

# Una strategia per la valutazione integrata dei bisogni delle persone anziane: lo schema polare

Tiziano Vecchiato, Maria Bezze,  
Antonio Bavazzano, Maurizio Corsi,  
Carlo Vergani

## Coordinate culturali per l'integrazione sociosanitaria

Il d.lgs n. 229/99 definisce prestazioni sociosanitarie «tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione».

**Le difficoltà  
a definire  
componente  
sanitaria e sociale**

Ma le difficoltà nascono ogni volta che non si sa come definire e quantificare la componente sanitaria o sociale di un intervento e il conseguente impegno professionale ed economico a carico delle aziende sanitarie e dei comuni.

In effetti si tratta di una definizione che si può meglio comprendere guardando alla storia concreta dei sistemi di *welfare* e a come nel tempo si è definita la loro architettura istituzionale, gestionale e finanziaria.

Alle radici del loro sviluppo la distinzione tra assistenza sanitaria e sociale era coerente con la distinzione delle fonti di risorse per garantire risposte alla domanda di protezione sanitaria e sociale. Nel caso italiano le risorse sono state attribuite alle regioni e ai comuni.

Pertanto, quando i bisogni sono definibili compatibilmente con questa distinzione di responsabilità i problemi non si pongono; questi nascono invece quando la complessità richiede integrazione tra fonti diverse di risorse, cioè quando l'efficacia degli interventi non dipende solo dalla qualità professionale delle prestazioni ma anche e soprattutto dalla capacità di integrare apporti di risorse diverse (professionali ed economiche) all'interno di un progetto personalizzato unitario.

Non a caso la riflessione recente, portata avanti anche in altri paesi (Plsek P. E., Wilson T., 2001), evidenzia che sebbene l'assistenza sanitaria dipenda in larga misura da una produttiva integrazione tra fattori diversi, l'organizzazione delle responsabilità, delle risorse e dell'offerta non tiene conto di un elementare dato di realtà: i servizi sono per le persone e non viceversa. Per questo Plsek e Wilson evidenziano un fenomeno presente nel loro paese ma anche nel nostro: «In the United Kingdom, for example, having separate budgets and performance targets for primary care, secondary care, and social services promotes an internal focus on the operation of each of these parts, but not necessarily the good functioning of the system as a whole ... Complexity based organisational thinking suggests that goals and resources are established with a view towards the whole system, rather than artificially allocating them to parts of the system»<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> «Ad esempio, nel Regno Unito il fatto che i bilanci e gli obiettivi siano separati per le cure primarie, per le cure secondarie e per i servizi sociali porta a un'attenzione interna sul funzionamento di ognuna di queste parti, ma non necessariamente sul buon funzionamento dell'intero sistema ... La teoria sulle organizzazioni complesse suggerisce di stabilire obiettivi e risorse facendo attenzione all'intero sistema piuttosto che distribuirli in modo artificioso alle diverse parti del sistema».

Il sistema italiano condivide con altri paesi queste difficoltà, soprattutto oggi che l'epidemiologia dei bisogni evidenzia una rapida crescita delle domande connesse alla cronicità e alla lungoassistenza, cioè a bisogni che richiedono continuità assistenziale e interventi integrati sociosanitari spesso di lungo periodo (Vergani C. 1998, 2002; Who, 2002a).

Aree maggiormente interessate sono quella materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da Hiv, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Come si può notare, sono bisogni riconducibili alle aree che il Piano sanitario nazionale 1998-2000 aveva indicato nell'obiettivo IV «Tutela dei soggetti deboli», dando priorità alla riduzione delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi attraverso un particolare impegno di attuazione dei livelli essenziali di assistenza (Nanni W., Vecchiato T., 2002; The Stationery Office, 1998). Più in specifico i problemi si pongono a due livelli: di integrazione professionale (oggetto della successiva proposta), di integrazione istituzionale e gestionale, che oggi non ha soluzioni convincenti, anche se il problema è presente nell'agenda di alcuni piani regionali e nella riflessione più generale sui sistemi di *welfare* (France G., 2001).

**Una soluzione  
oggetto  
di sperimentazione  
in più regioni**

Presenteremo in questa sede una soluzione - oggetto di ricerca e sperimentazione multiregionale<sup>2</sup> - finalizzata a promuovere l'integrazione professionale (Canevini M., Vecchiato T., 2002), la gestione dei problemi inerenti la valutazione multiprofessionale del bi-

---

<sup>2</sup> Ricerca sanitaria 2000, Ministero della Sanità, Regione Toscana, «Interventi per malati di Alzheimer da includere nei livelli essenziali di assistenza sociosanitaria», Programmi speciali, art. 12 bis, comma 6, d.lgs 502/92. Alla ricerca coordinata dalla Fondazione Zancan partecipano unità operative di aziende Usl e comuni delle regioni Toscana (Firenze, Livorno, Lucca, Prato, Viareggio), Emilia Romagna (Bologna Sud, Parma), Friuli Venezia Giulia (Gorizia, Trieste), Provincia autonoma di Trento (Trento), Veneto (Padova).

sogno, la valutazione dei risultati di efficacia (Vecchiato T., 2000b; Vecchiato T., 2001).

## Riferimenti nazionali e internazionali

L'esperienza quotidiana di chi opera a diretto servizio delle persone evidenzia la necessità di metodi e strumenti per rispondere alle domande che richiedono di coniugare scelte di valore (la globalità e l'integrazione degli interventi) con soluzioni facilitanti il passaggio dal lavoro monoprofessionale a interventi integrati multiprofessionali. Essi sono tali quando risultano basati sulla condivisione delle responsabilità e delle risorse necessarie per incrementare l'aiuto alle persone e alle famiglie con bisogni complessi.

**Le indicazioni  
dell'atto  
sull'integrazione  
socio-sanitaria**

A queste domande ha in parte dato risposta l'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria (Dpcm 14 febbraio 2001), indicando la necessità di garantire una capacità di valutare i bisogni in modo integrato, di elaborare progetti personalizzati, di condividere le responsabilità in ordine alla loro realizzazione, di valutare insieme con le persone e le loro famiglie i risultati conseguiti. Per fare questo è necessario superare la logica del lavoro per prestazioni, fare spazio a una più matura capacità di garantire continuità assistenziale, predisporre progetti personalizzati, coinvolgendo attivamente la persona e la sua famiglia (Pompei A., Costanzi C., Risso A., 2000).

Nel progetto personalizzato si tratta di valutare di comune intesa: la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale, la sua durata, avendo chiare le responsabilità non solo di fare (le azioni programmate), ma anche le responsabilità di impegnarsi per conseguire i risultati attesi, descrivibili sulla base di fattori osservabili e misurabili in termini clinico-professionali e in termini di qualità di vita quotidiana. L'art. 2 dell'atto di indirizzo sull'integrazione socio-sanitaria (Dpcm 14 febbraio 2001) chiarisce che ogni progetto va articolato con riferimento:

- alle quattro dimensioni sopra richiamate: natura del bisogno, complessità, intensità, durata;

Un atto di recepimento normativo delle indicazioni Oms

L'integrazione tra modello medico-sanitario e modello sociale

- a fattori osservabili, descrivibili in termini di: funzioni psicofisiche, limitazioni all'autonomia nella vita quotidiana, modalità di partecipazione alla vita sociale, fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.

Queste indicazioni del Dpcm 14 febbraio 2001 tengono conto dei contenuti dell'Icidh-2<sup>3</sup> e anticipano nel nostro paese quanto proposto nel corso del 2001 dall'Organizzazione mondiale della salute (Oms) con l'Icf (International Classification of Functioning, Disability and Health, Who, 2002b). Pertanto, si può ritenere che esso si configura anche come atto normativo di recepimento delle indicazioni dell'Oms su questa materia.

Nel predisporre l'Icf è stata utilizzata l'integrazione tra due distinti modelli, quello medico-sanitario e quello sociale. Il primo considera i problemi della disabilità in quanto problemi personali strettamente connessi a cause patogene, che come tali richiedono prestazioni di cura mediche o assimilabili.

Al contrario, il modello sociale contestualizza il bisogno e i possibili interventi in una cornice più ampia, dove sono meglio riconoscibili i determinanti sociali dei problemi, nonché le diverse fonti di risorse per affrontarli come sintetizzato nella successiva tabella.

Tab. 1 - Condizioni per una valutazione integrata del bisogno nell'Icf e nell'atto di indirizzo sull'integrazione sociosanitaria

	Parte 1: Funzionamento e disabilità		Parte 2: Fattori ambientali	
Componenti	Funzioni e strutture	Attività e partecipazione	Fattori ambientali	Fattori personali

<sup>3</sup> International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (Icidh-2, Prefinal Draft, December 2000), World Health Organization, Geneva.

Domini	Funzioni corporee, strutture corporee	Aree di vita (compiti, azioni)	Influenze esterne su funzionamento e disabilità	Influenze interne su funzionamento e disabilità
--------	---------------------------------------	--------------------------------	---	---

Estratto da: Who, 2002.

Con riferimento a queste premesse, è urgente individuare soluzioni capaci di dare espressioni concrete, di natura metodologica e operativa, alle opzioni dell'Icf, che sono nello stesso tempo scientifiche e valoriali, corredandole con le documentazioni di efficacia via via disponibili.

La ricerca sopra richiamata lo sta facendo, tenendo conto anche di requisiti che in prospettiva risultino facilitanti la generalizzazione dei risultati su base RCTs (Randomized Controlled Trials), così da favorire verifiche e ricerche successive (Altman D.G. e altri, 2001).

### Lo schema polare: una proposta per integrare l'analisi dei bisogni e la valutazione di efficacia

Come si possono rappresentare i dati di valutazione del bisogno in armonia con le dimensioni dell'Icf?

Il primo passaggio è quello di individuare gli strumenti idonei a valutare le tre dimensioni generali inerenti il settore cognitivo e comportamentale, il settore funzionale e organico, il settore socio ambientale e relazionale.

La letteratura scientifica è più generosa relativamente ai primi due settori, mentre è più carente per il terzo (Bavazzano E., Lunardelli M.L., 2002). Ad esempio, le risorse per valutare i bisogni di una persona anziana affetta da malattia di Alzheimer con riferimento alle tre aree possono essere:

Settori		Strumenti di valutazione
Settore cognitivo comportamentale	<i>Diagnosi malattia</i>	Icd - 9 Drg

Settori		Strumenti di valutazione
	<i>Valutazione cognitiva</i>	Mmse Spmq Npi
Settore funzionale organico	<i>Autonomia</i>	Badl Iadl
	<i>Comorbilità</i>	Cirs
Settore socio ambientale e relazionale	<i>Contesto socio familiare</i>	Fis Bi Mmcgi Cbi
	<i>Persona</i>	Cds Gds Madrs Eq-5d

Condizioni considerate per l'ambito socio ambientale

Nel nostro caso abbiamo selezionato un numero limitato di strumenti, con il criterio, ove possibile, che fossero validati e confrontabili, e tali da essere utilizzabili da gruppi multiprofessionali senza richiedere tempi irrealistici per la loro gestione.

Per il dominio socio ambientale e relazionale la tabella 2 indica le condizioni considerate e i punteggi corrispondenti da noi adottati. È stata pure utilizzata la scala di valutazione del *burn out* del *caregiver* (Cbi).

Tab. 2 - Condizioni indagate e punteggi corrispondenti per i domini socio ambientali e relazionali considerati

<i>Caregiver</i>	
Assente (anziano solo)	0
Conoscente	1
Assistente familiare	2
Familiare	3
<i>Isee</i>	
Esenzione totale	0
Compartecipazione dell'x%	1
Compartecipazione dell'y%	2
Compartizione totale	3
<i>Utilizzo dei servizi</i>	

Non utilizzo	0
Istituzionalizzazione	1
Ricovero di sollievo	2
Centro diurno integrato	3
Assistenza domiciliare	4

La tabella 3 esemplifica l'elenco degli strumenti e i risultati che se ne possono ottenere applicandoli al caso di una persona affetta da malattia di Alzheimer.

Tab. 3 - Valutazione multidimensionale dell'anziano: schema polare (punteggi ottenuti in successivi controlli dalla signora M.E. di anni 73 affetta da malattia di Alzheimer)

Settori	Strumenti di valutazione	Ottobre 2001 T <sub>0</sub>	Gennaio 2002 T <sub>1</sub>	Luglio 2002 T <sub>2</sub>
<i>Settore cognitivo comportamentale</i>	Mmse	14/30	16/30	17/30
	Cdr	3/5	3/5	3/5
	Npi	69/144	27/144	14/144
	Cornell Depression Scale	19/38	13/38	6/38
<i>Settore funzionale organico</i>	Adl	1/6	2/6	2/6
	Iadl	0/8	0/8	0/8
	CIrs - severità	2,6/5	2,6/5	2,6/5
	Cirs - comorbidità	5/13	5/13	5/13
<i>Settore socio ambientale e relazionale</i>	Caregiver	4	4	4
	Cbi	65/96	56/96	37/96
	Isee	1	1	1
	Utilizzo dei servizi	0	3	3

La rappresentazione dei risultati si caratterizza in termini di tabella a doppia entrata, dove in orizzontale sono indicati gli strumenti di valutazione e in verticale sono indicati i valori rilevati in successione temporale nell'arco di 10 mesi.

**Una rappresentazione chiara per gli operatori, meno per i destinatari**

Come si può notare, la ricchezza di informazioni è meglio apprezzabile dai singoli operatori non solo per il loro settore di competenza. Lo è meno per i destinatari dell'intervento, in questo caso la signora e i suoi familiari.

Manca in effetti ai dati una forma che evidenzi le interdipendenze tra settori e le potenzialità insite nella lettura del bisogno. Potremmo dire che si tratta di una rappresentazione pre-galileiana di un universo orizzontale, che non riesce ancora a rappresentarsi per quello che è, cioè per le relazioni che lo possono meglio caratterizzare in senso dinamico, visualizzando le interdipendenze utili a comprendere e affrontare i problemi.

**La nuova proposta**

Da queste considerazioni e dal bisogno di facilitare l'integrazione delle responsabilità e delle risorse nasce la proposta di utilizzare lo schema polare (Vergani C., Corsi M., Bezze M., Bavazzano A., Vecchiato T., in corso di stampa). È costruito in termini relazionali, tali per cui ogni singolo vettore è parte di un insieme più ampio di cui è componente integrante<sup>4</sup>.

La struttura è suddivisa in tre settori (spicchi), che prendono in considerazione gli aspetti cognitivo comportamentale, funzionale organico, socio ambientale e relazionale.

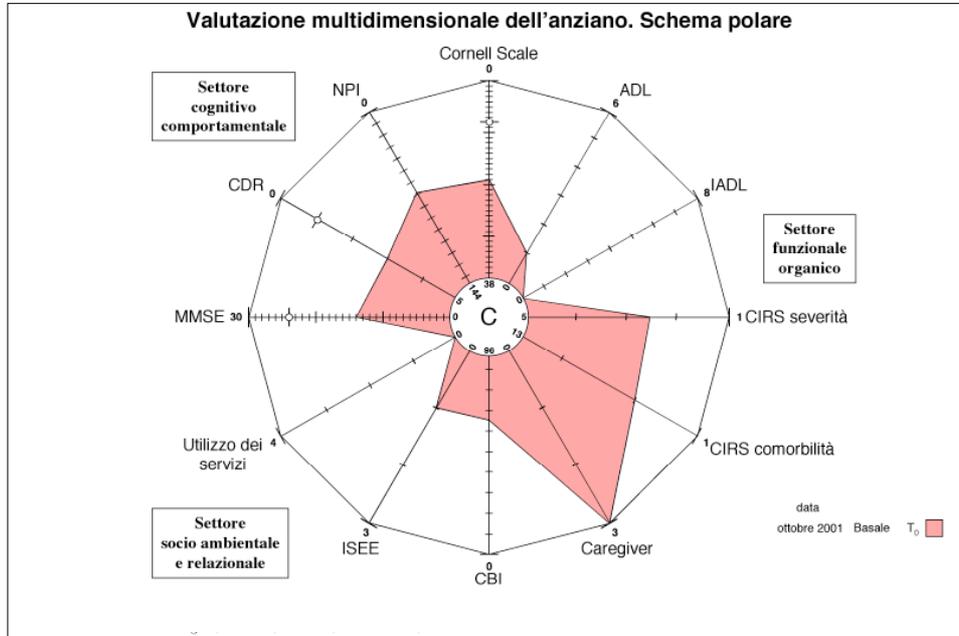
Lungo i vettori (i raggi) sono disposti gli indici corrispondenti alle scale di valutazione. Nel posizionamento dei punteggi si è proceduto collocando il punteggio ottimale alla periferia, cioè verso la circonfe-

---

<sup>4</sup> L'ipotesi di rappresentare in questo modo le misure di bisogno tiene conto delle stimolanti discussioni con Francisco Sánchez del Corral Usola dell'Hospital Central de la Cruz Roja di Madrid, nell'ambito del progetto Carmen («Care and management of services for older people: an european network»).

renza (parete), mentre quello che esprime la completa compromissione è posto al centro.

Come si può vedere nella successiva figura, unendo tra loro i punteggi ottenuti dal soggetto, al tempo basale  $T_0$ , nelle diverse scale utilizzate si ottiene un'area delimitata da una spezzata.



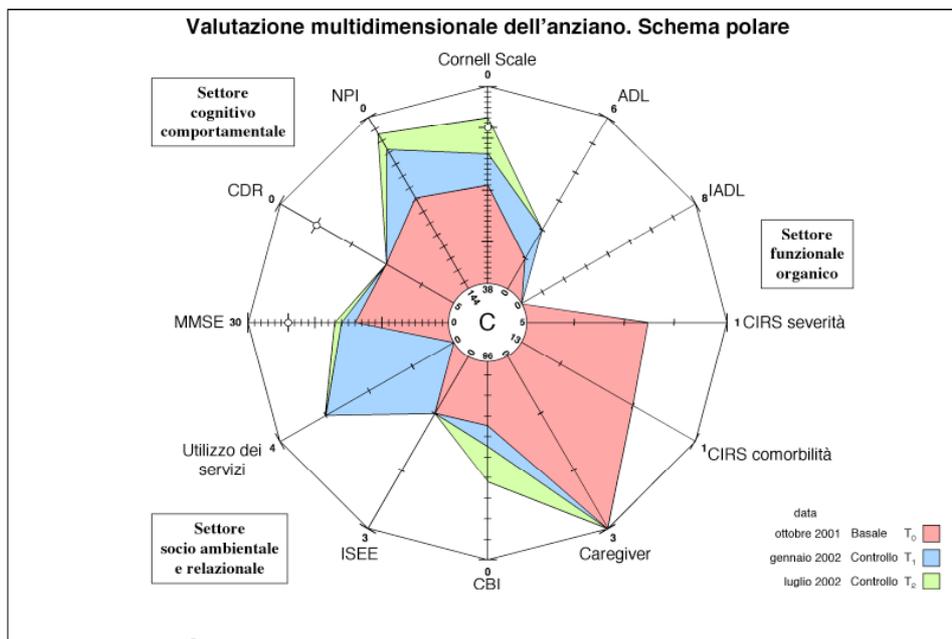
La successiva rappresentazione sintetizza i punteggi ottenuti in tempi diversi e consente un immediato confronto tra diverse rappresentazioni del bisogno, nonché dei risultati ottenuti sia su singole scale sia nel complesso delle tre mappe rappresentate nello schema polare.

**Una lettura più immediata e più «visiva»**

Si possono facilmente notare, anche visivamente, gli incrementi rispettivamente nelle Adl, nella Cornell Depression Scale, Npi, Mmse spiegabili, oltre che con interventi farmacologici, con una strategia di supporto meglio riconoscibile nel settore socioambientale e relazionale descritta dai due assi relativi all'utilizzo dei servizi e al Cbi.

I tempi di conseguimento dei risultati descritti nello schema (10 mesi) rendono l'idea di come si possano ottenere risultati positivi all'interno di situazioni di cronicità, tali cioè da richiedere interventi integrati di lungoassistenza, anche rivedendo i paradigmi tradizionali, che caratterizzano l'assistenza di lungo periodo come tempo dedicato alla gestione della cronicità.

Vanno invece rivalutate le strategie tese non solo a contenere i problemi, con obiettivi di mantenimento o di rallentamento rispetto ai valori riscontrati in sede di prima valutazione, ma anche a perseguire obiettivi capaci di dare senso operante alle necessità di convivere attivamente con la cronicità, promuovendo l'auto-



Il metodo proposto con lo schema polare consente di visualizzare sia il tracciato di base (mappa del bisogno al tempo  $T_0$ ) sia il confronto tra mappe successive, di organizzarle in un'unica mappa, di individuare con immediatezza le aree dove meglio orientare gli sforzi e l'integrazione delle risposte.

**Possibilità di valutazione partecipata con i destinatari**

Un ulteriore valore aggiunto può essere colto nella possibilità di condividere con la persona e la famiglia momenti di valutazione partecipata dei risultati di efficacia (*outcomes*) e di approfondire insieme come integrare le risorse proprie del settore socio ambientale e relazionale con le risorse che i servizi possono mettere a disposizione. Si possono cioè meglio condividere le possibilità utili a promuovere la presa in carico parte-

cipata dei problemi e affrontarli coordinando responsabilità professionali, personali, familiari e comunitarie (Vecchiato T., Maluccio A., Canali C., 2002).

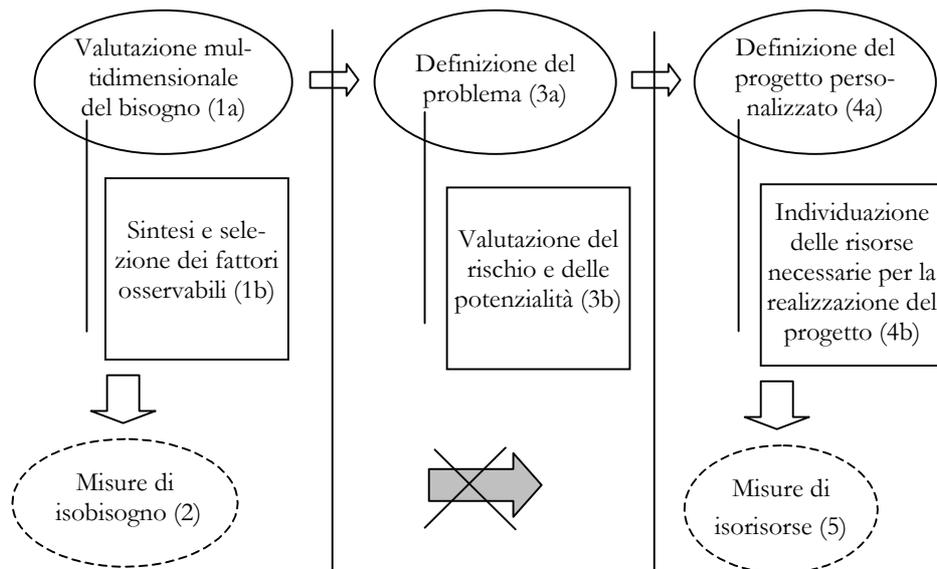
## Dove collocare l'utilizzo dello schema polare nel processo professionale

L'utilizzo dello schema polare può essere posizionato in diversi momenti: nella fase dell'analisi del bisogno, come descritto in precedenza, nella fase della sua rivalutazione a seguito dell'intervento. Può essere utilizzato anche nel momento di verifica dei risultati di efficacia, comparando la situazione prima e dopo l'intervento.

**Approfondire la relazione tra schema polare e risorse investite**

Le sperimentazioni in corso hanno tra i propri obiettivi anche quello di approfondire la relazione tra schema polare e mappa delle risorse investite per la realizzazione del progetto personalizzato, mettendo a confronto misure di iso-bisogno, ricavabili dallo schema polare, con misure di iso-risorse relative al costo degli interventi (fig. 1).

Fig. 1 - Dall'analisi del bisogno al piano di lavoro



Le possibilità di operare in questa prospettiva tengono conto delle principali fasi del processo assistenziale: l'analisi del bisogno, la definizione del problema, la formulazione del progetto, la sua attuazione, la sua verifica e valutazione.

Ognuna di queste fasi risponde a istanze diverse. Nella prima fase la valutazione del bisogno richiede la comprensione della domanda rivolta al servizio (1a). L'approccio analitico va combinato con un approccio sintetico (1b), necessario per passare dalla domanda al problema. Sulla base della definizione del problema, cioè della diagnosi che lo individua (3a), è possibile selezionare obiettivi praticabili e traducibili in risultati attesi (3b), strutturandoli in forma di progetto personalizzato (4a), cioè individuando le responsabilità e le risorse necessarie per affrontare il bisogno (4b).

**Una sintesi di ciò che la valutazione professionale riconosce come affrontabile**

Il progetto, per sua natura, non è necessariamente una risposta alle domande della persona e della famiglia. È la sintesi di quanto l'analisi e la valutazione professionale hanno riconosciuto come affrontabile su scala professionale e di servizio, nonché su scala di solidarietà comunitaria. È quindi sede per definire la modalità di presa in carico possibile evidenziando nel progetto assistenziale i risultati attesi e le condizioni necessarie di efficacia.

Un errore metodologico che talora viene fatto è quello di ricavare misure di costo dall'analisi del bisogno, assimilando l'entità del bisogno al costo prospettico dell'assistenza. Ma l'analisi del bisogno da sola non può generare le misure di risorse necessarie per affrontare il problema. Esse infatti dipendono da quanto viene utilizzato e consumato per affrontarlo. Questo non può nascere da ipotesi o da desideri ma deve mettere radici dopo la valutazione del bisogno, nella successiva fase di definizione del progetto personalizzato, quando vengono quantificate le responsabilità e le risorse necessarie per conseguire i risultati attesi.

## Riferimenti bibliografici

Altman D.G. e altri (2001), *The Revised Consort Statement for Reporting Randomized Trials: Explanation and Elaboration*, in «Annals of Internal Medicine», volume 134, n. 8.

Bavazzano E., Lunardelli M.L. (2002), *La valutazione multiprofessionale delle persone anziane con demenza ed esiti di ictus*, in «Studi Zancan», n. 4.

Canevini M., Vecchiato T. (a cura di) (2002), *L'integrazione delle professionalità nei servizi alle persone*, Fondazione «E. Zancan», Padova.

France G. (a cura di) (2001), *Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali - quattro paesi, quattro approcci*, Giuffrè, Torino.

Ministero della Sanità, *Piano sanitario nazionale 1998-2000*, Roma.

Nanni W., Vecchiato T. (a cura di) (2002), *Cittadini invisibili. Rapporto 2002 su esclusione sociale e diritti di cittadinanza*, Caritas Italiana e Fondazione Zancan, Feltrinelli, Milano.

Plsek P. E., Wilson T. (2001), *Complexity, leadership, and management organisations*, Bmj, vol. 323.

Pompei A., Costanzi C., Risso A. (a cura di) (2000), *Il lavoro per progetti individualizzati*, Fondazione «E. Zancan», Padova.

The Stationery Office (1998), *Inequalities in Health*, Report, London.

Vecchiato T. (2000a), *Quando sussidiarietà non significa solidarietà*, in «Studi Zancan», n. 3.

Vecchiato T. (a cura di) (2000b), *La valutazione della qualità nei servizi*, Fondazione «E. Zancan», Padova.

Vecchiato T. (2001), *Assistenza territoriale e integrazione sociosanitaria*, in «Punto Omega», n. 7.

Vecchiato T., Maluccio A., Canali C. (edited by) (2002), *Evaluation in Child and Family Services. Comparative Client and Program Perspective*, Aldine de Gruyter, New York.

Vergani C. (1998), *La nuova longevità*, Mondadori, Milano.

Vergani C. (2002), *La medicina della complessità e l'invecchiamento della popolazione*, in Donghi P. (a cura di), *La Nuova Odissea*, G. Laterza, Roma-Bari.

Vergani C., Corsi M., Bezze M., Bavazzano A., Vecchiato T., *La valutazione multidimensionale dell'anziano. Lo schema polare*, *Giornale di Gerontologia*, in corso di stampa.

Who (2002a), *Project on Innovative Care for Chronic Conditions*, World Health Organization, Geneva.

Who (2002b), *Icf - Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*, Erickson, Trento.