l’Università Cattolica di Roma “Progetto Osservatorio indicatori della qualità dei servizi di assistenza dell’anziano fragile” che provvederà all’acquisizione e all’analisi di tre banche dati sugli interventi assistenziali a favore dell’anziano, rispettivamente, in unità ospedaliere di medicina generale o geriatria, in servizi di assistenza domiciliare integrata e in residenze sanitarie e assistenziali.

Azioni o progetti ispirati alle indicazioni sinora citate contribuiranno, oltre che alla ottimizzazione delle risorse sanitarie e sociali, a supportare il processo di integrazione sociale, considerata come un determinante cruciale del rallentamento del decadimento. L’azione a tale riguardo è multidisciplinare e coinvolge competenze che, intuitivamente, non rientrano nel dominio esclusivo sanitario.

La sanità sta già giocando il suo ruolo attraverso il processo di revisione del modello di *health care* finalizzata alla razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e dei livelli di garanzia delle prestazioni sanitarie. La sua futura attuazione mira a una redistribuzione ottimale delle risorse che serviranno a far fronte ai

costi sanitari di una popolazione che invecchia rispetto ai quali, in presenza di un reale incremento del livello di patologie croniche conseguenti all’invecchiamento, appare opportuno essere pronti a minimizzarne l’impatto economico e sociale.

A partire da tali presupposti appare altrettanto inevitabile il ricorso in Italia a una politica globale, non solo sanitaria, più attenta alla salvaguardia di adeguati livelli di salute nel corso dell’intera vita e di un approccio operativamente preventivo nei riguardi di quelle condizioni, patologie, situazioni che possono essere evitate, ridimensionate o, comunque, controllate grazie a una maggiore attenzione nei riguardi dei determinanti sociali e sanitari di salute e al sostegno di iniziative di promozione della salute perseguibili attraverso dinamiche, strategie, contesti e istituzioni le cui attività possono e devono considerarsi prioritarie.

Per questo è importante che si possa finalmente realizzare l’integrazione tra competenze e valenze sanitarie e sociali in un sistema che riesca a porre al centro il cittadino e in particolare l’anziano. Troppo spesso aspetti di cura e di assistenza vengono demandati a livello territoriale in maniera impropria esponendo a ingiustificate penalizzazioni l’utente (o cliente) che vede mancare nel momento del maggior bisogno il supporto della società e delle istituzioni e ad una spesa incongrua le istituzioni (ASL o Comuni) che prendono in carico la gestione di ciò che può essere definita una “ur-

genza” o “emergenza” sanitaria e/o sociale. Ben più difficile riscontrare una risposta adeguata nel momento in cui l’anziano, spesso solo e senza il supporto di una famiglia, nelle condizioni di quotidiano bisogno non riesce a provvedere autonomamente alle proprie esigenze di base (mangiare, vestirsi, fare acquisti, eseguire correttamente una terapia). In tali condizioni il limite tra competenze sanitarie e sociali è impercettibile ma non può giungere a rappresentare motivo di isolamento sociale o di discriminazione; ospedalizzazione, assistenza, cura domiciliare devono trovare un giusto equilibrio e utilizzazione alla luce di un necessario coordinamento degli interventi. Occorre, in definitiva, ribaltare la logica delle convenienze e istituire una cultura unitaria e conseguente struttura di rete in cui le relazioni territoriali tra Comuni e ASL, la valorizzazione delle RSA (Residenze Sanitarie per Anziani) e delle Unità di valutazione geriatrica possano trovare una casa comune e rispondere adeguatamente a quelle esigenze di salvaguardia delle fasce deboli della popolazione in omaggio al principio di solidarietà che da sempre contraddistingue lo stile della nostra tradizione e della nostra società.

È necessario il ricorso a una politica globale di attenzione alla salvaguardia di adeguati livelli di salute