

COMUNICAZIONI E POSTER PRESENTATI IN OCCASIONE DEL 49° CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

FIRENZE, 3-7 NOVEMBRE 2004

Relazione tra elevate temperature ambientali e mortalità: definizione di uno strumento per l'individuazione dei soggetti a rischio

S. Arniani, G. Mazzaglia, A. Barchielli, V. Casotto, L. Roti, E. Buiatti
Agenzia Regionale Sanità, Toscana

Scopo della ricerca

Nell'estate del 2003 la temperatura ambientale ha toccato punte estremamente elevate in Europa. Al fine di quantificare in modo corretto ed esauriente gli eventuali effetti, in termini di mortalità, di tale eccesso di temperatura, l'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) della Toscana, in collaborazione con ARPAT ed ARSIA, ha condotto una rilevazione sui decessi avvenuti nel periodo estivo (giugno, luglio e agosto) degli anni 2002 e 2003. Tale analisi è stata effettuata con due obiettivi: 1) quantificare ed analizzare con maggiore precisione l'entità dell'eccesso di mortalità a livello regionale; 2) fornire il necessario basamento informativo per sviluppare nell'estate del 2004 un "Sistema di sorveglianza e prevenzione degli effetti delle ondate di calore sulla salute della popolazione anziana".

Materiali e metodi

È stata effettuata un'indagine epidemiologica su un campione di Comuni rappresentativo dell'intera Regione, stratificato per zona altimetrica (pianura, collina e montagna). L'indagine ha analizzato l'andamento della mortalità nei mesi estivi (giugno-agosto) nei soggetti residenti nei comuni Toscani, confrontando i dati del 2003 con quelli del 2002, del triennio 2000-2002, e con quanto atteso in base al trend del periodo 1987-2002. I dati di mortalità fino al 2001 sono stati estratti dal Registro Regionale di Mortalità, mentre per gli anni 2002-2003 è stato necessario richiedere i dati alle anagrafi di un campione rappresentativo di comuni toscani selezionati in base alla densità di popolazione e alla zona altimetrica.

Sulla base delle informazioni ottenute da tale indagine, nonché delle informazioni provenienti dalla letteratura internazionale 1 è stato sviluppato un questionario. Tale questionario è suddiviso in diverse sezioni che tengono conto delle condizioni demografiche del soggetto, delle condizioni di isolamento sociale, dello stato di deprivazione economica, dello stato di disabilità, delle condizioni anamnestico-cliniche. Con tale strumento è stato possibile: 1) selezionare i pazienti a rischio di sviluppare la patologia da calore che sono entrati nel programma di prevenzione; 2) tipizzare tale popolazione a rischio.

Risultati

In questo abstract presentiamo solo i risultati della ricerca epidemiologica. I risultati relativi al secondo obiettivo saranno ovviamente disponibili solo nel mese di settembre. In Toscana, nell'estate del 2003, si è registrato, rispetto al valore medio del triennio precedente, un eccesso di mortalità complessivo del 10,6%. Tale aumento è stato più evidente nei comuni non capoluogo con popolazione > 30.000 abitanti ed ha riguardato in particolare i comuni di pianura (+ 25%) e di collina (+ 13%). L'eccesso si è concentrato nei soggetti di età > 74 anni (+ 15%), mentre non si sono osservate variazioni rilevanti nei soggetti più giovani. Tra gli ultra 74enni, sono risultati maggiormente a rischio i soggetti che vivono soli (+ 14%) o con un solo convivente (+54%) o che non sono coniugati (celibi/nubili: + 32%; vedovi: + 20%) o che vivono in residenze di comunità (+ 55%).

Il maggiore eccesso in termini di mortalità, rispetto agli attesi, si è verificato in agosto (SMR:125; IC:120-130). L'analisi per mese di morte, relativamente a quanto atteso in base al trend del periodo 1987-2002, ha confermato l'eccesso complessivo di mortalità del 2003 (+ 13%), ed ha evidenziato che l'eccesso è stato più marcato in agosto (+ 25%), che in luglio (+ 10%) ed in giugno (+ 5%).

Conclusioni

I risultati indicano un chiaro eccesso di mortalità nei periodi più caldi dell'estate 2003, in particolare nei soggetti anziani ultra 74-enni, che vivono da soli nelle città di medie dimensioni. La possibilità di identificare preventivamente i soggetti vulnerabili attraverso lo strumento di valutazione predisposto, ha reso possibile l'identificazione degli anziani più a rischio e l'attivazione di un sistema di sorveglianza permanente per la prevenzione attiva della mortalità nei soggetti anziani, basata sull'integrazione tra servizi territoriali-sanitari, socio-sanitari, socio-assistenziali e le reti locali di terzo settore.

Bibliografia

- Basu R, Samet JM. Relation between elevated ambient temperature and mortality: a review of the epidemiologic evidence. *Epidemiol Rev* 2002;24:190-202.

Progetto ASSI-RSA in Toscana: un possibile supporto informativo alla sperimentazione del nuovo assetto delle residenze sanitarie assistenziali

E Buiatti¹, E Bavazzano², S Bandinelli³, E Cantini⁴, P Francesconi⁵, F Lauretani⁶, L Ferrucci⁷

¹ Agenzia Regionale di Sanità della Toscana; ² Laboratorio di Epidemiologia Clinica dell'INRCA, Firenze; ³ NIH-NIA, Baltimora

Scopo della ricerca

Il Progetto ASSI-RSA in Toscana ha indagato un campione di Residenze Sanitarie Assistenziali Toscane per definire la tipologia degli ospiti relativamente alla loro tipologia e intensità del bisogno assistenziale. A tale scopo si è utilizzato il sistema *Resource Utilization Groups* (RUG)-III che fornisce un indice di *case mix* delle singole strutture (distribuzione della tipologia assistenziale e carico assistenziale medio).

È stata evidenziata una notevole variabilità dell'indice di *case mix* da struttura a struttura che solo in piccola parte è spiegabile con l'attuale differenziazione in tre livelli di quote sanitarie (tale differenziazione spiega il 3.5% della varianza negli Indici di *case mix* - Test Eta2). La recente normativa regionale in materia affronta il problema del rapporto tra carico assistenziale e risorse disponibili rafforzando il concetto di modularizzazione delle RSA. I dati raccolti sono stati analizzati per stimare la distribuzione degli attuali ospiti anziani e non autosufficienti e mostrano la possibilità di supportare con la applicazione del sistema RUG-III i quattro moduli previsti dalla normativa, i *case mix* teorici risultanti e la percentuale della varianza dei pesi degli ospiti che potrebbe essere spiegata dalla modularizzazione.

Materiali e metodi

I 3.119 soggetti ultra 65enni e con quota sanitaria reclutati nel progetto sono stati attribuiti ad uno dei quattro moduli sulla base dei dati raccolti con le schede RUG-III in maniera da far coincidere, per quanto possibile, le loro caratteristiche con le caratteristiche dell'utenza prevista per ogni modulo (Tab. I).

Tab. I.

Moduli	Descrizione ospiti come da normativa	Criteri dati RUGs
1. Non autosufficienza stabilizzata	Pazienti non autosufficienti, con esiti di patologie ormai stabilizzate, inseriti in progetti di lungoaassistenza	Ospiti non qualificati per i moduli specialisti
2. Disabilità preventiva motoria	Pazienti che, in fase post-acute necessitano di un intervento finalizzato al recupero di un migliore livello funzionale	Categoria riabilitazione in fase post-acute
3. Disabilità prev. cognitivo-comportale	Soggetti con decadimento cognitivo medio-grave, conseguente a sindrome demenziale con disturbi del comportamento	<i>Cognitive Performance Scale</i> 4 e Disturbi di comportamento
4. Stati vegetativi persistenti e pazienti terminali	Persone completamente dipendenti con grave e persistente compromissione dello stato di coscienza o con patologie terminali	Stato vegetativo persistente o malattia terminale con ADL > 10

I *case mix* teorici dei 4 moduli sono stati stimati sulla base dei pesi corrispondenti ai RUGs nei quali gli ospiti attribuiti a ciascun modulo sono classificati (considerando assistenza infermieristica ed alla persona) e la percentuale della varianza nei pesi degli ospiti che potrebbe essere spiegata dalla modularizzazione è stata stimata attraverso l'indice eta quadrato.

Risultati

Sulla base della classificazione secondo i criteri RUGs esposti in Tabella I, il 69,6% degli ospiti avrebbe le caratteristiche per essere ricoverato nel modulo "non autosufficienza stabilizzata", il 1,7% nel modulo "disabilità prevalentemente motoria", il 26,4% nel modulo "disabilità prevalentemente cognitivo-comportamentale" ed il 2,1% nel modulo "stati vegetativi persistenti e pazienti terminali". Gli Indici di *case mix* sarebbero rispettivamente 0,782, 0,948, 0,872 e 1,552. La modularizzazione spiegherebbe l'11,7% della varianza nei pesi degli ospiti.

Conclusioni

Il sistema RUG-III si rivela uno strumento capace di fornire informazioni utili per la programmazione, la gestione e la valutazione dei servizi residenziali per anziani. La recente normativa regionale affronta il problema della notevole variabilità dei *case mix* da struttura a struttura e spinge verso la modularizzazione. Le informazioni ottenute o ottenibili con il Sistema RUG-III potrebbero fornire un valido supporto informativo alla sperimentazione delle innovazioni introdotte.

Demenza e disturbi del comportamento: uno specifico servizio di ospitalità diurna

D. Calvani¹, I. Carobbi¹, A. Mitidieri-Costanza¹, C. Lombardi², C. Perconti¹, A. Bavazzano¹

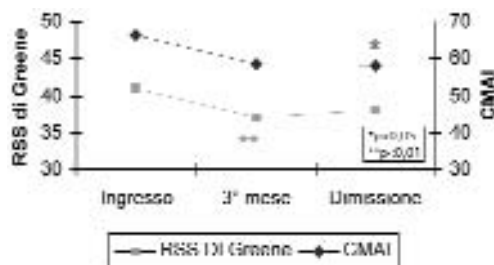
¹ Unità Operativa di Geriatria, Azienda Usl 4, Prato; ² Unità Funzionale Assistenza Sociale Residenziale, Azienda Usl 4, Prato

La demenza si caratterizza per la presenza di deficit cognitivi che compromettono l'autonomia nelle attività quotidiane, e dalla possibile comparsa di sintomi "non cognitivi" che riguardano la sfera del comportamento e dell'affettività. I disturbi comportamentali, Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia (BPSD), sono parte integrante del core della malattia, determinano gravi problemi ai pazienti, a chi interagisce con loro, nell'ambiente sociale e all'interno dei servizi assistenziali, rispondono ad interventi farmacologici e non farmacologici. I BPSD variano nelle persone affette da demenza per frequenza e gravità ma rendono sempre estremamente complessa la "relazione" con il malato: la relazione-terapeutica del medico, la relazione-affettiva-assistenziale del *care-giver*.

Il bisogno di salute espresso da questa patologia è un bisogno "complesso", socio-sanitario, e richiede un *care* basato su "attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiede unitariamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità fra azioni di cura e di riabilitazione" (DLGS 229/99).

La Regione Toscana, nell'ambito dei progetti per le cure delle persone con demenza, ha avviato la sperimentazione di servizi rivolti a questa tipologia di bisogni: "i percorsi assistenziali devono prevedere anche una risposta di assistenza diurna che contenga requisiti, caratteristiche e prestazioni coerenti con il modello sperimentale" (B.U.R.T. 40-1999). Nell'area pratese, è stato organizzato, a partire dal 25 Gennaio 1999, uno specifico centro diurno dedicato alle cure delle persone con demenza ed importanti disturbi del comportamento. Obiettivo del Centro Diurno Alzheimer (CDA) è quello di "correggere" i disturbi comportamentali, sostenere il *care-giver* evitandone lo scompenso, per consentire alla persona demente di rimanere al proprio domicilio. Tutta la letteratura, infatti, mette in evidenza come i familiari dei malati di demenza sono più provati dai disturbi comportamentali che dai deficit cognitivi, (Steele C, 1990), ed esiste una correlazione fra presenza di alterazioni comportamentali e domanda di istituzionalizzazione (Quesada JJ, Bavazzano A, 1996). La permanenza al CDA è prevista per un tempo medio di sei mesi, secondo un progetto personalizzato sulla base dei bisogni dell'utente con l'obiettivo di conservare le capacità funzionali residue e di correggere il comportamento disturbato. Al termine del periodo di ospitalità diurna la persona demente viene riaccompagnata al proprio domicilio supportando il *care-giver* con un servizio ADI agito dagli stessi operatori del Centro Diurno. Da Gennaio 1999 a Maggio 2004, sono state accolte presso il Centro 74 persone di età media 76 ± 9 affette da grave deterioramento cognitivo (MMSE: $9,5 \pm 8,3$) e con disturbi del comportamento (CMAI: 66 ± 24 ; NPI: 46 ± 33); i loro *care-giver* presentavano un elevato stress assistenziale (RSS di Greene: 41 ± 10 ; CBI: 54 ± 16).

La variazione del MMSE alla dimissione ($9,1 \pm 7,9$) non è risultata statisticamente significativa; è risultata, invece, significativa la riduzione dei disturbi comportamentali ($58,49 \pm 10,96$, $p < 0,05$) e conseguentemente si è ridotto lo stress del *care-giver* (Fig. 1). Dei 74 soggetti seguiti al Centro Alzheimer, 56 sono rimasti al proprio domicilio, 3 sono deceduti. Per 15 soggetti è stato necessario ricorrere ad altri servizi della rete. 9 usufruiscono di un diurno di tipo assistenziale, per le difficoltà di gestione da parte dei familiari, 6 sono ospiti in RSA in regime permanente. L'istituzionalizzazione di questi soggetti riconosce cause diverse (lutti familiari, malattia della badante, aggravamento della patologia).



Applicazione del sistema RUG-III per la classificazione degli ospiti di residenza sanitaria assistenziale - Il Progetto ASSI-RSA in Toscana

E Cantini¹, P Francesconi², S Bandinelli¹, E Bavazzano¹, E Buiatti¹, F Laurerani¹, I Ferrucci¹

¹ Laboratorio di Epidemiologia Clinica dell'INRCA, Firenze; ² Agenzia Regionale di Sanità della Toscana; ³ NIH-NIA, Baltimora

Scopo della ricerca

Nel contesto del progetto di ricerca finalizzata "I Servizi di Assistenza Socio-Sanitaria per gli Anziani in Italia" (Progetto ASSI), è stata condotta una ricerca (Progetto ASSI-RSA in Toscana) che aveva l'obiettivo di raccogliere informazioni sulla tipologia degli ospiti presenti nelle Residenze e di definire i loro bisogni assistenziali. Lo scopo finale del progetto era stabilire una metodologia per la definizione del *case mix* delle strutture residenziali per anziani, a valenza sanitaria e non. La definizione di questa metodologia è una premessa essenziale alla messa a punto di criteri di accreditamento e monitoraggio della qualità della assistenza.

Materiali e metodi

Abbiamo utilizzato il Sistema RUG-III che è stato sviluppato negli Stati Uniti ed è attualmente utilizzato da *Medicaid* e *Medicare* per il finanziamento prospettico delle *Nursing Homes*¹. Il sistema RUG-III è stato recentemente validato in vari paesi compresa l'Italia². Alla base del RUG-III è un questionario di 109 *items* che permette di classificare gli ospiti delle Residenze in 44 gruppi omogenei per tipologia del bisogno assistenziale ed assorbimento di risorse (*Resource Utilization Groups* - RUGs). A ciascun RUG corrisponde un peso direttamente proporzionale ai minuti giornaliere di assistenza attesi. Nel giugno 2003, è stato richiesto ai Coordinatori dei Servizi Sociali delle 12 Aziende Usl della Toscana di identificare le strutture residenziali per anziani che erano disponibili a partecipare al progetto. Nella scelta delle strutture, si è cercato di garantire una buona rappresentatività nella distribuzione geografica e sono state incluse sia strutture a gestione diretta sia private convenzionate. Tutti gli ospiti presenti nelle strutture aderenti nell'ottobre 2003 sono stati valutati da due Infermieri Professionali che avevano partecipato ad un programma di formazione sulla compilazione della scheda RUG-III. Secondo il sistema RUG, gli ospiti valutati sono stati distribuiti in 7 categorie gerarchiche principali a carico assistenziale medio decrescente (riabilitazione, cure intensive, cure speciali, clinicamente complessi, deficit cognitivi, disturbi del comportamento, ridotta funzionalità fisica) e quindi, soprattutto in base al punteggio ADL (da 4 totalmente indipendente a 18 totalmente dipendente), assegnati ad uno dei 44 RUGs. Sulla base della distribuzione degli ospiti nei RUGs sono stati infine calcolati gli Indici di *case-mix* (media dei pesi) per ogni struttura. I dati raccolti sono stati analizzati tramite il software ACME-RSA distribuito gratuitamente dall'Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Marche.

Risultati

Hanno aderito 93 RSA distribuite nelle 12 Aziende Usl toscane, di cui 63 pubbliche e 30 private convenzionate rappresentanti rispettivamente il 54,8% delle RSA pubbliche ed il 25,8% delle RSA private convenzionate attive in Toscana. Sono stati valutati 3.981 ospiti, dei quali l'87,4% ultrasettantacinquenni (73% donne) ed il 20,8% ultranovantenni (84% donne). Le categorie più rappresentate sono "Ridotte Funzionalità Fisiche" (33,6%), "Deficit Cognitivi" (17,6%) e "Clinicamente Complessi" (17,6%). Quasi il 10% degli ospiti sono classificati nei RUGs della categoria "Riabilitazione", peraltro quasi tutti in gruppi a bassa intensità riabilitativa. Il 40% degli ospiti al di sotto dei 65 anni di età sono classificati nei RUGs delle Categorie "Deficit Cognitivi" o "Disturbi del Comportamento". Gli Indici di *case-mix* delle strutture variano da un minimo di 0,627 ad un massimo di 1,108 (media 0,807, DS 0,110). Esiste quindi una notevole varianza degli Indici di *case-mix*, che permane anche quando l'analisi è ristretta ai soli ospiti non autosufficienti ed è esclusa la riabilitazione. Le medie degli Indici di *case-mix* variano da Usl a Usl, a seconda del tipo di gestione e con il livello di quota sanitaria, ma le differenze rilevate non raggiungono la significatività statistica (ANOVA P-value rispettivamente 0,322, 0,556 e 0,582).

Conclusioni

Il sistema RUG-III è uno strumento capace di fornire informazioni relative alla tipologia degli ospiti delle RSA e al loro carico assistenziale utili per la programmazione, la gestione e la valutazione dei servizi residenziali per anziani. La nostra esperienza testimonia che il sistema è facilmente applicabile e ben accettato dal personale che lavora nelle residenze. L'elaborazione dei dati raccolti ed il confronto con le caratteristiche delle strutture residenziali studiate costituiranno una base solida sui cui creare un sistema di valutazione della qualità della assistenza.

Bibliografia

- Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. *Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III)*. Med Care 1994; 32:668-85.
- Brizioli E, Bernabei R, Grechi F, Masera F, Landi F, Bandinelli S, et al. *Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy*. Aging Clin Exp Res 2003;15:243-53.

Lo *screening* da parte del medico di Medicina Generale (MMG) identifica anziani non istituzionalizzati ad elevato rischio di morte: risultati preliminari dello Studio ASSI

G. Corsini¹, M. Di Bari², A. Breschi³, A. Pecchioli⁴, F. Ermini⁵, V. Boscherini⁶, F. Muscas⁷, L. Roti⁸, D. Papini⁹, N. Comodo¹⁰, N. Marchionni¹¹, G. Maciocco¹², L. Ferrucci¹³

¹ Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Firenze; ² Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi di Firenze e Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze; ³ Medico di Medicina Generale, Cooperativa Leonardo; ⁴ Medico di Medicina Generale, Cooperativa Medicoop; ⁵ Agenzia Regionale di Sanità, Regione Toscana; ⁶ Laboratorio di Epidemiologia Clinica, Ospedale "I Fraticini", Firenze

Premesse

La presenza di disabilità e/o compromissione cognitiva è un indicatore di fragilità nell'anziano, in quanto predice il rischio di istituzionalizzazione e morte. È pertanto importante disporre di strumenti di *screening* validati per individuare anziani fragili, allo scopo di mettere in atto adeguati interventi di diagnosi precoce o prevenzione. Nell'ambito dello studio Assistenza Socio-Sanitaria in Italia (ASSI), abbiamo valutato il potere predittivo di un questionario di *screening*, compilato dai Medici di Medicina Generale (MMG).

Metodi

Dalle liste della medicina territoriale delle Asl dell'area fiorentina, è stata effettuata l'estrazione casuale di un campione di 5927 assistiti di età ≥ 65 anni. I MMG hanno compilato un questionario, finalizzato all'identificazione di soggetti fragili, da sottoporre ad una intervista personale prevista nella seconda fase dello studio ASSI. Il questionario era composto da 7 item, che esplorano la presenza di disabilità e di deficit sensoriali o di memoria; lo *screening* veniva considerato positivo in presenza di risposta affermativa ad almeno 2 domande. Gli Uffici anagrafici dei Comuni di residenza hanno fornito informazioni sullo stato in vita nei 17 mesi trascorsi tra la compilazione del questionario di *screening* e l'avvio della seconda fase dello studio ASSI.

Risultati

Erano eleggibili per lo studio 5459 anziani; le anagrafi comunali hanno, al momento, fornito dati di sopravvivenza su 3900 partecipanti (71% degli eleggibili). Di questi, 410 (11%; età 75 ± 7 anni, uomini 43%) erano risultati positivi allo *screening*. Al follow-up, 154 partecipanti erano deceduti. La mortalità era 2% nei partecipanti risultati negativi e 17% in quelli risultati positivi allo *screening* ($p < 0.001$). Il valore predittivo dello *screening* era confermato in un modello di regressione di Cox,aggiustato per età, sesso e Comune di residenza: la probabilità di morte cresceva con il numero di risposte positive al test di *screening* (2-3 risposte positive: HR 3.1, 95% CI 2.1-4.8, $p < 0.001$; ≥ 4 risposte positive HR 7.4, 95% CI 4.6-11.8, $p < 0.001$, rispetto a 0-1 risposte positive).

Conclusioni

Un semplice test di *screening* effettuato dal MMG identifica in modo attendibile soggetti anziani fragili non istituzionalizzati ad elevato rischio di morte.

Osservatorio Geriatrico dell'Azienda Usl 9 – Grosseto per le patologie da eccessi termici ambientali e per la sindrome da calore W. De Alfieri¹, A. Martini², S. Rosati³, T. Borgogni⁴, P. Bonini⁵, M. Ciacci⁶
¹ UO Geriatria; ² Coordinamento Servizi Sociali; ³ UO Attività Sanitarie di Comunità; Azienda Usl 9 – Grosseto

Premesse

Nell'estate 2003, la temperatura ambientale ha toccato punte tanto elevate da essere inusuali in tutta l'Europa occidentale. Rispetto agli anni precedenti, i giorni di temperatura molto calda sono stati particolarmente numerosi e con un notevole tasso di umidità. Durante lo stesso periodo è aumentato il numero di decessi, soprattutto di soggetti ultra 75enni, che sono considerati a rischio quando la temperatura è elevata, se: a) hanno un basso livello socio-economico o vivono in condizioni di solitudine; b) godono di una ridotta autosufficienza; c) sono affetti da alcolismo, diabete, ipertroidismo, stati febbrili, agitazione, tremori o soffrono di malattie mentali, cardiache, cerebrovascolari; d) fanno uso di farmaci che possono provocare ipoidrosi, o che alterano la percezione del caldo, o, che modificano le condizioni emodinamiche ed omeostatiche. I dati della letteratura indicano una mortalità variabile dal 10 all'80% dei soggetti colpiti, e l'efficacia del trattamento è soprattutto in relazione alla tempestività degli interventi e quindi della rilevazione della sindrome.

Fino ad oggi, non è stato possibile ricavare dati certi sull'entità del fenomeno e ciò non ha consentito né di programmare misure efficaci di prevenzione, né di calcolare i costi e le conseguenze dell'eventuale ripetersi delle eccezionali condizioni climatiche. Pertanto, prima che la Regione Toscana stabilisse misure d'intervento per "la promozione nei confronti degli anziani nel periodo estivo" (Del.G.R. 301/04), l'Azienda Usl 9 – Grosseto ha deciso di costituire un osservatorio epidemiologico dotato di capacità oper-

ative, che: 1) metta a punto un sistema di rilevazione del fenomeno al suo esordio e nella fase di massimo impatto; 2) elabori strategie preventive; 3) sia in grado di intervenire con misure efficaci sulla morbilità e mortalità.

Metodi

È stato istituito un gruppo di coordinamento multiprofessionale che include un rappresentante della Geriatria, della Medicina Generale, delle Attività Sanitarie di Comunità, del Coordinamento sociale e dei MMG, al fine di implementare le misure previste dalla Regione, progettare percorsi operativi condivisi, creare linee guida diagnostiche e terapeutiche, redigere procedure efficaci per la rilevazione ed il monitoraggio del fenomeno.

È stato inoltre formato un gruppo di lavoro con le rappresentanze ospedaliere (UU.OO. Geriatria e Medicina Generale), di quella Territoriale (Coordinamenti dei Servizi Sociali, MMG, UU.OO. Attività Sanitarie di Comunità), dei Comuni, della Protezione Civile e delle Organizzazioni del Volontariato delle 4 zone-distretto al fine di ottenere:

- l'attivazione di un Osservatorio "Sindrome da calore" che produca un'anagrafe dei soggetti ultrasessantacinquenni, stabilisca le condizioni di rischio socio-ambientale, raccolga e archivi i dati;
- la programmazione concertata degli interventi di prevenzione (ad es: informazione della popolazione con conferenze, uso di spazi informativi sui media locali, distribuzione di materiale divulgativo e stesura di linee guida per il controllo e gli interventi nelle strutture residenziali);
- la programmazione di momenti di formazione del personale, rivolta soprattutto agli operatori delle strutture per anziani e dell'ADI;
- interventi con le Amministrazioni comunali e le Comunità Montane per favorire il miglioramento delle situazioni abitative considerate inidonee e per operare in maniera concertata con offerte variegiate (ad es: ospitalità diurna in ambienti climatizzati, trasporti, telesoccorso e segretariato sociale);
- accordi con le Organizzazioni del Volontariato per una sorveglianza attiva e per interventi di sostegno della popolazione nelle situazioni di rischio

la diffusione dei risultati al termine dell'esperienza.

Risultati e conclusioni

I dati raccolti e la capacità operativa dell'osservatorio consentiranno di affrontare le emergenze dell'estate 2004, ma devono essere utilizzati nei mesi a venire in caso di condizioni climatiche sfavorevoli sia per il caldo, sia per il freddo.

Bisogni assistenziali e supporti disponibili per la popolazione anziana residente a domicilio: metodologia e risultati preliminari di un'indagine epidemiologica nell'ambito del Progetto Assi

F. Ermini¹, M. Di Bari², A. Breschi³, A. Pecchioli⁴, G. Corsini⁵, V. Boscherini⁶, F. Muscas⁷, L. Roti⁸, S. Belli⁹, M. Martinez¹⁰, D. Papini¹¹, N. Comodo¹², N. Marchionni¹³, G. Maciocco¹⁴, L. Ferrucci¹⁵

¹ Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi di Firenze e Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze; ² Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Firenze; ³ Medico di Medicina Generale, Cooperativa Leonardo; ⁴ Medico di Medicina Generale, Cooperativa Medicoop; ⁵ Agenzia Regionale di Sanità, Regione Toscana; ⁶ Laboratorio di Epidemiologia Clinica, Ospedale "I Fraticini", Firenze

Premesse

Precedenti studi hanno stimato la prevalenza di disabilità ed i bisogni assistenziali della popolazione anziana, ma manca una precisa conoscenza di quali e quanti siano i supporti, formali ed informali, disponibili per gli anziani disabili. Nell'ambito del progetto Assistenza Socio-Sanitaria in Italia (ASSI), è stata condotta un'indagine epidemiologica di popolazione per valutare le esigenze assistenziali della popolazione anziana residente a domicilio e la disponibilità e l'estensione della rete di supporto formale ed informale, con lo scopo di stimare l'entità dei bisogni degli anziani disabili che rimangono al momento insoddisfatti.

Metodi

Lo studio si è svolto in due fasi. La prima (settembre 2002) ha coinvolto 100 Medici di Medicina Generale (MMG) dell'area fiorentina, dei cui pazienti di età 65 anni è stato estratto un campione randomizzato, stratificato per età e sesso, di circa 6000 soggetti. Ciascun MMG ha compilato un questionario, precedentemente validato, sulle condizioni di salute e le necessità assistenziali. Nella seconda fase, gli anziani segnalati dal MMG ed il loro care-giver sono stati sottoposti ad intervista domiciliare da parte di assistenti sanitarie, per definirne lo stato funzionale, la disponibilità di aiuti (al momento e nel caso di ulteriore peggioramento) e lo stress del care-giver.

Risultati

Dei 5927 individui selezionati, 5459 erano effettivamente eleggibili. Lo *screening* effettuato dai MMG ha individuato 597 anziani in condizioni di dipendenza fisica (11%). La prevalenza di positività allo *screening* era maggiore nelle donne e, in entrambi i sessi, cresceva con l'età ($p < 0.001$). Nella seconda fase dello studio, i cui dati sono in corso di elaborazione, gli anziani positivi allo *screening* sono stati sottoposti a intervista individuale, diretta a definire le caratteristiche dell'assistenza da essi fornita.

Conclusioni

Con uno *screening* condotto dal MMG, si individuano anziani in condizioni di dipendenza fisica, la cui prevalenza nella popolazione anziana è paragonabile a quella ottenuta in precedenti studi epidemiologici. Nello studio ASSI, sarà possibile confrontare esigenze assistenziali e disponibilità di una rete di supporto per gli anziani disabili.

Sperimentazione di un Registro Demenze Toscano: limiti e potenzialità

P. Francesconi¹, L. Roti², E. Buiatti³, A. Corsi⁴, G. Tognoni⁵, L. Ferrucci⁶

¹ Agenzia Regionale di Sanità della Toscana; ² Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Neurologica, Università di Pisa; ³ NIH-NIA, Baltimora

Scopo della ricerca

Nel contesto del progetto di ricerca finalizzata "Sperimentazione di un Sistema Informativo Regionale per l'Alzheimer", l'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana sta sperimentando un Registro Demenze Toscano che utilizza come sorgente di informazioni i database amministrativi correnti. Oltre ad essere utile per la programmazione sanitaria, il registro potrebbe fornire utili informazioni sulla prevalenza delle Demenze in Toscana e costituire la base per studi epidemiologici. In questo report presentiamo una sintesi dei primi dati raccolti ed i risultati preliminari sulla valutazione della loro qualità.

Materiali e metodi

Il Registro raccoglie dati sui casi di Demenza Primaria, Degenerativa o Vascolare nei residenti in Toscana utilizzando i flussi informativi correnti (Schede Dimissione Ospedaliera - SDO; Schede Prestazioni Ambulatoriali - SPA; Schede Esenzioni per Patologia - SEA; Schede Prestazioni Farmaceutiche - SPF) ed i relativi codici ICD-9". Il Registro include anche i soggetti arruolati nel Progetto CRONOS fino a Novembre 2001. Sono raccolti dati sulla fonte di estrazione, data della prestazione, codice ICD 9 CM, età, sesso, comune di residenza e, come unique identifier, il codice fiscale. È stata ad oggi prodotta la lista univoca di casi prevalenti al 31.12.2001 tramite incrocio con il Registro Mortalità della Toscana. La qualità del Registro è stata valutata in termini di sensibilità e di Valore Predittivo Positivo (VPP).

Risultati

I casi di Demenza prevalenti al 31-12-2001 catturati dal Registro sono 12.261, dei quali 8.287 donne e 3.974 uomini, 11.625 ultra 65enni e 4.234 ultra 85enni, 9.339 estratti dalle SDO, 2.068 dalle SPF, 529 dall'archivio CRONOS e 325 dalle SEA. Le diagnosi più frequenti (considerando Malattia di Alzheimer i casi estratti dall'archivio CRONOS e dalle SPF) sono Malattia di Alzheimer (4.108), Demenza arteriosclerotica (2.803) e Demenza senile, non complicata (2.334). Sono stati "catturati" il 17.6% del totale dei casi di demenza in ultra65enni (66.000) stimato utilizzando i dati di tre studi epidemiologici effettuati in Toscana 1. Il Registro ha "catturato" 11 dei 76 casi di demenza (14.5%) identificati durante una *survey* effettuata in un comune toscano 2. Il Registro ha anche "catturato" 3 dei 1.459 soggetti non diagnosticati dementi nella stessa *survey* (peraltro uno con "Isolato Disturbo di Memoria", uno con "Declino Cognitivo Età Correlato" ed uno con disturbi psichiatrici) con una stima conservativa del VPP di 78.6%. Dei 68 soggetti random "catturati" dal registro e valutati direttamente sinora, 55 hanno un punteggio Clinical Dementia Rating ≥ 1 (presenza di demenza), 8 un punteggio di 0,5 (demenza possibile) e 5 un punteggio di 0 (demenza assente) con una stima conservativa del VPP di 80.9%.

Conclusioni

La sensibilità del Registro è attualmente bassa. Probabilmente molti soggetti affetti da demenza non fruiscono delle prestazioni sanitarie oggetto dei flussi informativi utilizzati e non sempre la demenza, quando non è la causa principale del ricovero, viene riportata tra le diagnosi secondarie nelle SDO. La completezza del registro potrà essere aumentata utilizzando altre fonti (Schede di Prestazione Ambulatoriali, Registro di Mortalità Regionale dell'anno successivo) attualmente non utilizzabili o disponibili. Una stima della prevalenza della Demenza in Toscana partendo dai dati raccolti dal Registro potrà comunque essere ottenuta applicando il metodo della "cattura-ricattura" 3. Dato il buon Valore Predittivo Positivo del Registro, i soggetti "catturati" costituiscono ampie popolazioni di "casi" utilizzabili per studi caso-controllo o di "esposti" utilizzabili per studi a coorte.

Bibliografia

- Ferrucci L. *Il dato epidemiologico toscano. Convegno Regionale: "Il Vecchio e la Malattia: le Patologie Cronico-Invalidanti e le Strategie per il Mantenimento dell'Autonomia"*. Signa (Fi), 27-29 settembre 2001. Abstract disponibile sul sito www.geriatriaonline.it.
- Tognoni G., Ceravolo R., Nucciarone B., Ghicopoulos I, et al. *Evoluzione dello stato cognitivo in una popolazione di soggetti anziani: evidenze da una osservazione longitudinale*.
- Sanderson M., Benjamin JT, Lane MJ, Cornman CB, et al. *Application of capture-recapture methodology to estimate the prevalence of dementia in South Carolina*. *Ann Epidemiol* 2003;13:518-24.

La qualità dell'assistenza agli anziani in Toscana: un set di indicatori per la misura dell'accessibilità e della discriminazione per età

R Gini¹, L Roti², A Barchielli³, E Buiatti⁴, L Ferrucci⁵

¹ Agenzia Regionale di Sanità della Toscana; ² Azienda Usl 10 Firenze; ³ NIH-NIA Baltimora

Scopo della ricerca

L'Agenzia Regionale di Sanità ha promosso un progetto che, utilizzando la metodica Delphi, ha permesso selezione di indicatori per la valutazione della qualità dell'assistenza agli anziani in Toscana. Il set di indicatori di esito e di processo¹ che sono stati selezionati possono essere calcolati sulla base delle fonti informative correnti, e costituire uno strumento utile ad una valutazione comparativa, analitica o sintetica, della qualità dell'assistenza agli anziani tra i diversi territori aziendali della Toscana, almeno per gli ambiti assistenziali considerati.

Materiali e metodi

La lista di indicatori è stata definita mediante il metodo Delphi che è un processo standardizzato di valutazione e costruzione del consenso². Gli indicatori selezionati dovevano essere tutti calcolabili attraverso le fonti informative correnti e disponibili a livello regionale (Schede Dimissione Ospedaliera; Schede Prestazioni Ambulatoriali; Schede Prestazioni Riabilitative; Registro di Mortalità Regionale). Per ogni indicatore sono state calcolate due misure: 1) la proporzione standardizzata per età e sesso del livello della prestazione o dell'esito definiti dall'indicatore, nelle persone sopra i 64 anni; 2) un indice statistico sintetico, standardizzato per età, che riassume il livello di omogeneità/eterogeneità tra le diverse fasce di età di una stessa area (V di Cramèr), confrontando i livelli di prestazione o esito tra i giovani (45-64 anni) e le fasce più anziane. Gli indicatori sono stati calcolati a livello di singola Asl, a livello di "Area Vasta" e a livello regionale, in base alla residenza dei soggetti che avevano ricevuto le prestazioni, e non in base alla struttura erogatrice. La qualità della assistenza viene quindi "interpretata" secondo un'ottica di popolazione assistibile indipendentemente dalla sede o presidio di erogazione.

Risultati

Il processo Delphi ha consentito di individuare 15 indicatori utilizzabili per la rappresentazione della qualità dell'assistenza agli anziani in Toscana. I risultati relativi al calcolo delle due misure per ciascun indicatore, sono stati rappresentati secondo una modalità analitica e una sintetica. In particolare, sono state rappresentate comparativamente le situazioni delle 12 aziende sanitarie toscane, rilevando le differenze staticamente significative osservate sia per livello di prestazioni erogate o di risultato che per i comportamenti discriminanti, misurati con la V di Cramèr.

Alcuni indicatori presentano una forte variabilità (dispersione) tra i diversi ambiti geografici regionali considerati e gli indicatori di processo si caratterizzano, come prevedibile, per un livello di dispersione generalmente più elevato degli indicatori di esito. L'indicatore più disperso in assoluto è quello che riporta la proporzione di soggetti ricoverati in UTIC per infarto miocardico: la dispersione sfiora il 70%. Tra gli indicatori di esito, quello con maggiore variabilità interterritoriale, è il ricovero ripetuto per scompenso cardiaco, con una dispersione del 10%. Per quanto riguarda il livello di discriminazione, l'indicatore che ha presentato un risultato maggiormente significativo, per un'attitudine alla discriminazione per età, è la proporzione del ricorso alla chirurgia conservativa della mammella nelle donne operate per carcinoma mammario. Questi risultati sono presenti e disponibili liberamente su un sito e aggiornati ogni anno in maniera assolutamente automatica.

Conclusioni

La predisposizione di un set di indicatori basati su flussi informativi di dati sanitari correnti presenta vantaggi e alcuni limiti. I vantaggi sono principalmente rappresentati dalla possibilità di analizzare i fenomeni su diverse scale territoriali e su una serie di più anni potendo programmare un loro aggiornamento periodico. Il principale limite è rappresentato dal fatto che l'identificazione di pazienti, procedure ecc. (alla base del calcolo degli indicatori) avviene utilizzando le codifiche già presenti nei flussi correnti e pertanto eventuali errori presenti nei dati originari si riflettono in errori nel calcolo degli indicatori. Il set di indicatori calcolati, analogamente ad altre esperienze internazionali³, si configura quindi come uno strumento utile ad una valutazione comparativa dell'assistenza agli anziani tra territori diversi, capace di suggerire la necessità di analisi più approfondite piuttosto che determinare considerazioni conclusive.

Bibliografia

- Mant J. *Process versus outcome indicators in the assessment of quality of Health Care*. *International for Quality in Health Care* 2001;13:475-80.
- Moscovice I, et al. *Health services research for decision-makers: the use of the Delphi technique to determine health priorities*. *Journal of Health Politics and Policy and Law* 1988;2:388-410.
- Department of Health. *Standard One Rooting out age discrimination*. <http://www.dh.gov.uk/>

I percorsi assistenziali degli anziani con ictus e frattura di femore in Toscana: un'analisi comparativa tra le aziende UsI

L. Roti, F. Tediosi, S. Bartolacci, E. Buiatti
 Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Scopo della ricerca

L'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana ha promosso uno studio basato sulle fonti informative correnti, finalizzato a ricostruire i percorsi assistenziali realmente attuati nelle Asl toscane per gli anziani dimessi dall'ospedale con una diagnosi di Ictus e Frattura di femore, patologie che richiedono frequentemente un periodo riabilitativo e di recupero funzionale successivo all'evento acuto. Obiettivi dello studio sono stati quindi l'analisi comparativa dei percorsi attivati nelle diverse realtà territoriali e la loro valutazione economica.

Materiali e metodi

La ricostruzione dei percorsi è stata effettuata integrando i flussi sanitari regionali, utilizzando il codice fiscale come identificativo dei soggetti e come chiave per il record linkage tra gli archivi. Le fonti informative correnti disponibili a livello regionale sono: le Schede Dimissione Ospedaliera; le Schede Prestazioni Ambulatoriali; le Schede Prestazioni Riabilitative (ex art. 26 L. 833/78); il Registro di Mortalità Regionale.

I soggetti inclusi nello studio sono tutti i residenti nelle Asl della Toscana di età \geq ai 70 anni, che nei primi sei mesi del 2001 hanno effettuato un ricovero ospedaliero con diagnosi di dimissione di Ictus o Frattura di femore. I soggetti selezionati sono seguiti per i sei mesi successivi al ricovero al fine di ricostruire il percorso assistenziale realmente seguito e stimare il consumo di assistenza post-acuta attraverso un record linkage dei dati SDO con gli archivi regionali disponibili. La valutazione economica dei percorsi è stata effettuata utilizzando le tariffe, DRG o da nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche e della riabilitazione, indicate a livello regionale.

Risultati

I soggetti seguiti nei sei mesi successivi al ricovero effettuato per l'evento acuto, sono 3.368 per l'ictus con un'età media di 79,7 anni e 3.017 per la frattura di femore con un'età media di 83. La degenza media dei primi è di 10,4 giorni e con una mortalità intraospedaliera del 15,3%; la degenza media dei soggetti con frattura di femore è invece di 14,8 giorni con una mortalità del 2,7%.

Complessivamente, a livello regionale, nel 69,7% dei casi dimessi vivi dall'ospedale per ictus, i flussi in esame non evidenziano alcuna prestazione riabilitativa nei sei mesi successivi, con una variabilità tra Aziende che oscilla dal 59% all'86%. Invece, per i soggetti dimessi vivi per frattura di femore, questa percentuale è pari al 52,7% con un range compreso tra 29,5 e il 77,3%.

Nel caso dei soggetti dimessi per ictus, il 9% riceve come prima prestazione in fase postacuta un ricovero in reparti di Riabilitazione (cod. 56) (range 0-23%), l'8% una prestazione specialistica riabilitativa (0-15%) e nel 4% una prestazione riabilitativa ambulatoriale o residenziale (0-10%). Il 9% infine muore nei sei mesi senza che alcuna prestazione sia registrata nei flussi. Analogamente, nel caso dei soggetti con frattura di femore l'11% riceve come prima prestazione in fase postacuta un ricovero in reparti di Riabilitazione (cod. 56) (range 0-33%), il 12% una prestazione riabilitativa, ambulatoriale o residenziale (0-36,5%), l'11% una prestazione specialistica riabilitativa (0-38,5%) e il 4% effettua invece un ricovero in Lungodegenza (0-16,2%). Anche in questo caso il 9% decede entro i sei mesi senza alcuna prestazione rilevata.

Dal punto di vista economico, in Toscana, il valore medio dell'assistenza post-acuta erogata ai soggetti dimessi vivi per ictus nei sei mesi successivi al ricovero acuto, è di 903 euro, mentre quello per frattura di femore è di 1.439 euro. Se consideriamo invece il valore economico dei percorsi realmente attivati, riferendoci quindi solo ai soggetti che hanno effettuato almeno una prestazione successiva al ricovero, il valore medio è di 2.373 euro per l'Ictus e 2.935 per la frattura del femore.

Conclusioni

L'utilizzo integrato delle fonti informative correnti disponibili in Toscana ha mostrato di poter essere una metodologia affidabile per un'attività di benchmarking fra le scelte attivate nelle Asl.

I risultati dello studio mostrano una notevole variabilità dei percorsi attuati, sia dal punto di vista del livello che della tipologia di prestazioni erogate, sia dal punto di vista delle conseguenze economiche. L'eterogeneità dei percorsi è probabilmente una conseguenza del fatto che ad oggi, in assenza di modelli o standard organizzativi e di cura definiti, il determinante principale dell'articolazione dei processi assistenziali è rappresentato dall'offerta locale di servizi di riabilitazione e attività di cure intermedie. L'aggiornamento dei risultati con i dati di attività dell'anno 2002 consentirà una prima valutazione di eventuali cambiamenti organizzativi in corso nelle aziende sanitarie.

Sperimentazione di un sistema informativo regionale per l'Alzheimer: questionario di valutazione dei servizi- progetto della regione toscana (assessorato politiche sociali)

G. Serra, A. Corsi, G. Gori

* Ospedale "i Fraticini" INRCA, Firenze; * Agenzia Regionale di Sanità Toscana, Firenze

Scopo della ricerca

Il progetto si propone di creare un questionario di valutazione qualitativa, da somministrare iterativamente, e che permetta di monitorizzare tutte le strutture (RSA, Centri Diurni e Servizi Territoriali) deputate all'assistenza del paziente affetto da Malattia di Alzheimer (MA), valutando inoltre la loro effettiva continuità "in rete".

Materiali e metodi

È stata analizzata la legislatura vigente in materia, sia in ambito Regionale Toscano, che in ambito Nazionale, per la definizione dei parametri e degli standard di riferimento tecnico-strutturali da utilizzare come linee guida; si è poi proceduto ad un censimento delle strutture presenti in ambito locale, pubbliche, private e convenzionate, RSA, Centri Diurni, servizi di Assistenza Domiciliare, per valutare come si configurano il rapporto numero posti-richieste sul versante quantitativo e qualitativo, quanto l'assistenza sia omogenea ed a che standard si collochi.

L'analisi della letteratura scientifica presente in materia di MA, ha riguardato le pubblicazioni inerenti la patologia in oggetto e la sua evoluzione clinica, i protocolli di gestione del paziente e l'edificazione di strutture funzionali al problema.

Lo strumento costruito integrando tali ricerche, è stato "testato" in strutture "campione" del territorio toscano, operando i correttivi richiesti da eventuali incongruenze teoriche e quelli opportuni suggeriti dagli operatori.

Risultati e conclusioni

Il questionario presenta "items" corredati da ampie note esplicative, permettendo all'operatore una buona discrezionalità di giudizio; vengono esaminati i parametri non "regolamentati"; la finalità è una "eccellenza", che potrà essere "presente", "in adeguamento", "progettata", o "non contemplata"; lo strumento potrà essere utilizzato, senza un training impegnativo, su tutto il territorio. In ogni caso, la costruzione di un "database", avvenuta parallelamente a quella del questionario, permette anche l'utilizzo a fini statistici dei dati rilevati. Il sistema di punteggio con cui verrà compilato il questionario segue i canoni già presenti in molti sistemi di autovalutazione, alcuni già pubblicati: 0: assenza di requisito; 1: requisito incompleto e non esiste progetto di adeguamento; 2: requisito di cui esiste progetto di adeguamento; 3: requisito sufficiente; 4: requisito completo; 5: requisito eccellente. L'arbitrarietà del giudizio è in parte limitata dall'allargamento delle note esplicative sugli "Items". Ad ogni sezione esaminata verrà dato un punteggio.

La sufficienza del servizio è stata arbitrariamente definita dal raggiungimento del punteggio 3 nel 75% dei requisiti richiesti in tutte le sezioni; i requisiti eccellenti entrano in gioco ove sia presente il 100% di punteggi 3 (sufficienti); questo perché si vuole premiare chi offre un servizio qualitativamente omogeneo su tutti i fronti e non chi cura bene soltanto alcuni aspetti; lo schema comunque permette già delle "falle", dato che viene tollerata una carenza del 25% su ogni sezione (1/4 dei requisiti insufficienti); il sistema vuole premiare la progettualità che accompagna questi servizi, e che li dovrà portare oltre quei minimi necessari per legge. Ovviamente questa progettualità dovrà essere verificata nel tempo; quindi se una struttura ha il 75% su tutte le sezioni all'inizio delle verifiche e continua ad averlo, ad esempio dopo 3 anni dalla prima verifica, perderà la sufficienza, venendo "retrocesso" d'ufficio nella categoria inferiore.

Quindi, a completamento del sistema di conteggio potrà essere stilata una scheda sintetica che indichi dove la struttura può migliorare e dove è invece ottima.

- La struttura ha meno del 75% in una sola sezione: insufficiente.
- La struttura ha almeno il 75% su tutte le sezioni sarà: sufficiente.
- La struttura ha più del 75% in metà delle sezioni: discreta.
- La struttura ha più del 75% in di sezioni: buona.
- La struttura ha più del 75% ma meno del 100% in tutte le sezioni: ottima.
- La struttura ha 100% in tutte le sezioni: eccellente (se inoltre presenta il 25% dei requisiti a 5 potrà beneficiare di eventuali "bonus" su verifiche successive; ad esempio il mantenimento della categoria per un periodo superiore a quello previsto dalla verifica successiva oppure incentivi economici).

Evoluzione dello stato cognitivo in una popolazione di soggetti anziani: evidenze da una osservazione longitudinale

G. Tognoni, R. Ceravolo, B. Nucciarone, I. Ghicopoulos, F. Bianchi, L. Manca, G. Gambaccini, L. Murri

Dipartimento di Neuroscienze, Clinica Neurologica, Università di Pisa; * Unità di Epidemiologia, Istituto di Fisiologia Clinica, CNR, Pisa

In seguito ad uno studio di prevalenza della demenza in una popolazione di età superiore ai 65 anni, in un Comune della Provincia di Pisa, è stato

effettuato un follow-up dopo un intervallo di 2 anni. L'obiettivo dello studio era identificare il rischio di sviluppare una demenza, in un gruppo di soggetti selezionati nella precedente indagine epidemiologica in base al tipo di compromissione cognitiva e all'età. I parametri considerati erano la progressione verso la demenza, eventuali miglioramenti o stazionarietà del quadro cognitivo iniziale e la mortalità per ogni tipo di disturbo cognitivo.

Sono stati inclusi nello studio 330 soggetti, residenti nel Comune di Vecchiano, di cui 102 ultraottantacinquenni che nella indagine condotta nel 2000 avevano ottenuto prestazioni cognitive normali (*Mini Mental State Examination* > 23, *Clinical Dementia Rating* < 0,5); 79 individui (età media: aa 73,75 ± 6,43) che erano stati identificati come *Mild Cognitive Impairment* (MCI) secondo i criteri della *Mayo Clinic Alzheimer's Disease Research Centre*, infine 149 soggetti (età media: aa 80,39±8,22) diagnosticati come *Ageing Related Cognitive Decline* (ARCD) in base al DSM IV. A tutti è stata proposta una nuova valutazione medica, neuropsicologica ed eventuali esami strumentali, allo scopo di definire lo stato cognitivo al momento dell'osservazione.

Nei soggetti ultraottantacinquenni le nuove diagnosi di demenza e ARCD erano rispettivamente del 10,2% e del 17,9%; la mortalità era 15,7%.

La conversione verso la demenza è stata evidenziata nel 16,1% dei soggetti ARCD e nel 29,1% dei MCI. Una stazionarietà del quadro cognitivo è stata rilevata nel 37,6% degli ARCD e nel 40% dei MCI; la mortalità era 16,8% e 10,1% rispettivamente nei soggetti ARCD e MCI sensibilmente inferiore rispetto a quella dei soggetti affetti da demenza: 32,3% nella Malattia di Alzheimer, 52,4% nella Demenza Vascolare.

In base a questi risultati è possibile affermare che i criteri per la categoria MCI sono più specifici rispetto a quelli degli ARCD per identificare soggetti con maggior rischio di sviluppare demenza, anche se forse non hanno una elevata sensibilità, vista l'elevata percentuale di stazionarietà. Inoltre non solo la demenza, indipendentemente dal tipo, ma anche una

compromissione cognitiva multipla sembra associata con un maggior rischio di mortalità.

La valutazione di outcome degli interventi per le persone anziane: strategie, metodi e possibili soluzioni

T. Vecchiato

Fondazione "E. Zancan", Padova

Il tema della valutazione di outcome non ha ancora trovato un adeguato sviluppo nelle pratiche operative, pur essendo fortemente raccomandato dalla programmazione nazionale e regionale, dalle linee guida cliniche e organizzative, dalle associazioni di tutela degli utenti.

Sono disponibili soluzioni di natura teorica e metodologica, ma permangono considerevoli difficoltà in parte riconducibili alla necessità di meglio consolidare le teorie di riferimento e di meglio definire i percorsi metodologici e i relativi strumenti.

A questo fine verrà proposto un quadro di sintesi sui principali riferimenti teorici e sulle soluzioni operative, evidenziando le metodologie di supporto utili per realizzare valutazioni di *outcome* di tipo assoluto e di tipo relativo.

Verranno inoltre presentate soluzioni per gestire indici compositi di *outcome*: in grado cioè, ad esempio, di integrare misure di spesa e misure di *outcome*, contenuti di offerta e misure di *outcome*.

I contenuti proposti verranno presentati e contestualizzati all'interno dei percorsi di ricerca promossi dalla Regione Toscana relativamente alla definizione:

dei livelli essenziali di assistenza sociosanitaria per malati di Alzheimer e di ictus, delle condizioni di efficacia dei trattamenti nei centri diurni per malati di Alzheimer degli indici di efficacia raccolti nell'ambito della sperimentazione di linee guida per la gestione integrata delle cure domiciliari.