



Bisogni socio-sanitari degli anziani.

**Le evidenze che emergono dagli studi epidemiologici
delle Regioni italiane**

***La identificazione di indicatori e
la creazione di banche dati per lo sviluppo
ed il monitoraggio di nuove strategie di
prevenzione per gli anziani***

**G. Farchi E. Scafato,
Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica
Istituto Superiore di Sanità
Roma, ITALIA**

Miglioramento dello stato di salute in ITALIA

(parte del problema, parte della soluzione)

STATO di SALUTE 



- Diminuita esposizione ai Fattori di Rischio
- Aumentata disponibilità di nuove terapie
 - Aumentata disponibilità di nuove tecnologie
- Incremento nelle attese degli individui

Cambiamenti Demografici

< **A G E I N G** >

Individ. età + 65 17%

Individ. età + 80 4%

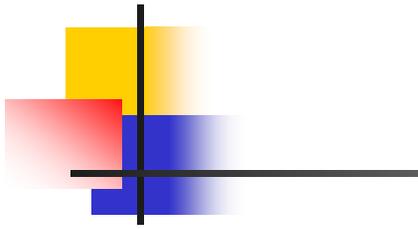
Speranza di vita alla nascita
Anno 2000

Maschi 76 anni
Femmine 82 anni



Country

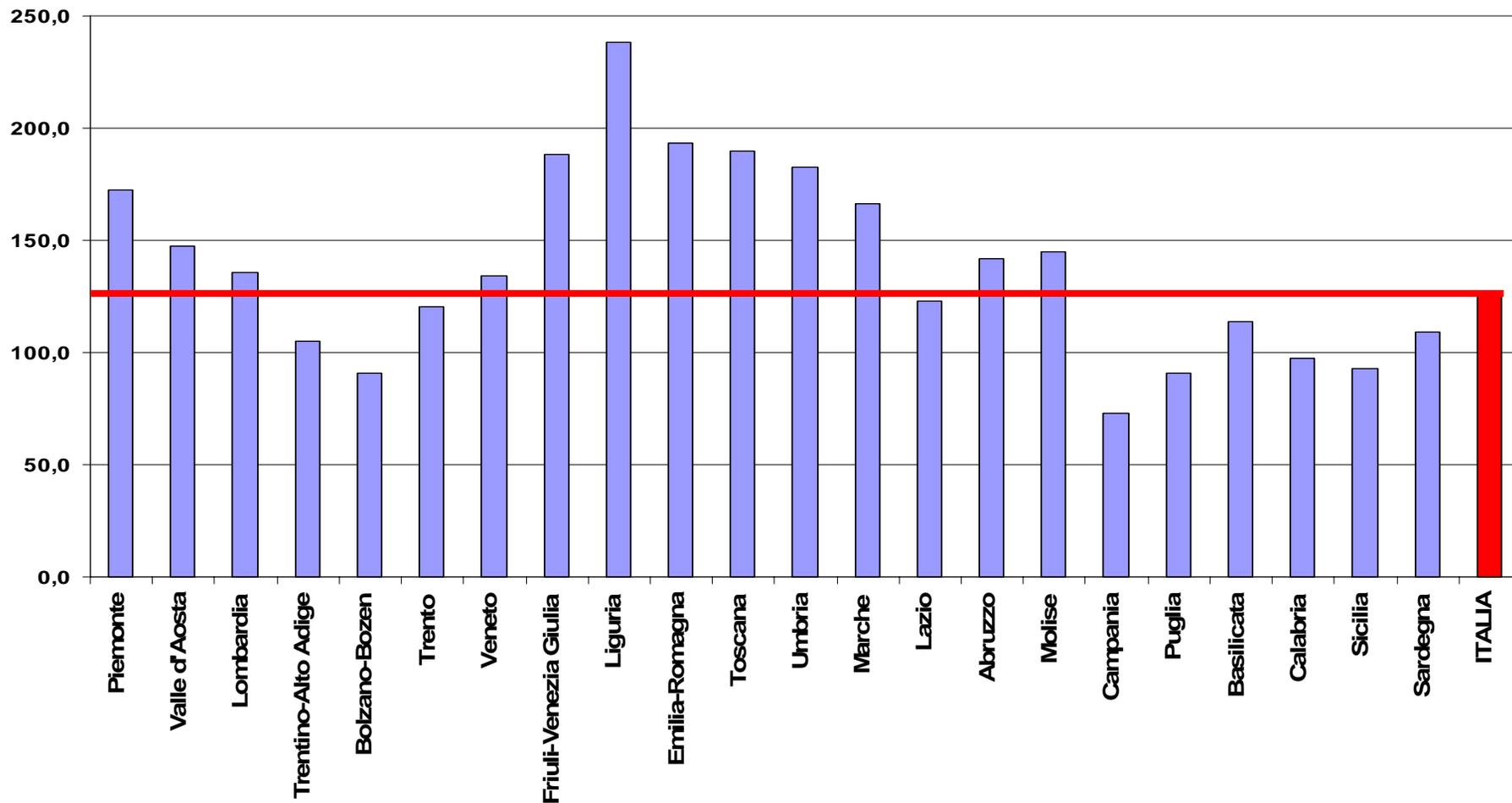
Elderly index



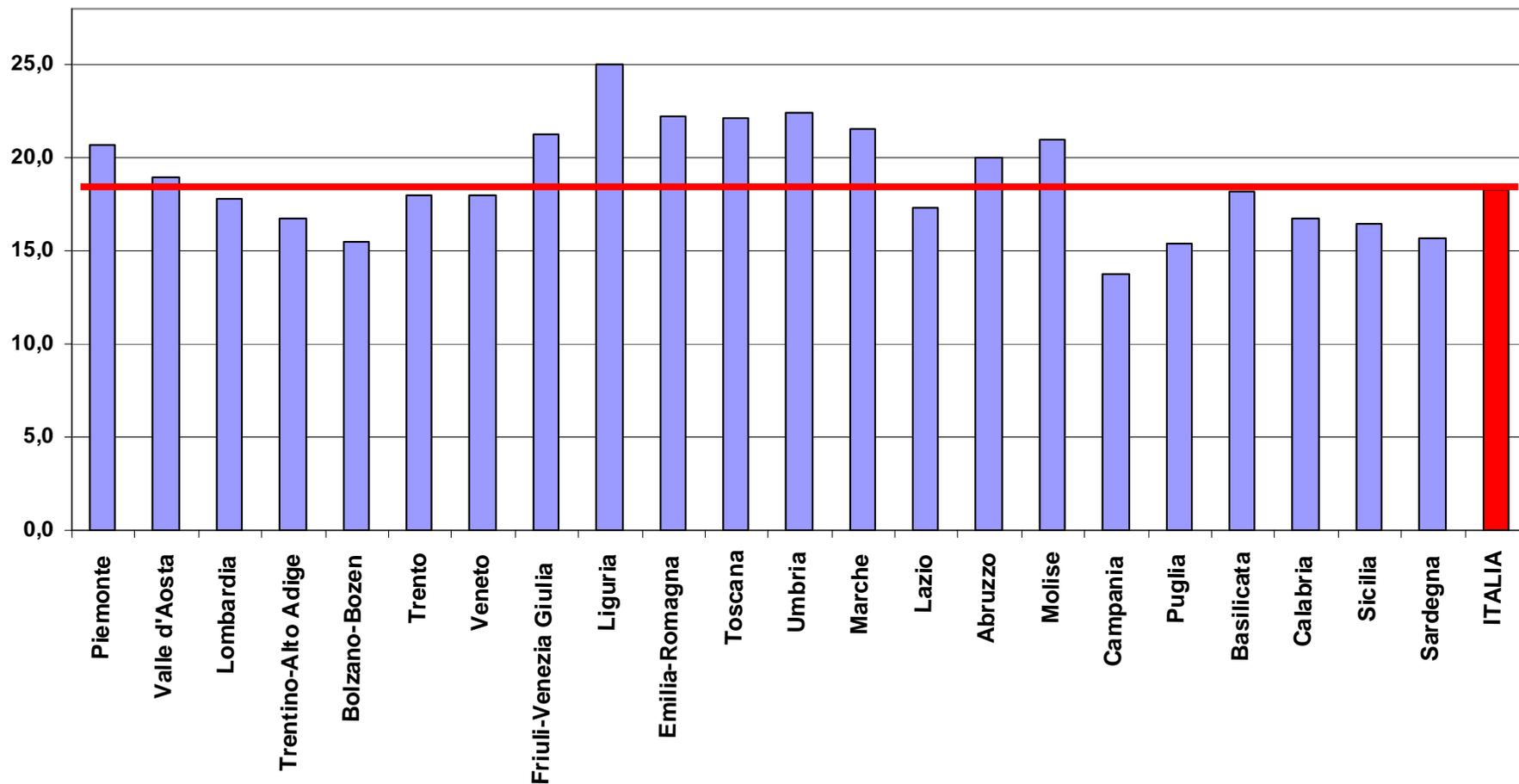
Italy	116.54
Greece	100.08
Spain	98.86
Germany	97.49
Sweden	92.89
Belgium	91.27
Austria	88.27
Portugal	86.07
Denmark	84.64
United Kingdom	81.46
France	80.15
Finland	76.73
Luxemburg	76.51
The Netherlands	72.83
Ireland	49.98
EU 15	91.28

**Elderly index in 1997
in the European Union**

ITALIA. INDICE DI VECCHIAIA PER REGIONI (ISTAT 2001- stime)



ITALIA. ULTRA65enni PER REGIONI (ISTAT 2001- stime)

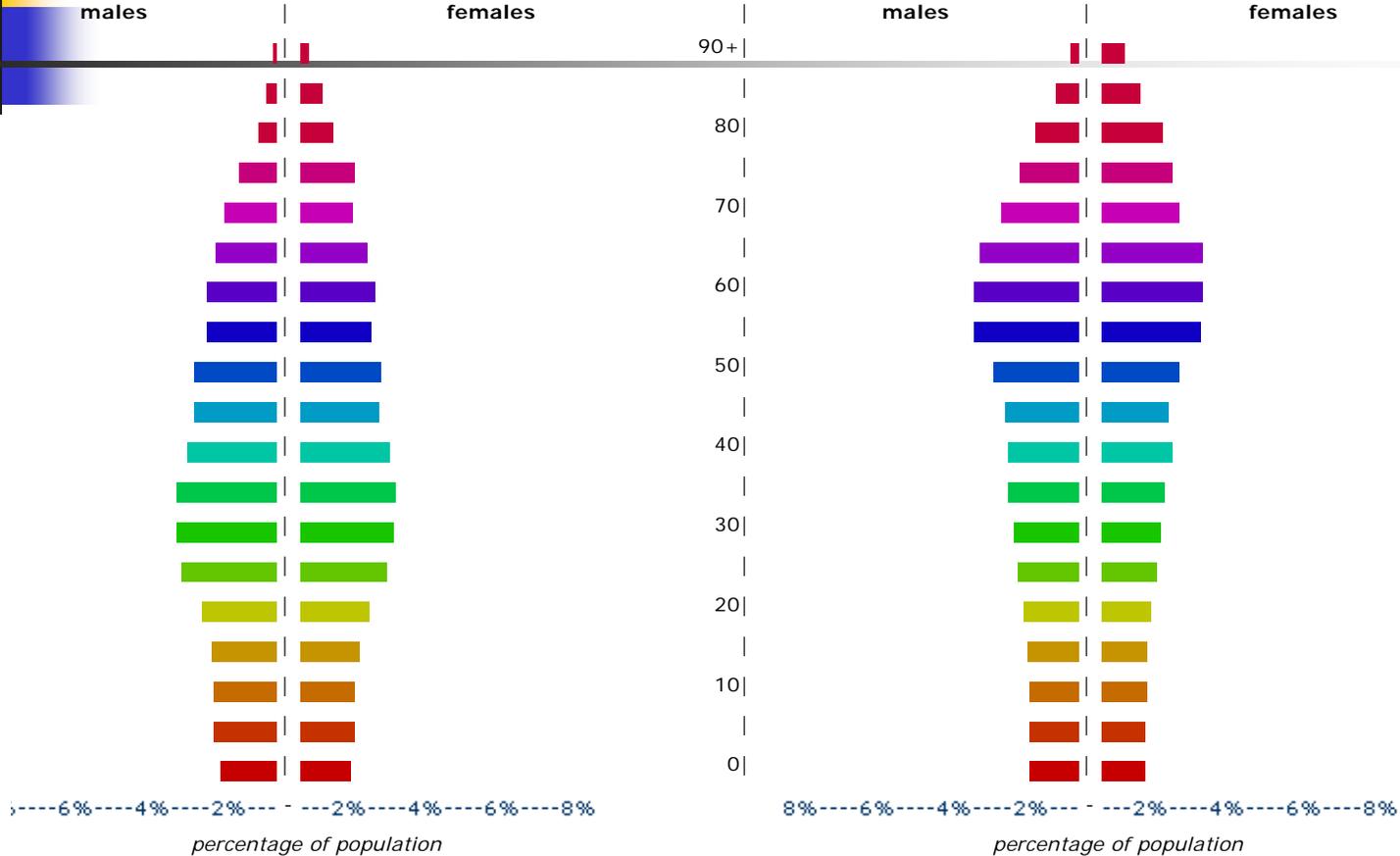


AGEING IN ITALY

YEARS 2000 and 2030

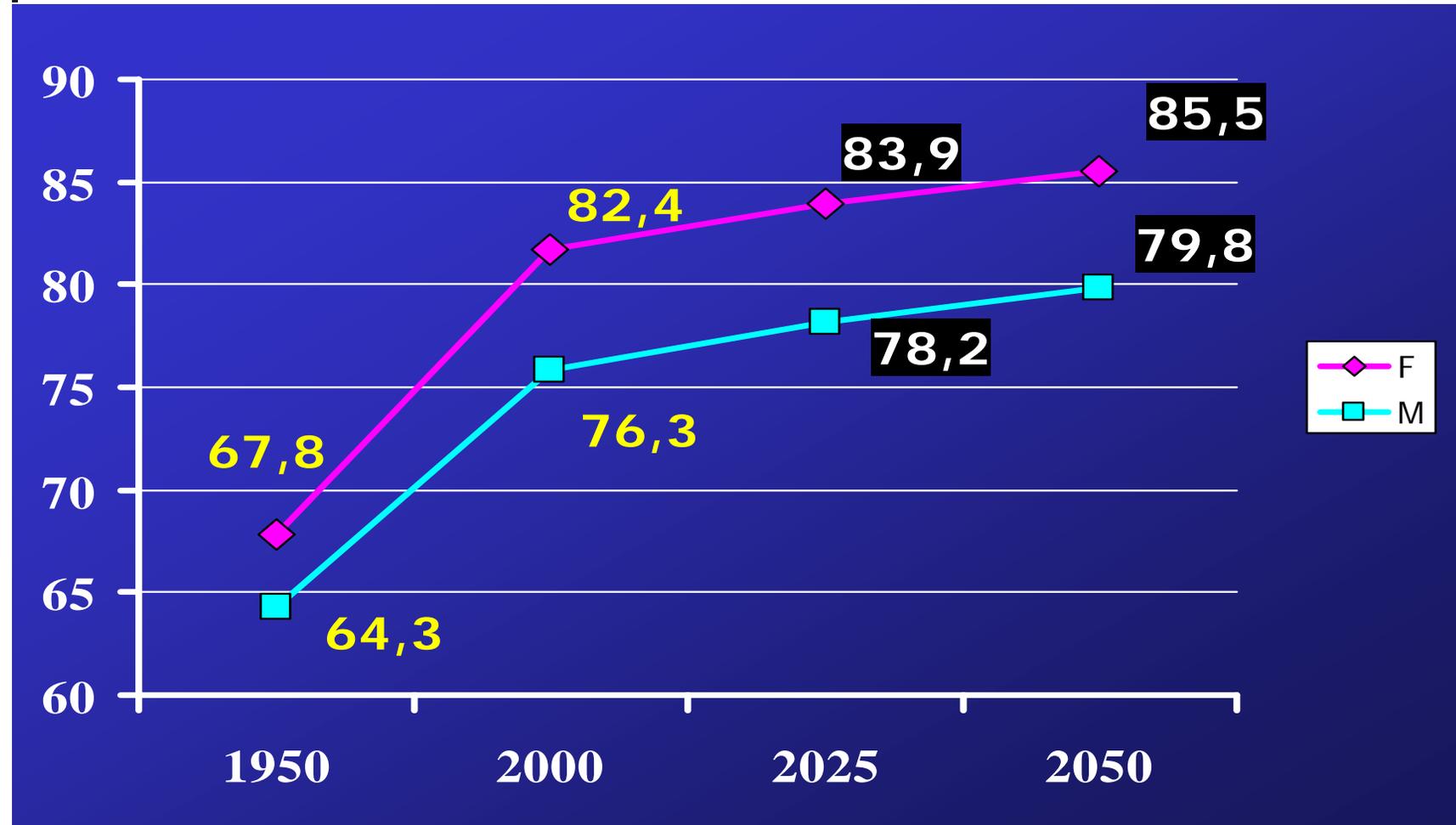
Total population in 2000: 57298386

Total population in 2030: 49533430



Speranza di vita alla nascita in Italia

Dati rilevati e proiezioni



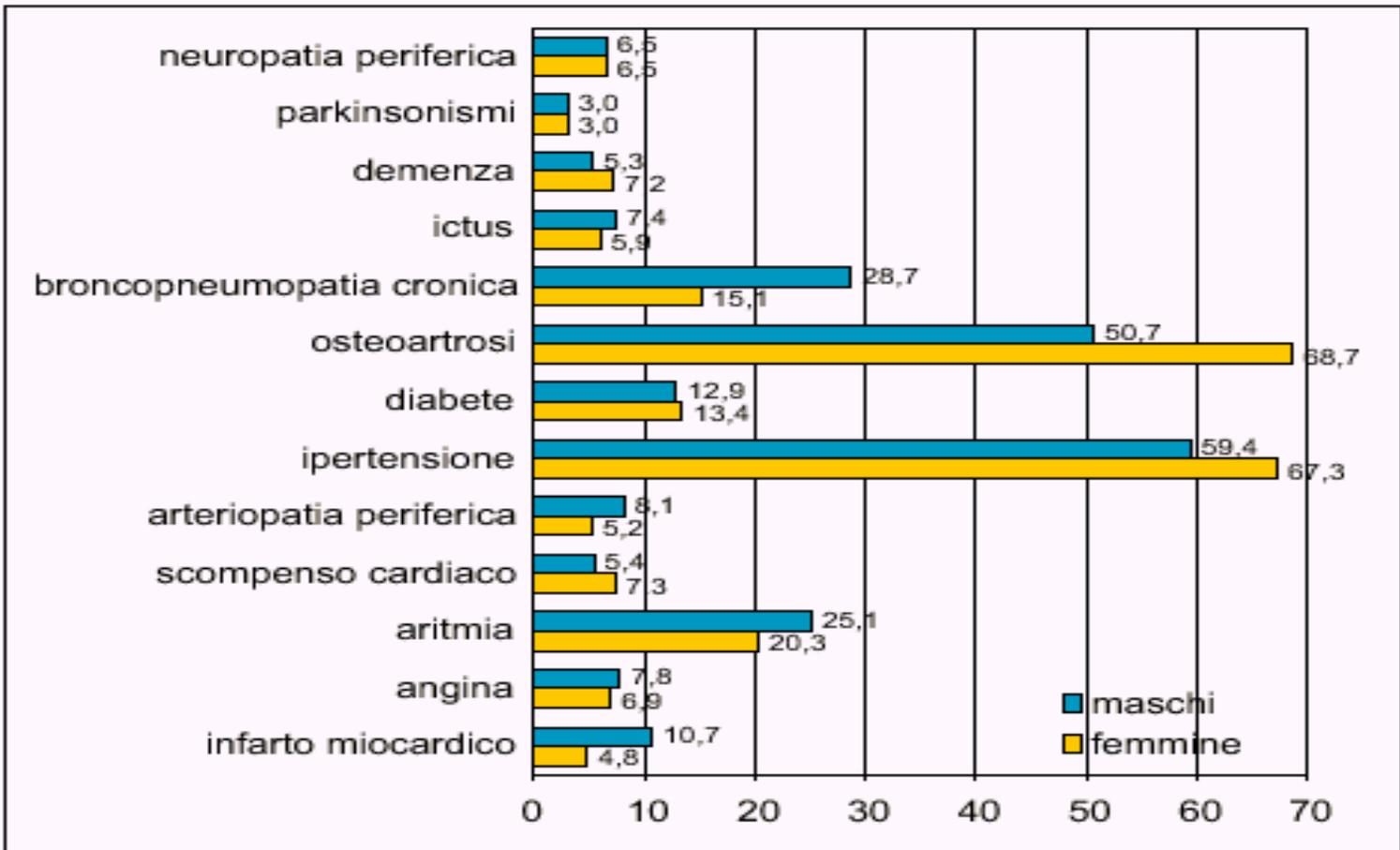
Year 2000 Healthy Life Expectancy Rankings

World Health Organization Disability Adjusted Life Expectancy - **DALE**

		DALE in years		
WHO Member State		Total	Male	Female
1	Japan	74,5	71,9	77,2
2	Australia	73,2	70,8	75,5
3	France	73,1	69,3	76,9
4	Sweden	73,0	71,2	74,9
5	Spain	72,8	69,8	75,7
6	Italy	72,7	70,0 (76,3)	75,4 (82,4)
7	Greece	72,5	70,5	74,6
8	Switzerland	72,5	69,5	75,5
9	Monaco	72,4	68,5	76,3
10	Andorra	72,3	69,3	75,2

Disability Adjusted Life Expectancy (DALE) summarizes the expected number of years to be lived in what might be termed the equivalent of "full health." To calculate DALE, the years of ill-health are weighted according to severity and subtracted from the expected overall life expectancy to give the equivalent years of healthy life.

Prevalenza delle principali patologie croniche ILSA Study, Italia 1992-93, anziani di età 65-84 anni.



PATOLOGIE CRONICHE (selez.) - FREQUENZE COMPARAZIONE HIS/HES ISTAT 1994 / ILSA 1992-93

Auto-percepito (Health Interview) VS Misurato (Health examination)

HIS- ISTAT: MULTISCOPO SURVEY 1994 (aged > 65 yrs)
HES - ILSA: Clinical examinations 1992-93 (65-84 yrs old)

Females

Males

	ISTAT HIS	ILSA HES	ISTAT HIS	ILSA HES
Diabete	14.2	13.5	12.6	12.8
Ictus	3.3	5.9	4.0	7.3
Angina	3.2	6.9	4.3	7.8
Infarto Miocardio	3.6	4.8	8.8	10.6
Ipertensione	35.8	62.7	29.3	54.8
Artrite, artrosi	58.7	68.7	42.9	50.7

AGEING AND CHRONIC DISEASE

MALATTIE CRONICHE → **LIMITAZIONE FUNZIONALE**



DISABILITA'



DIPENDENZA



PERDITA DI AUTONOMIA



Dichiarazione di Gastein sulla salute. EU Health Forum 1999

Migliorare la qualità dell'assistenza : un programma per l'azione dell'UE

- Promuovere la creazione di banche dati sugli outcomes di qualità e uniformare le informazioni
- Uniformare i metodi di raccolta, di misurazione e di elaborazione ai fini del miglioramento della qualità assistenziale
- Procedere alla raccolta e allo scambio delle informazioni e creare reti dedicate
- Ricorrere a tali informazioni per elaborare obiettivi uniformi in materia di buone prassi e promuovere repertori e analisi sui bisogni dei pazienti basandosi su criteri di qualità



Dichiarazione di Gastein sulla salute. EU Health Forum 1999

**Migliorare la qualità dell'assistenza :
Sensibilizzazione degli operatori**

QUALITA'
COME
OBIETTIVO
NON COME UNA
MINACCIA

Utilizzatori/beneficiari finali e contesti

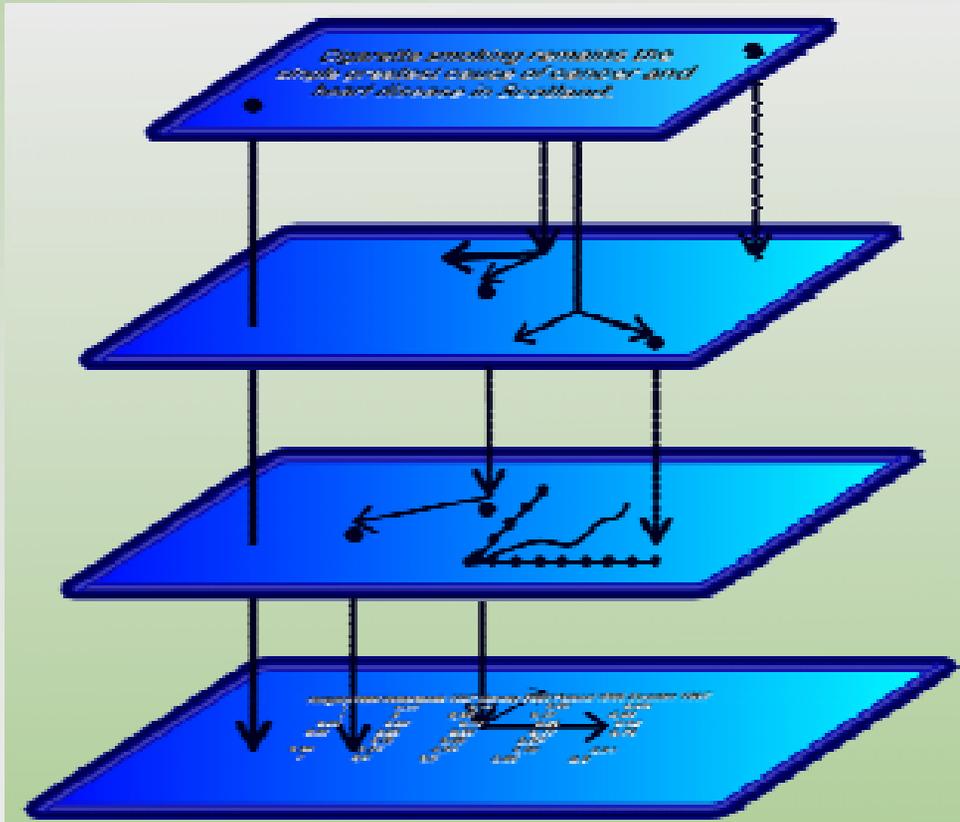
- Gli anziani ASSISTENZA RICEVUTA
- I professionisti ASSISTENZA FORNITA
- **I decisori politici** **PROGRAMMAZIONE**

Rilevazione e produzione informazioni "diverse"

(Metodi statistici, epidemiologici, clinici, economici
uniformi e validati)

- Approccio unitario ed integrato

Health Reporting as a System



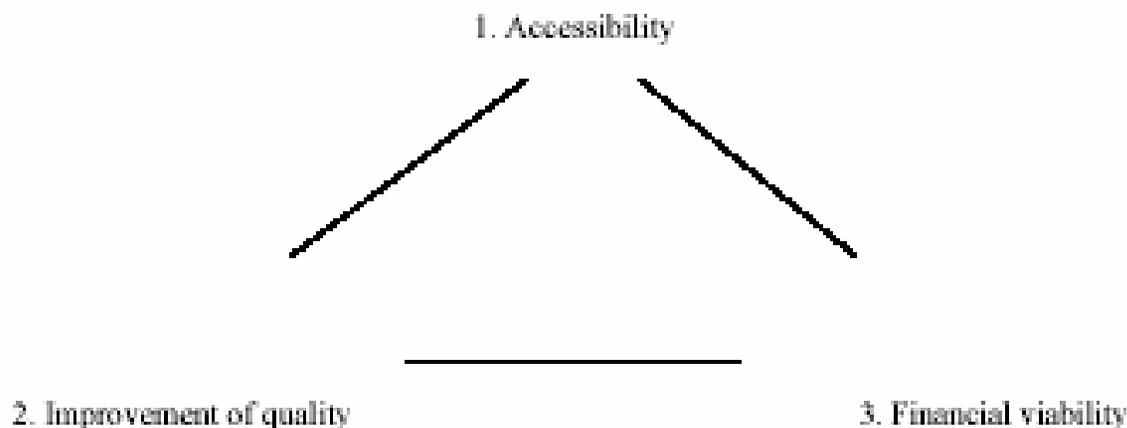


**COUNCIL OF
THE EUROPEAN UNION**

**Brussels, 11 December 2001 (13.12)
(OR. fr)**

15198/01

The systems of health care in the European Union and the candidate countries face the challenge of attaining simultaneously the three-fold objective of access to care for everyone, a high level of quality in the care provided and the financial viability of health care systems.



**P
O
L
I
C
Y

M
A
K
E
R
S**



The Social Protection Committee

JER-SPC/2002/APP/01 Edition 1

Questionnaire on Health and Long-Term Care for the Elderly

- ACCESS
- QUALITY
- SUSTAINABILITY

Policy makers

- **Definition:**

policy makers are persons who develop a course of action based on a declared or respected principle

- **Position:**

elected ⇔ parliament/politician

administration ⇔ management/civil servants/stakeholders

- **Qualification:**

basic public health understanding

Policy makers want:

- ⇒ clear presentation of information
 - ⇒ concentration on main problems
 - ⇒ interrelation of health status, determinants, care, costs
 - ⇒ trend analysis
 - ⇒ evaluation of health policy activities
- ⇒ neutral, independent and objective information
= evidence based information



Questionnaire on Health and Long-Term Care for the Elderly

Solo alcuni indicatori, elencati di seguito, ritettono la presenza del fenomeno dell'invecchiamento demografico in atto in Italia e mirano l'attenzione sulle prestazioni tipicamente erogate nei confronti degli ultrasessantacinquenni:

- Giornate in strutture semiresidenziali e residenziali per l'assistenza agli anziani ogni 1.000 ab. di età maggiore o uguale a 65 anni
- Costo pro-capite per l'assist. territoriale, semiresidenziale e residenziale agli anziani
- Percentuale di anziani trattati in Assistenza domiciliare integrata
- Posti letto per 1.000 abitanti per riabilitazione e lungodegenza
- Peso medio del ricovero degli anziani
- Tasso di ospedalizzazione, nella popolazione anziana, per particolari procedure chirurgiche: cataratta, sostituzione dell'anca e bypass coronarico e angioplastica
- Giornate per l'assistenza riabilitativa, semiresidenziale e residenziale ogni 1.000 ab.
- Costo pro-capite per l'assist. territoriale, semiresidenziale e residenziale ai disabili
- Speranza di vita a 65 anni; Speranza di vita libera da disabilità a 65 anni
- Tasso di prevalenza di alcune malattie croniche (diabete, artrosi, ecc.)



ospedaliere

*Ulteriori indicatori sono comunque costruibili selezionando la variabile "età"
nei flussi informativi disponibili o identificando le discipline
rivolte alla cura delle persone anziane:*

Tasso di ospedalizzazione per la popolazione anziana

Indice di fuga

Posti letto di geriatria ogni 1.000 anziani

Giornate di degenza della popolazione anziana

Tasso di utilizzo nelle discipline di geriatria, lungodegenza

Degenza media degli ultrasessantacinquenni

Percentuale di ricoveri lunghi nelle discipline per acuti nella popolazione
anziana

Ricoveri prevenibili nella popolazione anziana per diabete e scompenso
cardiaco

Tasso di mortalità nella popolazione anziana

Tasso di mortalità evitabile o per cause selezionate nella popolazione
anziana



Risoluzione Parlamento Europeo

P5 TA-PROV(2003)0015

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'

(COM(2001) 723 - C5-0163/2002 - 2002/2071(COS))



Risoluzione Parlamento Europeo

P5 TA-PROV(2003)0015

.... chiede alla Commissione e al comitato per la protezione sociale di tener conto delle seguenti indicazioni:

- a) 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 ed 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;
- b) 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;
- c) la Commissione è invitata a procedere a un censimento generale della mobilità dei pazienti e a presentare uno studio sulle esperienze finora raccolte nelle regioni frontaliere;

Why EC health indicators?

The needs for an organized data collection

- An *indicator* provides a concise definition of an issue;
- and is meant to provide understandable information on that issue;
- Indicators based on sound and sustained data collection show trends in time and differences between countries etc.
- Conversely, well-defined indicators guide the organisation of data collection and exchange.



ECHI PROJECT - comprehensiveness: main categories of indicators

- **Demographic and Socio-economic factors**

- population
- socio-economic factors

- **Health status**

- mortality
- morbidity disease-specific
- generic health status
- composite health status measures

- **Determinants of health**

- personal and biological factors
- health behaviours
- living and working conditions

- **Health services and health promotion**

- prevention, health protection, health promotion
- health care resources
- health care utilisation
- expenditures/financing
- health care quality

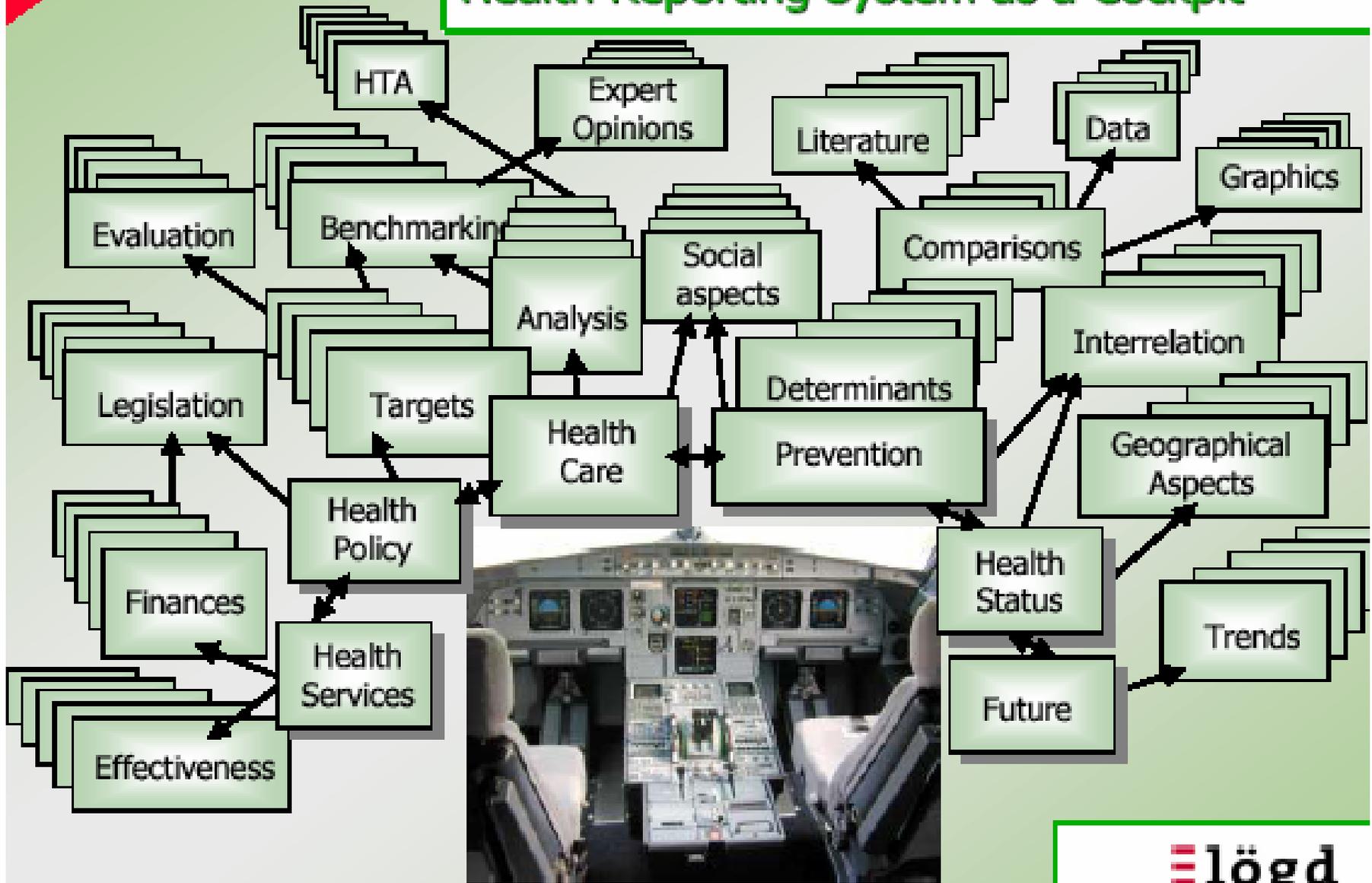


ECHI: user needs; highlighted MS priorities (selected!)

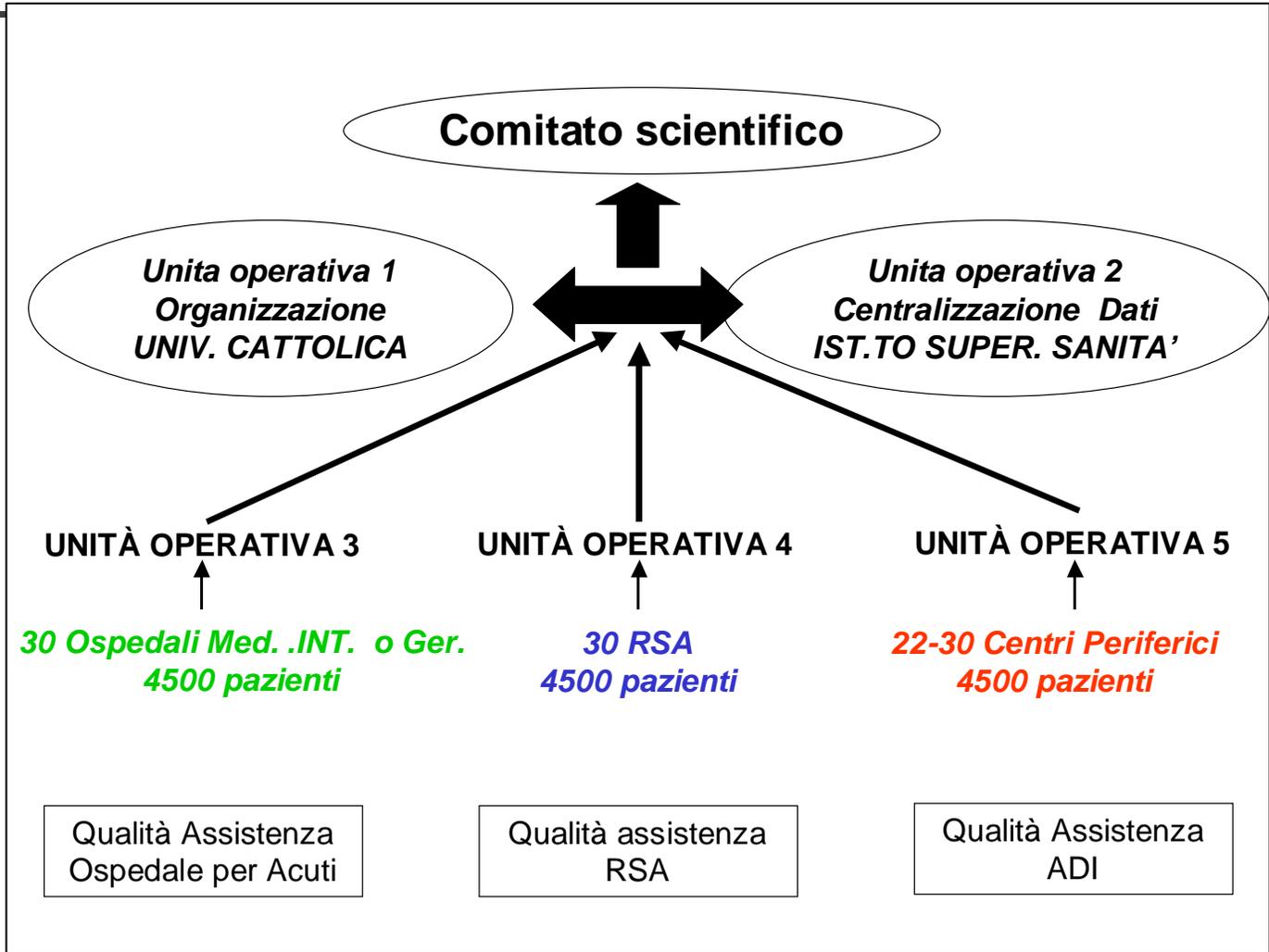
- Increase number of healthy years lived
(by tackling main causes of death, ill-health and functional limitations , both mental and physical);
- Reduce health inequalities (by health/social policies)
- Improve effective health promotion/disease prevention, especially in young people, aiming at health behaviours and healthy environments
- **Improve quality and accessibility of care**
- **Improve quality of life and participation of the elderly**



Health Reporting System as a Cockpit



Il Progetto Osservatorio Indicatori della Qualità nei Servizi di Assistenza per l'Anziano Fragile



Il Progetto Osservatorio Indicatori della Qualità nei Servizi di Assistenza per l'Anziano Fragile

- **Acquisizione ed 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.
- **Creazione di una banca dati unificata nazionale** e strutturazione della stessa sulla base delle categorie di utilizzo e degli indicatori predefiniti di qualità dell'assistenza in ospedale (durata degenza, ricovero impropri, incidenza reazioni avverse, autosufficienza all'ingresso e alla dimissione ecc).
- **Analisi delle banche dati in funzione degli outcomes del progetto** e delle finalità gestionali e di assistenza della popolazione esaminata con possibile articolazione in aggregati informativi adeguati ai criteri di analisi, monitoraggio e reporting progettati sulla base del criterio di utilizzazione da parte dell'utenza (user windows) e relativa agli indicatori acquisiti di qualità dell'assistenza domiciliare
- **Analisi delle banche dati e verifica della fattibilità di incrocio e integrazione con dati epidemiologici** omogenei relativi ai tre setting assistenziali presi in considerazione dal progetto (consistenza fabbisogno assistenziale, impiego mezzi di contenzione, trasferimenti in ospedale per acuti ecc.).

Il Progetto Oss. Naz. Qualità Assistenza Anziano Fragile

I destinatari finali e gli outcomes indotti

- Gli anziani
 - I professionisti
 - I decisori politici
- MIGLIORAMENTO** { ASSISTENZA RICEVUTA
ASSISTENZA FORNITA
PROGRAMMAZIONE

Analisi comparativa degli studi sugli anziani

(Informazioni ricavate dalle presentazioni – NB : possono essere parziali)

Studio	ISTAT Condizioni di salute	ISS Argento	CNR-ISS ILSA Epid. Anziano Fabb. Anziano	VENETO Valutazione multidimension.	CATTOLICA Rete Argento	UN. ANCONA Progetto RUG
Tipo	Trasversale	Trasversale	Longitudinale	Longitudinale.	Longitudinale	Trasversale
Anno	1999-2000	2002	1992-2002	2000-2001	2000	2002
Età	6 e più anni	65 anni e più	65-84 anni	75 e più anni	Media 77 anni	
Numerosità	25.000 (65 e più)	2200	5600	73.000		5450
Pop. in studio	Generale	Generale	Generale	Assistiti da MMG	Ricoveri in ADI	Ricoveri in RSA
Localizzazione	Nazionale	Multiregionale	Multiregionale	Regionale	Multicentrico	Multiregionale
Strumenti	Intervista	Intervista	Intervista ed esame clinico	Intervista e MMG	Intervista e esame clinico	Rilevazione schede infermiere
Stato di salute	SI	SI	SI			SI
Malattie	SI		SI	SI		SI
Disabilità	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Disturbi cognitivi		SI	SI	SI	SI	SI
Isolam. Sociale		SI	SI			
Attività fisica	SI	SI	SI			
Dentizione	SI	SI	SI			
Vista e udito	SI	SI	SI		SI	
Vaccinazioni	SI	SI				
Cadute	SI	SI	SI			
Farmaci	SI	SI	SI	SI		SI
Speranza di vita	SI		SI			
Speranza libera da disabilità	SI		SI			
Sopravvivenza per fragilità			SI			
Fabbisogno			SI	SI		SI
Costi servizi			SI	SI		SI
Ricorso ai servizi	SI		SI	SI	SI	SI