



Società Italiana di  
Gerontologia e  
Geriatra

LETTURA

## La valutazione di outcome in geriatria

### The outcome evaluation in geriatrics

T. VECCHIATO

Fondazione "E. Zancan", ONLUS

Questions related to outcome evaluation in the geriatric field are investigated starting from some main issues: nature of the outcomes, methodologies to recognise them and criteria for evaluating them. Different approaches have been considered for this purpose, and documented by recent publications on this topic (Higgins, et al. 2004; Pitkala, et al. 2004; Tambe, et al. 2004; Tanaka, et al. 2004; Demers, et al. 2004).

Recent works on outcome evaluation focus on the prospective evaluation of the pharmacological impact through SPECT analysis, the concordance therapy and its effects, the treatment of older people with by Weber B fractures, the Conceptual Framework for the Assessment of Geriatric Rehabilitation Outcomes (FAGRO) and the predictive values of positive life orientation, in terms of gain in life terms.

The analysis highlights the importance to distinguish between absolute and relative outcome, sectoral and global outcome, prospective – namely prior to the intervention – and ex-post obtained outcome. The article analyses the approaches proposed by International Classification of Functioning, disabilities and health (ICF), HoNOS and Polar Scheme and highlights the possibility of developing new methodologies in order to give a more systematic framework to the outcome-based evaluation approach. It will be important to bear in mind how different kind of outcomes – ex-ante/ex-post outcome, and global outcome – can be detected considering different variables, by nature and context and their potentialities.

*Key words:* Outcome • Evaluation

### Perché investire nella valutazione di outcome

La valutazione di efficacia è da tempo questione centrale nei servizi alle persone, in quanto base conoscitiva necessaria per riconoscere e approfondire i risultati. Interessati ad essi sono i destinatari dei servizi alle persone e, insieme con loro, i professionisti e quanti collaborano al lavoro di cura.

Le domande connesse alla valutazione di outcome non si esauriscono nelle questioni proprie dell'efficacia. Spesso esse si allargano e si confondono con problemi relativi all'efficienza, al rapporto costi benefici, alla qualità dei processi attivati.

Per questo va ribadito che la valutazione di outcome si interessa propriamente e direttamente dei problemi propri dell'efficacia. Le domande che traducono questa priorità sono ad esempio: quello che abbiamo fatto è stato effettivamente utile per i destinatari del nostro lavoro? I problemi per i quali si è lavorato sono stati ridotti o superati? Quale relazione tra benefici raggiunti e risultati attesi? Le risposte ottenute, oltre che a vantaggio delle persone interessate, comportano benefici anche per le altre persone con cui esse vivono?

L'utilizzo di queste ed analoghe domande caratterizza la valutazione di outcome come area di azione specifica, da non confondere quindi con altre forme di valu-



PACINeditore

■ Corrispondenza: dott. Tiziano Vecchiato, Fondazione "E. Zancan", ONLUS, via Vescovado 66, 35100 Padova, Italy - Tel. +39 049 663800 - Fax +39 049 663013 - E-mail: tizianovecchiato@fondazionezancan.it

tazione (di processo, di risultato, di efficienza, di soddisfazione ...), pur riconoscendo le interdipendenze tra queste dimensioni (Canali et al., 2003).

Nel caso ad esempio della valutazione di processo e di risultato, gli interessi in gioco sono soprattutto quelli dei produttori dei servizi, che si interrogano sulla natura e quantità di risorse messe a disposizione, del modo di gestirle, sulle scelte operative, sull'appropriatezza di quanto viene fatto. Nel caso invece della valutazione di outcome gli interessi si concentrano sulle ragioni della efficace risposta ai bisogni affrontati, al superamento dei problemi, cioè a quanto descrive l'impatto delle azioni realizzate rispetto alle condizioni di partenza.

Pertanto l'obiettivo di questo contributo è discutere alcune possibili soluzioni ai problemi sul tappeto (teorici e metodologici), tenendo conto del criterio di specificità degli outcome considerati. Essi interessano le persone, le famiglie e le comunità territoriali in cui esse vivono.

## Concetti connessi

Per meglio definire la valutazione di outcome può essere utile differenziarla da quella di risultato produttivo (output). L'output infatti definisce il risultato di un'azione rispetto al punto di vista di chi l'ha realizzata e che quindi ha la necessità di mettere in relazione le risorse investite (input) con quanto e come è stato prodotto. Ma non sempre la qualità del prodotto comporta "efficacia" per chi beneficia di un certo intervento. Infatti il reale beneficio va misurato in termini di superamento del bisogno, di riduzione del disagio, di efficace gestione del problema. Talora un buon "output" può essere predittivo (proxy) di outcome anche se questo rapporto di prossimità non è scontato.

Mettendo in rapporto misure di input e di output si possono ottenere misure di efficienza tecnica o economica. In termini economici possiamo dire di aver ottenuto buoni risultati quando:

- a) la stessa quantità di servizio è stata prodotta ad un costo inferiore;
- b) quando siamo riusciti ad incrementare i livelli di servizio o i loro standard senza un analogo aumento dei costi;
- c) quando un'attività più utile e appropriata è stata introdotta al posto di attività meno in grado di soddisfare tale requisito;
- d) quando attività di fatto inutili sono eliminate dal sistema di produzione ed erogazione dei servizi.

Volendo esemplificare il significato operativo di cosa significa fare valutazione di outcome a livello

di singolo caso, si può fare riferimento a quattro tipi di misure:

*preliminari*: relative cioè alla situazione come si presentava prima dell'intervento;

*attese*: relative a come si è ipotizzato che la situazione può cambiare a seguito della realizzazione di progetto personalizzato di intervento;

*intermedie e finali*: come cioè è risultata effettivamente cambiata la situazione della persona e - quando presente - della famiglia dopo la realizzazione di un processo di cura.

Le differenze rilevate sono misure di outcome, da riconoscere nella condizione organica, cognitiva, funzionale, relazionale della persona, cioè in una visione multifattoriale.

## Approcci alla valutazione di outcome in geriatria

Vedremo cinque approcci alla valutazione di outcome, prendendo come esempio alcune recenti pubblicazioni sull'argomento: Demers et al., 2004; Higgins et al., 2004; Pitkala et al., 2004; Tambe et al., 2004; Tanaka et al., 2004. Come vedremo, gli autori affrontano la valutazione di outcome in geriatria a partire da diverse prospettive. Alcuni ragionano in termini di outcome rilevato sulla base di indici organici e funzionali (ad esempio Tanaka et al., 2004). Altri considerano lo stesso problema guardando ad altre variabili, quali il rapporto persona ambiente e il rapporto tra persona e arco di vita. Nei cinque esempi avremo modo inoltre di identificare come il solo impegno di misurazione non può bastare per fondare percorsi di valutazione di outcome affidabili, capaci cioè di riconoscere i contenuti e la qualità degli outcome ottenuti: in termini di benefici settoriali (outcome settoriale) e di benefici globali (outcome multifattoriale).

### Esempio n. 1 – SPECT analisi

Tanaka et al. (2004) guardano all'outcome indotto da interventi farmacologici, misurato con fattori osservabili di tipo organico. Le variabili sono ottenute tramite SPECT analisi. Descrivono misure di irrorazione sanguigna cerebrale (rCBF) relative a persone affette da malattia di Alzheimer, trattate con Donezepil. Ai nostri fini non è rilevante entrare nel merito del dibattito in corso (Hogan, 2004) sulla fragilità delle prove di efficacia riguardanti gli

inibitori dell'acetilcolinesterasi<sup>1</sup>. Tanaka et al. (2004) analizzano la correlazione tra misure di outcome descritte su base rCBF e misure riportabili ai domini della NPI, senza tuttavia individuare valori significativi sotto questo profilo. I risultati della osservazione sono descritti nella successiva Figura 1 per tre gruppi di pazienti.

Gli stessi Autori, a seguito dell'analisi, concludono che il metodo utilizzato può rivelarsi utile per prevedere probabili risposte di tipo comportamentale dei soggetti trattati con Donezepil e stimarne i benefici attesi.

Dal nostro punto di vista, si tratta di un modo di procedere che considera "outcome prospettici" di un fattore implicato nell'intervento (in questo caso un farmaco) a sostegno o meno del suo utilizzo. Per questo non siamo in presenza di valutazione di outcome in senso proprio, ma di misure di valutazione preliminare del bisogno a supporto di decisioni di intervento. Tali misure consentono successive valutazioni di outcome settoriale, legate al funzionamento di un certo organo (in questo caso irrorazione cerebrale) in quanto, nell'articolo considerato, non vengono presentate altre misure di outcome, quali variabili comportamentali, variabili descrittive dello stress del caregiver o altre variabili di funzionalità di vita quotidiana connesse a disturbi del comportamento.

In senso proprio, lo vedremo in seguito, la valutazione di outcome dovrebbe invece avere un orizzonte più ampio e considerare l'outcome come misura descrittiva dei benefici di salute della persona considerata nella sua globalità, integrando misure di outcome settoriale con misure di outcome glo-

bale, cioè guardando complessivamente ai bisogni della persona nelle sue dimensioni organiche, funzionali, cognitive, relazionali e socioambientali.

Misure del tipo rCBF, descritte nell'articolo considerato e rilevate in tempi diversi (da  $T_0$  a  $T_n$ ), possono pertanto risultare utili per descrivere una variabile da includere in indici multidimensionali. Inoltre, a nostro giudizio, lo stesso impatto farmacologico potrebbe risultare meglio e più correttamente valutato proprio integrando misure di outcome settoriale con misure di outcome multifattoriale e verificando come gli effetti attesi di una variabile sono riconoscibili in più dimensioni (organiche, funzionali e relazionali) descrittive della più globale condizione di vita della persona.

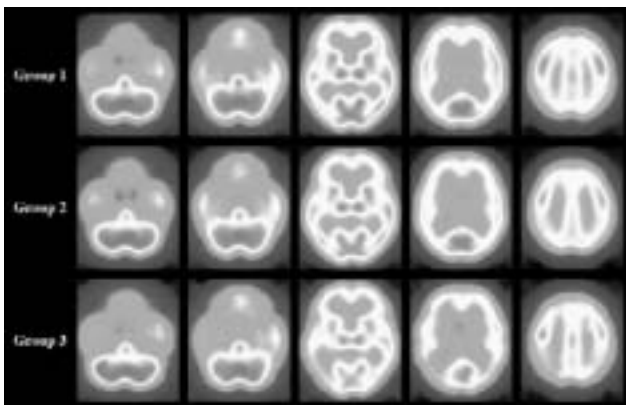
## Esempio n. 2 – Concordance therapy

È noto come il trattamento con antidepressivi risulta più efficace nella misura in cui la persona collabora attivamente nel processo terapeutico o, quantomeno, condivide la natura delle decisioni e le loro finalità. Si tratta di un principio che non vale soltanto per la depressione ma riguarda tutti gli interventi di aiuto, cura e trattamento dei bisogni umani. Dovrebbe, a maggior ragione, valere quindi quando la depressione configura maggiori ostacoli a questa possibilità.

Higgins, Livingston e Katona (2004) affrontano le questioni proprie della valutazione di outcome con riferimento a persone anziane affette da depressione, trattate con antidepressivi e antipsicotici. Notano che la "Compliance Therapy" può integrare favorevolmente altri interventi e risultare determinante ai fini dell'efficacia. Lo studio è orientato a verificare quanto questo metodo può influire nel raggiungimento di outcome positivi. Il metodo utilizzato prevede il coinvolgimento di un gruppo controllato randomizzato nell'area dei servizi di salute mentale per persone anziane. Il gruppo trattato con la "Concordance therapy", composto da 10 pazienti, ha ricevuto 3-4 sessioni di terapia. Le verifiche sono state effettuate a 1 e a 3 mesi.

Lo studio ha dimostrato che la terapia era risultata più efficace con pazienti che avevano maggiori probabilità di prendere antidepressivi, maggiore qualità di vita, minori sintomi depressivi e minori probabilità di rientrare tra i casi affetti da depressione a distanza di un mese. Tuttavia, trat-

**Fig. 1.** Immagini SPECT per tre gruppi di pazienti.



<sup>1</sup> Hogan et al. (2004) considerano comparativamente tre studi (due Donezepil e un Galantamina) e li giudicano scarsamente attendibili, essendo basati su misure di outcome secondario (e non su quelle di outcome primario, a volte nemmeno definite) e spesso con arco temporale troppo limitato.

tandosi di uno studio pilota con basso numero di pazienti, i risultati non sono statisticamente significativi.

Sul piano metodologico è stata utilizzata la Hamilton Rating Scale per la depressione (HRSD), la qualità della vita è stata misurata con il Twelve-Item Health Status Questionnaire (HSQ-12) ed è stato utilizzato il questionario sulle opinioni del trattamento medico (Beliefs About Medication Questionnaire, BMQ).

A nostro giudizio, questo esempio ben rappresenta la difficoltà di standardizzare le modalità di trattamento, dovendo gli sperimentatori governare un set multifattoriale di variabili. Per questo, molto utile è risultato l'utilizzo di un manuale operativo per ridurre la variabilità delle scelte terapeutiche, rendendo meglio identificabili i fattori incidenti sull'intervento e sui successivi outcome, malgrado la difficoltà di stabilire, una relazione tra i risultati e i fattori determinanti il loro conseguimento.

Le misure di outcome ottenute nel gruppo sperimentale e in quello di controllo sono tuttavia sufficienti a motivare studi più sistematici finalizzati a meglio circoscrivere la filiera che collega le scelte terapeutiche con la natura dei risultati conseguibili con questa metodologia. Diversamente dall'esempio n. 1, in questo caso la valutazione di outcome privilegia il beneficio complessivo di salute delle persone coinvolte nella sperimentazione (outcome multifattoriale), verificando le variazioni positive in diverse dimensioni.

Se da una parte, quindi, procedendo in questo modo si possono perdere gradi di controllo nelle relazioni tra variabili (semplici nell'esempio 1 e multifattoriali nell'esempio 2), dall'altra però si accetta di introdurre una "black box", una scatola nera come parte costituente la filiera valutativa, tra la fase della valutazione del bisogno e la fase di valutazione finale. Il risultato è il seguente: in sede finale emerge con sufficiente evidenza la variazione di outcome globale ottenuto, pur non potendo tecnicamente esplorare a sufficienza i contenuti della scatola nera (cioè le relazioni tra variabili al suo interno), riuscendo comunque a registrare i benefici di salute del protocollo utilizzato rispetto al gruppo di controllo trattato con metodologia tradizionale.



**Fig. 2.** Paziente trattato a seguito di frattura di Weber di tipo B.

### Esempio 3 – Weber B fractures of the ankle

L'articolo di Tambe, Swami, Murali e Browne (2004) descrive una nuova tecnica di fissaggio delle fratture di Weber di tipo B<sup>2</sup> e della relativa valutazione di outcome. La classificazione di Weber (1972) è un sistema di valutazione radiografica delle fratture della fibula in relazione al loro livello rispetto alla sindesmosi della caviglia (articolazione tibio-fibulare distale unita da legamenti). È noto che le fratture di questo tipo in persone anziane comportano maggiore difficoltà di fissaggio. Gli autori presentano i risultati ottenuti con fili percutanei (Fig. 2) al fine di migliorare l'esito.

Come nel primo esempio, in questo terzo caso la valutazione di outcome è circoscritta ad una sub-area di osservazione, di tipo organico e non considera i guadagni di funzionalità dell'apparato considerato in contesto di vita quotidiana. Non sappiamo cioè l'entità di outcome conseguito dalla persona destinataria dell'intervento: se ad esempio ha ripreso a camminare, se è in grado di svolgere precedenti attività, se e quali benefici ha ottenuto oltre a quello evidenziato.

In questo caso abbiamo una misura di outcome settoriale in attesa che altri centri di responsabilità realizzino una valutazione di outcome multifattoriale. La domanda che sorge in questi casi è se questo modo di procedere sia sufficiente, dato che la misura di outcome settoriale non può essere correttamente utilizzata come indicatore proxy di outcome globale, dal momento che per le persone anziane il recupero di organo non significa necessariamente un conseguente recupero funzionale.

<sup>2</sup> Tipo A: frattura sotto la sindesmosi; tipo B: frattura a livello della sindesmosi con il legamento tibio-fibulare solitamente intatto; tipo C: frattura sopra la sindesmosi con rottura del legamento tibio-fibulare.

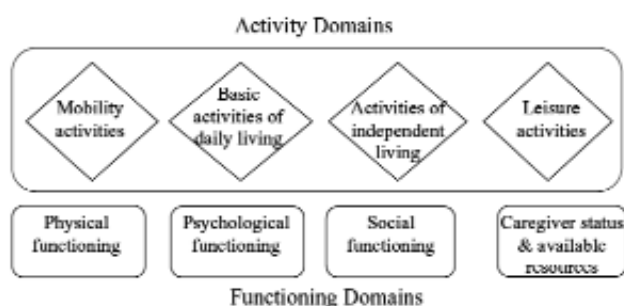
### Esempio n. 4 – FAGRO (The conceptual framework for the assessment of geriatric rehabilitation outcomes)

Per una corretta valutazione di outcome gli autori (Demers et al., 2004) propongono FAGRO, un modello concettuale per la valutazione di outcome a seguito di percorsi riabilitativi. La strategia si caratterizza in termini di risposte a domande quali: la persona è tornata in grado di compiere le attività di base della vita quotidiana (mangiare, vestirsi, utilizzare i servizi igienici, lavarsi, cucinare ...), avere relazioni con altre persone (familiari, amici, conoscenti ...), gestire gli stati d'animo e le proprie ansie, gestire le risorse e i beni personali, muoversi nel proprio ambiente di vita e coglierne le opportunità, dedicare parte del proprio tempo ad attività piacevoli e di sollievo.

Il quadro di analisi è vasto e sostanzialmente raggruppabile in aree tematiche riconducibili a tre ambiti: quello delle attività fisiologiche di vita quotidiana, quello delle attività caratterizzanti la vita indipendente, quello delle attività proprie della vita sociale e del tempo libero. In filigrana si possono identificare i domini più generali delle abilità inerenti le funzionalità fisiche e organiche, le funzionalità psicoaffettive e quelle favorenti la vita sociale e di relazione.

Sulla base di questa proposta, se un trattamento terapeutico non tiene conto di queste dimensioni non si può sostenere che esso sia globalmente efficace, cioè valutabile in termini di outcome specifico e di outcome multifattoriale. Il quadro concettuale proposto da Fagro prende in considerazione anche le persone che, a diverso titolo, risultano implicate nell'intervento, quali ad esempio familiari e volontari. A questo fine la mappa mentale che gli autori propongono per garantire valutazioni di outcome multidimensionali è rappresentata dalla successiva Figura 3.

**Fig. 3.** Il Quebec Fagro (Conceptual framework for the assessment of geriatric rehabilitation outcomes) Fonte: Demers et al., 2004.



Ogni elemento della mappa rappresenta un oggetto di valutazione specifico e complementare agli altri, da valutare quindi congiuntamente in modo analitico e sintetico. Da qui la proposta di far convergere valutazioni composite di outcome, idonee a rappresentare i cambiamenti e i benefici di salute per la persona e quanti fanno parte del suo spazio di vita.

Ai nostri fini questa prospettiva è auspicabile ma, ai fini pratici, il testo non consente di associare la mappa concettuale alla strumentazione operativa necessaria per governare l'insieme delle variabili necessarie per valutazioni multifattoriali di questa portata.

### Esempio n. 5 – Predictive value of positive life orientation

Il contributo di Pitkala, Laakkonen, Strandberg e Tilvis (2004) parte dalla osservazione quotidiana che gli stati d'animo negativi, derivanti da depressione, solitudine, sfiducia ..., sono altrettanti fattori predittivi di decadimento dello stato di salute in età anziana. Se da una parte molte ricerche considerano questo fenomeno, non è documentato un analogo investimento finalizzato a comprendere l'influenza che gli stati d'animo positivi (senso di fiducia, soddisfazione, senso di integrazione sociale ...) possono indurre in termini di guadagno di salute.

Nell'affermare questo gli Autori sono consapevoli che si tratta di evitare conclusioni superficiali e banalizzanti il problema. È noto infatti come un impatto negativo sulla condizione di salute può essere collegato a eccessi di ottimismo e ad atteggiamenti di fiducia non realistici. Pitkala et al. documentano come dopo 10 anni, il 54,5% di persone con atteggiamento positivo sono ancora in vita rispetto al 39,5% del campione rimanente.

Malgrado il peggioramento nelle ADL, il tasso di rischio non cambia anche se la sua significatività è ridotta. Quando il punteggio totale della scala di depressione di Zung è stato aggiunto come covariata, l'impatto dell'atteggiamento positivo nei confronti della vita è rimasto ancora significativo. Nel modello di regressione logistica (età, sesso e misure di salute globale inserite in covariate) il senso di orientamento positivo rappresentava un fattore protettivo anche per persone in assistenza residenziale.

Gli autori concludono come la possibilità di incidere sulla macro-variabile considerata (rappresentabile in termini di stati d'animo positivi, program-

mi per il futuro ...) contribuisce significativamente alla definizione di outcome positivi. Nei progetti personalizzati di intervento essi possono diventare risultati attesi, il cui conseguimento va misurato e verificato nel tempo.

## Considerazioni di sintesi

1. L'analisi sviluppata su cinque casi di studio ha evidenziato come la valutazione di outcome in geriatria possa essere distribuita a diversi livelli di completezza del dato osservativo e valutativo.

Autori	Outcome di tipo	
	Settoriale	Globale
Tanaka et al. (2004)	✓ <sup>3</sup>	
Higgins et al. (2004)		✓
Tambe et al. (2004)	✓	
Demers et al. (2004)		✓ <sup>4</sup>
Pitkala et al. (2004)		✓

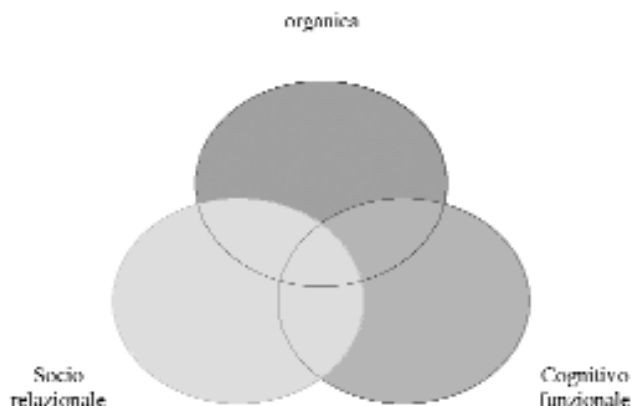
La distinzione tra outcome settoriale e outcome globale o multifattoriale pone il problema di come collegare e gestire misure mono- e multifattoriali, per evitare che quanto proposto come outcome di settore non sia altro che "output" di fase. Questo avviene quando siamo in presenza di un processo di produzione di servizio che non contiene tra i suoi elementi esplicativi misure di outcome, cioè variabili descrittive del miglioramento della condizione di vita della persona. L'outcome infatti, per sua natura, è beneficio fruibile dalla persona da verificare e valutare con misure di quantità, affidabilità e qualità dei benefici acquisiti, distribuiti nelle aree descritte dalla successiva Figura.

2. I metodi di verifica e valutazione analizzati sono di letteratura attuale (anno 2004) per rappresentare, sia pure in modo parziale, contenuti rilevanti del dibattito in corso. Gli esempi illustrati basano le loro argomentazioni su:

- dati osservativi prima/dopo, ottenuti con tecniche di diagnostica per immagini (Spect analisi e con altre tecniche diagnostiche);
- dati ottenuti con scale di misurazione;
- dati ricavati dall'osservazione diretta.

Questo evidenzia come il problema della valutazione di outcome non può essere circoscritto a batte-

Fig. 4. Aree di valutazione di outcome in geriatria.



rie di indicatori standardizzati ma che, proprio aprendosi a diverse modalità di misurazione, si possono conseguire risultati di più ampia portata (De Leo et al., 2004).

3. Negli esempi proposti non sono presenti misure di outcome relativo di secondo livello. Si parla di outcome relativo di primo livello quando si mette in relazione la situazione prima dell'intervento (fattori osservati al tempo  $T_0$ ) e dopo l'intervento (fattori osservati al tempo  $T_1$ ).

Si parla di outcome relativo di secondo livello quando, oltre a fare questo, si mette in rapporto la misura di outcome atteso e quella di outcome ottenuto sulla base della seguente formula  $[T_{\text{atteso}}/T_{\text{ottenuto}}]$ . Il campo di variazione potrà essere standardizzato rendendo così più immediato il confronto tra i livelli di outcome conseguiti in contesti operativi diversi. La differenza tra il primo e il secondo livello di valutazione è particolarmente rilevante, se si tiene in considerazione che le misure attese di outcome dovrebbero essere definite sulla base delle evidenze scientifiche disponibili e, nello stesso tempo, dimensionate sulla concreta e personale situazione della persona interessata al trattamento (Maluccio et al., 2002; Vecchiato et al., 2002).

## Tre strategie a confronto

Le dimensioni da considerare in sede di valutazione di outcome sono quelle che descrivono globalmente cambiamenti nella sfera personale, nella sfera relazionale e nella sfera dei rapporti interpersonali propri dello spazio di vita della persona. Si tratta di dimensioni ben presenti nelle metodologie

<sup>3</sup> Settoriale improprio in quanto prospettico.

<sup>4</sup> Globale da operazionalizzare.

professionali, ma con il limite delle competenze messe in campo dalle singole professioni, che difficilmente riescono a gestire le molte variabili riconducibili ai tre ambiti di osservazione appena descritti.

Ad esempio il medico guarderà preferibilmente alle componenti organiche e di funzionamento psicofisico, il servizio sociale guarderà ai legami tra persona e ambiente di vita, altre professioni guarderanno ad aspetti connessi alle rispettive competenze. Ci possono essere sovrapposizioni, grazie all'area comune di professionalità, che rappresenta il sapere condiviso da diversi professionisti. Tanto essa è più estesa e solida tanto più facile sarà il dialogo e l'integrazione tra competenze e saperi professionali. Tenendo conto di questo, vedremo tre approcci a questo problema:

- a) quello dell'ICF (International Classification of Functioning, disabilities and health) proposta dall'OMS;
- b) quello HoNOS, proposto dall'UK Department of Health;
- c) quello definito con il termine "Schema polare". Su questa base evidenzieremo nuove potenzialità e prospettive per la valutazione di outcome.

#### LA PROPOSTA ICF

L'organizzazione mondiale della salute (OMS) chiede ai sistemi nazionali di welfare che la logica di globalità (oggi sollecitata soprattutto in tema di integrazione sociosanitaria) venga utilizzata in modo diffuso e sistematico da tutti i servizi alle persone. A sostegno di questa tesi l'OMS evidenzia i limiti culturali del modello tradizionale e i vantaggi di quello proposto, finalizzato a promuovere una visione globale delle dimensioni organiche, relazionali e sociali.

Per questo sostiene che il modello tradizionale guarda ai bisogni di salute come a un problema personale, causato direttamente dalla malattia, considerata trattabile con cure mediche. In questa prospettiva la cura è vista come l'azione principale per affrontare le cause organiche ritenute responsabili del bisogno, senza porsi ulteriori domande.

Il modello auspicato dovrebbe invece assumere un orientamento più globale, guardando al bisogno nei suoi fattori psicofisici, relazionali, di spazio di vita, in cui la persona vive quotidianamente.

Per superare le molte difficoltà bisogna quindi agire congiuntamente sui diversi fattori in gioco, integrando responsabilità e risorse di diversa natura. Non è a questo fine sufficiente garantire la qualità del singolo intervento, ma bisogna che esso sia parte di una strategia più ampia, interprofessionale,

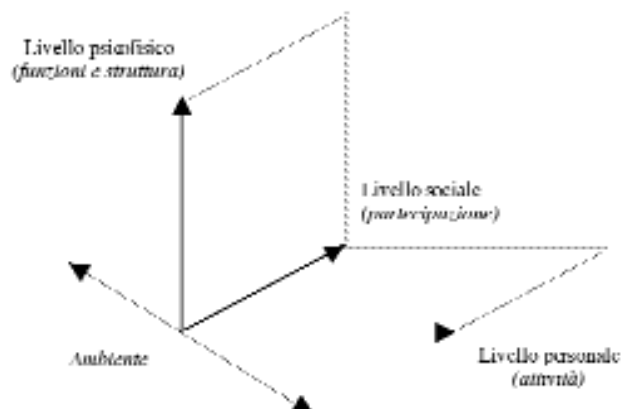
dove la persona è coinvolta con le proprie risorse, la famiglia, la rete sociale. A questo fine l'ICF chiede di guardare congiuntamente alle dimensioni che descrivono in modo globale i problemi: le funzioni psicofisiche, le limitazioni che impediscono l'autonomia quotidiana, i fattori di partecipazione sociale che possono facilitare l'efficace risposta al bisogno (Fig. 5).

Tutto questo è anche previsto dall'art. 2 dell'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria (Dpcm, 14 febbraio 2001). In esso si prevede che, per la predisposizione dei progetti personalizzati, si faccia riferimento a quattro criteri: la natura del bisogno, la sua complessità, l'intensità dell'intervento assistenziale, la sua articolazione temporale. Più in dettaglio, per definire in modo globale la natura del bisogno, l'atto di indirizzo raccomanda di valutare le limitazioni e le potenzialità della persona nel suo spazio di vita con riferimento a: a) funzioni psicofisiche; b) natura delle attività del soggetto e relative limitazioni; c) modalità di partecipazione alla vita sociale; d) fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.

#### LA PROSPETTIVA HoNOS

Un approccio meno recente di ICF è quello HoNOS, che a partire dal 1993 è stato messo a punto di comune intesa tra l'UK Department of Health e Royal College of Psychiatrists' Research Unit. Propone 12 scale idonee a misurare le funzionalità personali di rilevanza sanitario e sociale con riferimento a problemi di persone con sofferenza psichica e conseguente necessità di aiuto e sostegno psichiatrico e psicosociale, con riferimento a diverse tipologie di persone: anziani, adulti, minori (ad esempio HoNOS65+ per le persone ultrases-

Fig. 5. Dimensioni da considerare secondo ICF.



santacinquenni e HoNOSCA applicabile ai bambini e agli adolescenti).

“The idea is that these ratings are stored, and then repeated – say after a course of treatment or some other intervention – and then compared. If the ratings show a difference, then that might mean that the service user’s health or social status has changed. They are therefore designed for repeated use, as their name implies, as clinical outcomes measures”<sup>5</sup>.

Le 12 scale coprono una ampia gamma di questioni descrittive dei problemi a partire da sintomi di natura psichiatrica, cognitivi, inerenti le funzionalità personali, le relazioni sociali, le condizioni abitative e di vita (Fig. 6).

L’attribuzione dei punteggi di HoNOS è fatta dagli operatori tenendo conto anche del punto di vista degli utenti. Gli attori in gioco (operatori, persone utenti, chi si prende cura e altri soggetti interessati al/dal problema) possono avere ragioni diverse nel pensare e quantificare i risultati attesi. I medici, ad esempio, potranno meglio rappresentare il quadro evolutivo dell’intervento, con riferimento ai modelli di risposta dei loro utenti. I dirigenti potranno esaminare le differenze tra esiti ottenuti da diversi servizi e interventi relativi a gruppi omogenei di bisogno.

La strategia HoNOS è consapevole che la misurazione di outcome, svolta secondo una certa routine, implica misure che possono andare ben al di là degli strumenti HoNOS e che quindi va promossa una cultura più riflessiva sul significato di quello che si sta facendo per incrementare gli “evidence-based outcomes”. Questo modo di procedere “mette alla prova” le attuali capacità professionali di governo clinico degli outcome sollecitando lo

sviluppo di soluzioni più adeguate con la formazione, l’informazione, la supervisione.

#### LA PROPOSTA “SCHEMA POLARE”

È uno strumento che condivide la filosofia delle impostazioni appena presentate. Si propone di valorizzare una visione globale del bisogno della persona e delle sue relazioni nel contesto vitale. Nasce dalla necessità di misurare i cambiamenti che intervengono a seguito degli interventi di presa in carico professionale.

Sul piano tecnico visualizza unitariamente la condizione preliminare e successiva dell’intervento, prendendo in considerazione lo stato organico, funzionale e cognitivo, nonché l’apporto familiare e i fattori socio ambientali che incidono positivamente sull’outcome.

È costruito suddividendo in settori un’area circolare. I settori corrispondono alle tre dimensioni funzionale organica, cognitiva comportamentale e socio ambientale (Fig. 7). In ogni settore vengono inseriti vettori (i raggi dell’area) corrispondenti ad altrettante scale di misurazione. All’estremo periferico del raggio si colloca il punteggio ottimale della scala di valutazione, spostandosi verso il centro il punteggio tende alla completa compromissione.

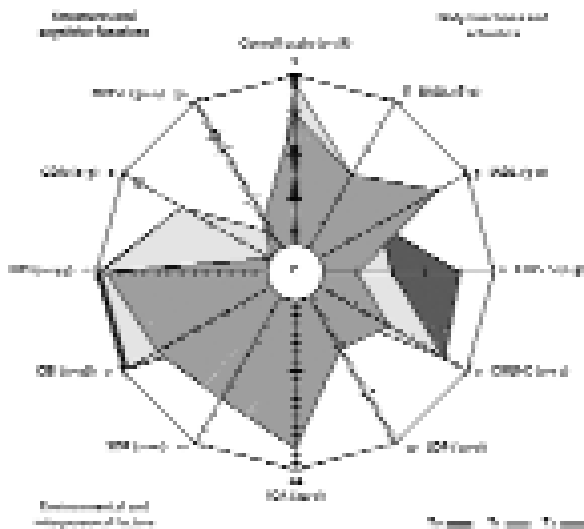
Nella Figura 7 si osserva la spezzata che si ottiene unendo le variabili corrispondenti ai diversi punteggi. Lo spazio compreso fra la spezzata esterna e quella interna esprime il gap fra condizione ottimale e condizione reale. Un’espansione del gap visualizza un deterioramento della condizione del soggetto in uno o più domini mentre una sua riduzione indica un andamento favorevole. Nello stesso tempo la rappresentazione polare evidenzia anche l’insieme delle potenzialità della persona e del

**Fig. 6.** Domini considerati da HoNOS.

1.	Overactive, aggressive, disruptive or agitated behaviour
2.	Non-accidental self-injury
3.	Problem drinking or drug-taking
4.	Cognitive problems
5.	Physical illness or disability problems
6.	Problems with hallucinations and delusions
7.	Problems with depressed mood
8.	Other mental and behavioural problems
9.	Problems with relationships
10.	Problems with activities of daily living
11.	Problems with living conditions
12.	Problems with occupation and activities

<sup>5</sup> Dalla presentazione di Honos a cura della Royal College of Psychiatrists' Research Unit.

Fig. 7. Lo schema polare.



suo contesto valorizzabili in sede di progetto personalizzato di assistenza (Hollander Feldman, Kane, 2003; Vecchiato, 2004).

Questa soluzione è diventata, con la delibera 402/2004, strumento regionale toscano di valutazione del bisogno e quindi anche di valutazione di outcome. Le sperimentazioni in corso anche in altre regioni di questo strumento interessano soprattutto i bisogni delle persone anziane (con problemi di Alzheimer, ictus, altre forme di so-

fferenza tali da richiedere cure domiciliari integrate ...).

I diversi valori rappresentati unitariamente dallo schema polare rendono più facile e naturale una valutazione integrata del bisogno, delle modificazioni ottenute e facilitano quindi scelte professionali in cui meglio collegare il problema con i risultati attesi, misurando quanto si è ottenuto e con quale apporto di responsabilità e risorse.

### Considerazioni conclusive

Abbiamo visto come *verificare* significhi mettere in rapporto risultati attesi con risultati ottenuti, sulla base di fattori osservabili. I fattori osservabili possono essere caratterizzati in termini di variabili *relevanti* (cioè in relazione diretta con il problema da considerare), *affidabili* (cioè capaci di produrre indicazioni coerenti, stabili, pur variando le condizioni operative, (impiego di osservatori diversi, ripetizione dei test ...), *valide* (cioè capaci di corrispondenza tra il fattore da sottoporre a misurazione e la variabile utilizzata per misurare), *sensibili* (cioè capaci di discriminare valori diversi di una scala di misura), *efficienti* (i costi di utilizzo non devono scoraggiare l'attività di verifica). Per queste ragioni la verifica è un'operazione *preliminare e successiva* ad un intervento, in grado quindi di garantire controllo sul processo e sui risultati in tempi diversi.

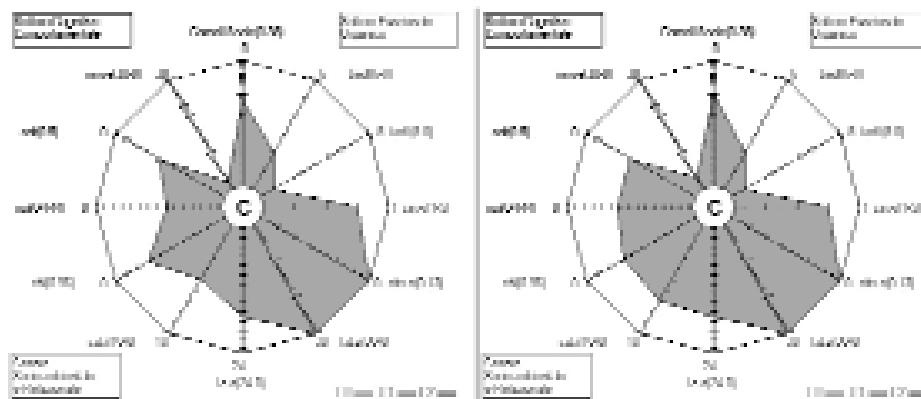


Fig. 8. Diverse configurazioni del bisogno a seguito dell'intervento in un caso di studio.

Cornell scale = Scale for depression and dementia; BADL = Basic activities daily living; IADL = Instrumental activities daily living; CIRS-S = Severity cumulative illness rating scale; CIRS-C = Co-morbidity cumulative illness rating scale; LDP = Livello di protezione nello spazio di vita; ICA = Indice copertura assistenziale; SDR = Scala di responsabilizzazione<sup>6</sup>; CBI = Caregiver burden inventory; NPI = Neuropsychiatric inventory; CDR = Clinical dementia rating scale; MMSE = Mini-mental state examination.

<sup>6</sup> LDP, ICA, SDR: strumenti in corso di validazione predisposti da un gruppo di ricerca coordinato da Bavazzano A, Bezze M, Corsi M, Pompei A, Vecchiato T, Vergani C.

L'attività di *valutazione* si avvale dei risultati del lavoro di verifica e gestisce, sulla base di criteri espliciti, i giudizi che si possono esprimere sui risultati della verifica, su come la situazione si è modificata, sul valore che i cambiamenti hanno per la vita delle persone coinvolte. Per questo la verifica si basa su tecniche di dimostrazione, mentre la valutazione si basa su tecniche di giudizio. Si usa anche dire che l'attività di verifica è preliminare e preparatoria di quella di valutazione. Non si può cioè fare valutazione se prima non si è fatto verifica.

Abbiamo inoltre visto che nel classificare i tipi di outcome, un'utile distinzione è quella tra misure di outcome assoluto (o generale) e relativo. In particolare avremo misure di outcome relativo quando si procede confrontando indicatori di outcome in un tempo  $T_0$  e in tempi successivi mettendo in rapporto risultati attesi con risultati ottenuti. Le misure di outcome relativo sono quindi più potenti di quelle assolute, in quanto consentono di misurare lo sforzo compiuto in tempi diversi per ottenere

un certo risultato atteso, potendo misurare la quantità di efficacia conseguita ( $T_{\text{atteso}}/T_{\text{ottenuto}}$ ) e la sua qualità.

Abbiamo infine visto che nel passaggio da outcome settoriale a outcome globale o multifattoriale si realizza quanto da più parti auspicato. In particolare oggi è più agevole dare risposte professionali e scientifiche alle domande da cui siamo partiti e cioè: quello che abbiamo fatto è stato effettivamente utile per i destinatari del nostro lavoro? I problemi per i quali si è lavorato sono stati ridotti o superati? Quale relazione tra benefici raggiunti e i risultati attesi? Le risposte ottenute, oltre che a vantaggio delle persone interessate, comportano benefici anche per le altre persone con cui esse vivono?

Le maggiori possibilità di dare risposta a questi interrogativi ci consentono di affrontare i problemi aperti della valutazione di outcome facendo leva su soluzioni in grado di coniugare approcci analitici e sintetici per meglio rappresentare la globalità di quanto si ottiene e i risultati del nostro lavoro.

**I problemi della valutazione di outcome in geriatra sono approfonditi a partire dalle principali questioni oggi sul tappeto: la natura degli outcomes, le metodologie per riconoscerli, i criteri per valutarli. A questo fine vengono confrontati diversi approcci al problema, documentati con riferimento a recenti pubblicazioni sull'argomento (Higgins et al., 2004; Pitkala et al., 2004; Tambe et al., 2004; Tanaka et al., 2004; Demers et al., 2004). La letteratura considerata sulla valutazione di outcome affronta questioni relative alla valutazione prospettica dell'impatto farmacologico con SPECT analisi, alla concordance therapy e ai suoi effetti, agli esiti dopo il trattamento delle Weber B fractures di persone anziane, al Conceptual framework for the assessment of geriatric rehabilitation outcomes (FAGRO), a predicitive values of**

**positive life orientation, in termini di guadagno di vita.**

**L'analisi motiva l'importanza di differenziare outcome assoluti e relativi, outcome settoriali e globali, outcome prospettici, cioè preliminari all'intervento, e outcome verificati a seguito dell'intervento. A sostegno della possibilità di sviluppare metodologie per rendere sistematici disegni di valutazione di outcome relativo (prima/dopo) e outcome globale (governando variabili diverse per natura e dominio) vengono analizzati gli approcci proposti dalla International Classification of Functioning, disabilities and health (ICF), da HoNOS e dallo Schema Polare, evidenziando le rispettive potenzialità.**

**Parole chiave: Valutazione • Outcome**

## BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Canali C, Maluccio AN, Vecchiato T. *La valutazione di efficacia nei servizi alle persone*. Padova: Fondazione E. Zancan 2003.
- De Leo D, Vecchiato T. *La valutazione degli outcomes in psicogeriatra*. Padova: Fondazione E. Zancan 2004.
- Demers L, Ska B, Desrosiers J, Alix C, Wolfson C. *Development of a conceptual framework for the assessment of geriatric rehabilitation outcomes*. Arch Gerontol Geriatr 2004;38:221-37.
- Higgins N, Livingston G, Katona C. *Concordance therapy: an intervention to help older people take antidepressants*. J Affect Disord 2004;81:287-91.

- Hogan DB, et al. *Comparison studies of cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease*. Lancet Neurol 2004, Vol. 3.
- Hollander Feldman P, Kane RL. *Strengthening Research to Improve the Practice and Management of Long-Term Care*. The Milbank Quarterly 2003, Vol. 81.
- Maluccio A, Canali C, Vecchiato T. *Assessing outcomes in Child and Family Services. Comparative Design and Policy Issues*. New York: Aldine de Gruyter 2002.
- Pitkala KH, Laakkonen ML, Strandberg TE, Tilvis RS. *Positive life orientation as a predictor of 10-year outcome in an aged population*. J Clin Epidemiol 2004;57:409-14.
- Tambe AD, Swami K, Murali SR, Browne AO. *A new technique for fixing unstable Weber B fractures of the ankle: evaluation of outcome, in the elderly and those with poor skin envelope*. Foot Ankle Surg 2004 (in press).

- Tanaka M, Namiki C, Ha Duy TD, Yoshida H, Kawasaki K, Hashikawa K, et al. *Prediction of psychiatric response to donepezil in patients with mild to moderate Alzheimer's disease*. J Neurological Sci 2004 (in press).
- Vecchiato T, Maluccio A, Canali C. *Evaluation in Child and Family Services. Comparative Client and Program Perspective*. New York: Aldine de Gruyter 2002.
- Vecchiato T. *Care Pathways*. In: Nies H, Berman Ph, eds. *Integrating Services for Older People*. Dublin: Ehma 2004.
- Vergani C, Corsi M, Bezze M, Bavazzano A, Vecchiato T. *A polar diagram for comprehensive geriatric assessment*. Arch Gerontol Geriatr 2004;38.