

Indicatori di priorità socio-sanitaria nella presa in carico della persona anziana

Gruppo Triage Sociosanitario, Torino

GRUPPO di lavoro: Alba Baratta, Paolo Betemps, Daniela Bodda, Sergio Cabodi, Franco Cirio, Claudia Contratto, Silvia Ambrosi, Paola Di Giulio, Tiziana Gazzetto, Irene Gili Fivela, Pietro Landra, Ileana Leardini, Silvia Leoni, Maurizio Lorenzatto, Fulvia Mantino, Luciana Moio, Gelsomina Mucci, Sabrina Palaia, Sandra Pasquino, Margherita Peloso, Miriam Petti, Francesca Piroddi, Cristiana Pregno, Franca Vittorino

Presso i servizi sociali torinesi già nel 2005 si è costituito un Gruppo di lavoro "triage", nato dalla necessità di identificare dei criteri che definiscano la priorità dei cittadini per l'accesso ai servizi.

Il concetto di triage nei servizi sociali nasce in analogia con quanto già da qualche tempo è avvenuto presso i Dipartimenti di Emergenza degli ospedali (D.E.A.) (D. lgs 502/1992).

A fronte di un'importante letteratura sanitaria, quella per i servizi sociali è piuttosto scarsa e i riferimenti legislativi non sono sufficienti a definire le priorità di accesso di tutti i cittadini (D.lgs 196/03; Comune di Torino-Determinazione Dirigenziale 22/01).

La Regione Piemonte, con la *cartella geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG)* e le *Linee guida del Piano Assistenziale individuale (PAI)* (D.G.R. 42/2008; D.G.R. 17/2005; D.G.R. 14/1998) ha definito gli strumenti per la valutazione socio-sanitaria degli anziani e le modalità per l'individuazione del livello d'intensità assistenziale e per determinare il corrispondente massimale di spesa possibile. I punteggi risultanti dal processo valutativo non riescono appieno a definire i casi prioritari. Ad esempio, un anziano può avere una situazione gravemente compromessa (non essere autonomo, avere una rete insufficiente) ma essere benestante, e quindi in grado di pagare un'assistente familiare. Questa situazione ha punteggi più alti di quella di un altro anziano con deficit cognitivi non importanti, ma indigente e senza rete sociale, che richiederebbe invece una risposta urgente proprio perché non in grado, né con la possibilità, di provvedere a se stesso.

Dato il progressivo aumento della domanda di supporto assistenziale da parte degli anziani e delle loro famiglie a fronte di risorse limitate, si è avviato il progetto per

la definizione dei Codici Rossi Socio-Sanitari (utenti che devono avere accesso con priorità alle prestazioni), in stretta collaborazione tra il Comune di Torino e le ASL TO 1 e TO 2.

LA VALUTAZIONE UVG

L'anziano che fa richiesta di intervento socio-sanitario viene valutato dall'UVG, che compila una Cartella Geriatrica in cui vengono raccolti:

- i dati socio anagrafici;
- le condizioni economiche, in base alla Dichiarazione Sostitutiva di Situazione Economica, che comprendono il reddito, i beni immobili e mobili e le spese per l'assistenza; le condizioni ambientali (tipo di abitazione, presenza di barriere architettoniche, ecc.); quelle assistenziali (capacità della famiglia di prendersi cura dell'anziano, difficoltà relazionali, lontananza dei familiari) e le condizioni assistenziali e familiari. Tutti questi elementi andranno a comporre la scheda di valutazione sociale;
- lo stato di salute ed autosufficienza, con l'uso di scale ADL (*Index of Activities of Daily Living scale*) (Katz et al., 1963), IADL (*Instrumental Activities of Daily Living scale*) (Lawton e Brody, 1969) DISCO (disturbi cognitivi e del comportamento) (Morgagni et al., 1999), DMI (Indice Medico di Non Autosufficienza) (Fabris et al., 1989), SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*) (Pfeiffer et al., 1975). Tutti questi elementi andranno a comporre la scheda di valutazione sanitaria;
- la definizione della complessità e intensità assistenziale in relazione al progetto di intervento (domiciliare, semiresidenziale o residenziale).

ESPERIENZE

I dati danno luogo a punteggi che contribuiscono ad una graduatoria per la presa in carico. Il punteggio massimo è 28 (14 punti per la valutazione sanitaria e 14 per quella sociale).

Il progetto per identificare i criteri di priorità di accesso ai progetti domiciliari si è svolto in più fasi:

1. Un gruppo di lavoro con rappresentanti della componente sociale e sanitaria, ha identificato criteri per definire le priorità. Per la componente sociale sono stati identificati i criteri che evidenziassero le situazioni di maggior solitudine e fragilità della rete e la fragilità economica; per quella sanitaria le situazioni di fragilità, non autonomia ed elevata intensità assistenziale. È stato considerato criterio di priorità assoluta la segnalazione all'Autorità Giudiziaria da parte dei servizi. I criteri identificati dovevano essere facilmente desumibili dalla cartella compilata dall'UVG.

2. È stato selezionato un campione casuale di 100 su 170 Cartelle Geriatriche di casi in lista di attesa, di cinque sedute di valutazione multidisciplinare dell'UVG ASL TO2 - Circoscrizione 6 e 7, compilate da gennaio a marzo 2009. È stato valutato: "Il progetto per identificare i criteri di priorità di accesso ai progetti domiciliari si è svolto in più fasi":

- quanti anziani venivano definiti "codice rosso" secondo i criteri;
- i tempi necessari per identificare i criteri dalle cartelle (in particolare quelli sanitari rilevabili dalla lettura dell'anamnesi e da informazioni presenti in parti diverse della scheda);
- la necessità di migliore definizione delle voci e la loro eventuale ridondanza.

Il 7% dei pazienti erano "codice rosso" (presenza di un criterio sociale + sanitario + economico). Alcuni criteri sono stati in parte modificati perché ridondanti o poco discriminanti.

Si doveva, a questo punto, verificare la capacità discriminante e la validità dei criteri: in altre parole, se i casi definiti prioritari sarebbero stati riconosciuti tali anche dagli operatori sanitari e sociali.

METODI

In assenza di un gold standard, viene considerato tale la definizione di priorità data dagli operatori. Sono stati selezionati 5 casi che avevano un punteggio sociosanitario elevato e di intensità assistenziale medio alta e 5 casi definiti come codice rosso. Le cartelle sono state valu-

tate in modo indipendente da due coppie di operatori (sociale e sanitario) che non conoscevano il caso dell'anziano, non avevano partecipato alla costruzione dei criteri né erano al corrente di quali e quanti casi fossero "codice rosso". Dopo l'esame della cartella gli operatori hanno attribuito un punteggio di priorità da 1 a 10 (1 non prioritario, 10 massima priorità) e definito i motivi in base ai quali il caso era stato considerato prioritario o meno. Le risposte date ed i criteri sono stati discussi con gli operatori e da un gruppo multidisciplinare per verificare il perché dell'attribuzione e le eventuali discordanze nell'attribuzione del codice.

Anche se agli operatori era stato chiesto di non mettere i casi in graduatoria, inevitabilmente la presenza di una situazione molto grave/prioritaria mette le altre su un piano di gravità/priorità più basso. Per questo si è concordato di considerare "codice rosso" una valutazione ≥ 8 degli operatori perché indica il riconoscimento di priorità, e pertanto la validità del criterio.

RISULTATI

L'analisi dei casi ha prodotto i risultati presentati nella Tabella 1.

Tabella 1 - La priorità secondo i criteri e secondo gli operatori.

Caso	Codice rosso	Punteggio di priorità assegnato dagli operatori	
		Coppia A	Coppia B
FR	SI	10	10
CB	SI	9	9
CG	SI	9	7
RR	SI	8	9
GT	SI	0	5
BL	NO	6	8
AB	NO	10	10
LR	NO	10	10
LG	NO	5	7
CM	NO	10	10

C'è stata assoluta concordanza in un caso sui 5 classificati codici rossi, ma ricevono un punteggio ≥ 8 3 casi (CB, CG, RR); tra i casi non codice rosso 3 (AB, LR, CM), ricevono un punteggio 10 da entrambe le coppie. Salvo che in un caso (GT), i punteggi assegnati sono comparabili.

Secondo gli operatori i motivi che hanno determinato l'attribuzione dei 4 codici rossi sono stati la presenza di disturbi del comportamento (2 casi); assenza o compromissione della rete di caregiver (2 casi) e cecità (1 caso, associato all'assenza di rete). Queste osservazioni confermano la bontà dei criteri utilizzati, anche se i casi identificati come codice rosso non coincidono.

I 4 codici rossi non sono riconosciuti come tali dagli operatori per le seguenti motivazioni: in un caso non sono stati considerati sufficientemente documentati i problemi sanitari dei figli; 2 casi, nei quali il criterio sociale era determinato solo dall'età, non sono stati ritenuti codice rosso per la presenza, anche se saltuaria, dei figli; in un caso (GT) la situazione non è stata ritenuta prioritaria né dal punto di vista sociale né sanitario.

La discussione dei casi fa emergere alcuni problemi:

- GT ha come criterio sanitario la sola presenza di ossigenoterapia a lungo termine: negli altri 99 casi il criterio "presenza di presidi" è sempre associato ad altri criteri sanitari. Si concorda pertanto di modificare il criterio.
- Due dei casi Codice Rosso (CG ed RR) (priorità <10 per gli operatori) avevano come unico criterio sociale l'età ≥ 95 anni. Il criterio dell'età va mantenuto perché non è etico tenere in lista d'attesa persone con un'aspettativa di vita limitata, ma non deve essere da solo un criterio di priorità sociale.
- Al caso di CG è stato attribuito un punteggio di 9 e 7, perché era stato già attivato un PAI (Piano Assistenziale Individuale), pertanto la situazione non è stata ritenuta altamente prioritaria. A regime, quando i casi saranno valutati in itinere, questa situazione non dovrebbe verificarsi.
- Il caso di LR è stato considerato ad elevata priorità da entrambi gli operatori. La situazione della paziente è molto compromessa, vive sola, però dato che è parzialmente autonoma nelle ADL e cognitivamente integra, pur avendo un grave handicap (cecità) non ha nessun criterio sanitario. Si concorda di comprendere tra i criteri sanitari la grave compromissione della vista.
- AB, BL e CM hanno disturbi cognitivi; BL non viene considerato ad elevata priorità perché i 3 figli si fanno carico a turno del caso, ma hanno fatto richiesta di intervento perché la situazione comincia a diventare poco sostenibile. Nelle altre due situazioni c'è un unico caregiver responsabile, in un caso (CM) con importanti problemi di salute, nell'altro (AB) a rischio di burnout perché assiste il caso, che

ha comportamenti aggressivi, da 4 anni. Nessuna delle situazioni ha un criterio sociale, ma se non si interviene con una certa urgenza la rete di sostegno rischia di non tenere. In tutte le situazioni di cronicità il rischio di burnout è concreto, ma non oggettivamente misurabile: il gruppo si dà come obiettivo quello di cercare di individuare un set di criteri per evitare di discriminare famiglie che, con sacrifici, si sono fatte carico di un problema e che hanno bisogno di un sostegno (anche temporaneo) che, se non fornito con tempestività, rischia di mandare in frantumi la rete.

Dato che su un campione limitato di casi sono emersi suggerimenti utili per ottimizzare i criteri, la valutazione, in cieco, è stata ripetuta con le stesse modalità da altri due operatori, su un nuovo set di 10 casi ed utilizzando i criteri modificati.

SECONDA VALUTAZIONE

I casi selezionati sono riportati nella Tabella 2.

Tabella 2 - Le priorità secondo i criteri e secondo gli operatori.

Caso	Codice rosso	Punteggio operatori
FR	SI	9
CB	SI	5
CM	NO	9
CG	SI	7 (solo età)
LR	SI	10
LL	SI	10
GP	NO	8
VB	NO	2
AC	SI	6 (solo età)

Nella seconda valutazione erano stati proposti 6 casi "codice rosso" di cui 2 avevano come unico criterio sociale l'età (AC e CG). C'è stata concordanza in 3 casi (2 punteggio 10 ed un punteggio 9). Ai due casi che avevano come unico criterio sociale l'età (AC e CG) è stato attribuito un punteggio basso perché non è stata riconosciuta la priorità della situazione. La situazione di CB era stata oggetto di discussione anche nella prima valutazione perché mancavano le certificazioni sulle condizioni di salute dei 3 figli che potrebbero alternarsi e/o aiutare economicamente la madre; pertanto, anche in

ESPERIENZE

questo caso gli operatori non hanno ritenuto di dare una priorità.

Dei 4 casi non codice rosso, uno non è stato valutato perché mancava la cartella, ad uno è stato attribuito un punteggio di 9 perché è stato dato un peso elevato all'esaurimento del caregiver, ritenuto in condizioni da non reggere a lungo. Si ripropone dunque il problema della valutazione del "burnout" del caregiver, che ha pesato molto anche nell'attribuzione di priorità a GP: la signora richiede un elevato livello di assistenza, il marito ha 77 anni e non può sostenere a lungo questa situazione.

I risultati ottenuti sono stati discussi con i responsabili delle UVG e, alla luce dei problemi emersi, sono state concordate le seguenti modifiche:

- Non utilizzare il termine "Codice Rosso", che evoca il triage sanitario, ma chiamare i casi INTERvento PRIoritario (INTERPRI).
- Considerare criterio unico da INTERPRI l'età uguale o superiore a 99 anni.
- Tenere conto dei tempi di attesa (0.5 punti per ogni mese di attesa dalla presentazione della domanda).

Ai pazienti con età ≥ 95 anni va attribuito 1 punto per ogni mese di attesa.

- Non tenere conto, per l'assegnazione dell'INTERPRI, dell'esaurimento del caregiver che potrà però far originare un codice "arancione" che comporti, ad esempio, da parte dell'UVG, un monitoraggio quadrimestrale.
- Considerare, inoltre, come criterio per l'assegnazione del codice arancione l'età compresa tra i 95 e 98 anni.

CONCLUSIONI

I punteggi della cartella geriatrica contribuiscono per l'85% al punteggio per la graduatoria. La definizione degli INTERPRI che tiene conto della compresenza di un criterio sanitario, uno economico e uno sociale consente di ribilanciare il peso delle condizioni sociali ed economiche, dando maggiore visibilità alle condizioni di fragilità e solitudine, che non sono necessariamente le più gravi dal punto di vista sanitario, ma che richiedono priorità di in-

Criteria sociali e sanitari per determinare la priorità di accesso alle progettualità domiciliari definite dall'UVG

Criteria sociali

Il **codice rosso sociale** è dato dalla combinazione di una o più delle seguenti voci.

- A persona sola priva di parenti conviventi/non conviventi (art. 433 C.C.)
 - B1 presenza "solo" del coniuge / "solo" altra persona convivente valutato UVG/UVH non autosufficiente o con dipendenza o disturbi psichiatrici o comportamentali
 - B2 problemi del coniuge/persona convivente non valutata UVG/UVH (elevata età, problemi sanitari, episodi acuti, ecc...)
 - B6 al di fuori dei familiari conviventi non esistono altri parenti
 - B7 elevato carico di cura per la presenza nel nucleo familiare (di parenti non conviventi) di minori e/o di persone con gravi problemi (non auto, disabilità, dipendenze, disturbi psichiatrici, ecc...) e/o l'unico/i parente/i di riferimento ha problemi connessi alla elevata età e alla salute
 - C1 persona che vive da sola con rete parentale non convivente con elevato carico di cura per la presenza nel nucleo familiare di minori e /o di persone con gravi problemi e/o l'unico/i parente/i di riferimento ha problemi connessi alla elevata età e alla salute
 - C7 la rete parentale è composta esclusivamente da parenti non tenuti agli alimenti (art. 433 C.C.) che non se ne occupano o se ne occupano in modo inadeguato
 - C8 età ≥ 99 anni
- La presenza di A o B1+B6 o B1+B7 o B2+B6 o C1 o C7 indica situazione di solitudine e quindi priorità sociale. Il C8 da solo può determinare priorità di accesso.

Criteria economici

Di norma, punteggio di Condizione Economica pari a 3 o 4 (range 0-4). In generale vengono considerate con presenza di criterio economico le si-

tuazioni in cui risulti una contribuzione, anche parziale, a carico del Comune.

Criteria sanitari

Il **codice rosso sanitario** è dato dalla presenza di uno o più dei seguenti criteri:

CS1 Anziano affetto da disturbi comportamentali in demenza o sindromi correlabili. Punteggio di 1 o 2 alla DISCO.

CS2 Anziano con stati confusivi o condizione di acriticità delle proprie limitazioni fisiche.

Anamnesi è positiva per demenza, stato confusivo, disturbi comportamentali.

CS3 Anziano affetto da handicap gravi che compromettono la capacità di accudire sé stesso e/vivere da solo.

Ad esempio cecità, incapacità a scendere da solo dal letto o spostarsi, alimentarsi.

CS4 Anziani con grave perdita dell'autonomia motoria.

Punteggio ADL 5 o 6.

CS5 Anziani dimissibili dal luogo di cura di acuzie / post acuzie che hanno rifiutato l'inserimento in residenza dichiarando di preferire gli aiuti domiciliari: per esempio anziano dimissibile da casa di cura dopo una riabilitazione ma che per la diminuita autonomia motoria irreversibile non è in grado di vivere solo e non ha una rete parentale di supporto, fa richiesta di presa in carico per gli aiuti domiciliari e rifiuta l'inserimento in una casa di riposo (dato rilevabile dal database della centrale operativa).

CS6 Anziani dimissibili dal luogo di cura di acuzie/post acuzie che, nell'ultimo anno, hanno avuto più di due prese in carico in strutture del Servizio Sanitario (es: ricovero ospedaliero, ricovero in casa di cura, cure domiciliari, ecc.) **per la mancata attivazione di una lungoassistenza domiciliare.** Si tratta di persone che se trattate al domicilio con una presa in carico dei servizi socio-sanitari avrebbero evitato di ricorrere a più ricoveri presso l'ospedale, la casa di cura, ecc.

tervento dato il potenziale rischio per la situazione dell'utente. Si tratta infatti di soggetti che non sono in grado, economicamente o per mancanza di capacità, di provvedere a se stessi, e non hanno una rete di supporto che può garantire la quotidianità della presa in carico o tamponare la situazione.

L'applicazione dei criteri per definire gli INTERPRI sarà considerata sperimentale per un anno. Si concorda che, per monitorare l'uso della scheda, la componente sociale e la componente sanitaria delle diverse UVG discutano e documentino tutte le eccezioni, esplicitando le motivazioni per quelle individuate come prioritarie.

BIBLIOGRAFIA

Comune di Torino Determinazione della Direzione Generale n. 22 del 20/3/2001 Organizzazione dei Servizi Socio Assistenziali Circostrizionali.

D.G.R. n. 14-26366 del 28 dicembre 1998 "Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo Tutela della salute degli anziani. Unità di Valutazione Geriatrica", sempre in applicazione del P.O.A. regionale, si forniscono alle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere indicazioni sulla costituzione e sul funzionamento delle U.V.G. e U.V.G.O.

D.G.R. n. 17-15226 del 30 marzo 2005 Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti, B.U. Piemonte n. 14 del 7/04/2005

D.G.R. n. 42-8390 del 10 marzo 2008 Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica e Linee guida del Piano Assistenziale Individuale. Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 17-15226/2005 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti" e della D.G.R. n. 14-26366/1998 "Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo Tutela della salute degli anziani. UVG". B.U. Piemonte n. 11 Suppl. Ord. n. 3 del 13 marzo 2008.

D. lgs 502/92 e s.m.i., Gazzetta Ufficiale n. 305 Suppl.Ord. del 30/12/1992.

D. lgs 196/03 Codice di protezione dei dati personali, Gazzetta Ufficiale n. 174 del 29 luglio 2003 - Supplemento Ordinario n. 123.

Fabris F et al. D.M.I.: Indice Medico di Non Autosufficienza. Min Med 1989;80(suppl.1).

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW et al. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963;185:914-9.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969;9:179-86.

Morgagni S et al. Disturbi cognitivi e del comportamento (DISCO). Sanitas Domi 1999.

Pfeiffer E. S.P.M.S.Q: Short Portable Mental Status Questionnaire. J Am Geriatr Soc 1975;23:433-41.