

ESPERIENZA PRESCRITTIVA DI AUSILI, ORTESI, PROTESI E DISPOSITIVI NELL'ANZIANO SECONDO I PRINCIPI DEL GOVERNO CLINICO

BUONANNO G*, BALESTRERI PL**, GIUNTA R***, ZENONI S****, FIORENTINO M**, LANZI R**, NICOLINI R**

* U.O. PARE-RRF Borgonovo VT, AUSL Piacenza (consulente fisiatra), ** U.O. Assistenza Integrativa e Territoriale, ASL Cremona,

*** Direttore del Servizio di Medicina Legale, ASL Cremona, **** Direttore Sanitario Aziendale, ASL Cremona

PREMESSA

Jacobzone (1) ha cercato di stimare la disabilità tra gli anziani considerando solo la "disabilità severa" includendo cioè solo quegli individui con almeno una restrizione nelle ADL. Le stime prodotte da questo lavoro indicano fra il 10% e il 20% le quote di anziani ultrasessantacinquenni affetti nel 2000 in Europa da disabilità severa, tutti pertanto suscettibili del ricorso ad ausili. Tali tecnologie sono tuttavia gravate spesso da costi rilevanti, anche se sovente però accade che alla lunga, pur in presenza di un investimento iniziale molto alto, si produca un elevato risparmio complessivo (3).

Vi è evidenza infatti che alcune tecnologie di ausilio sono più efficaci di un'assistenza diretta alla persona nel ridurre alcune limitazioni funzionali, il declino dell'autonomia ed i costi ad esso correlati (4).

Nel corso degli anni si è assistito ad un progressivo aumento in generale della domanda di forniture protesiche. Tale incremento potrebbe essere dovuto ad una serie di motivazioni tra cui il trend di crescita degli assistiti, prima fra tutte la crescita della popolazione in età geriatrica. In particolare, nell'ambito del Distretto di Cremona (154.677 abitanti) risiedono - secondo stime aggiornate dei Comuni - 37.106 anziani con età > 65 aa (23,99% della popolazione generale).

LO STUDIO

La finalità è quella di verificare come l'adesione ad un oculato progetto riabilitativo individuale ed ai precetti della *governance* (trasparenza, appropriatezza, efficacia, gestione del rischio, audit clinico, formazione continua) possa determinare anche relativamente alla prescrizione di ausili, ortesi e protesi un miglioramento della qualità dell'offerta, tarata sul bisogno reale e non sulla domanda assistenzialistica, coniugando competenze clinico-riabilitative e competenze gestionali. Si è pertanto compiuto uno sforzo volto ad eliminare le "sacche di inefficienza" (quali presidi non utilizzati o scarsamente appropriati) e dall'altra a concedere forniture più consone alle reali esigenze delle persone in termini di miglioramento della qualità di vita, uscendo da un'ottica meramente prestazionale ed autorizzativa. Si è così verificato un contenimento della spesa, in parte dovuto ad una maggiore appropriatezza prescrittiva nonostante l'ulteriore invecchiamento della popolazione. Grazie anche alla collaborazione del consulente fisiatra nell'ambito dell'equipe U.O. Assistenza Integrativa e Territoriale, tutte le richieste ed alcune prescrizioni sono sottoposte ad un'attenta analisi per evitare situazioni di inappropriata spesa. Inoltre è stato possibile istituire un ambulatorio di protesica, con accesso diretto - 1 pomeriggio/sett - da parte dell'utenza. Si effettuano poi visite e valutazioni domiciliari da parte del consulente fisiatra e dei medici A.S.L., laddove sussistano condizioni di "non trasportabilità" della persona disabile. Ciò ha portato a rivedere i dati comparativi in merito alla spesa protesica nel corso degli ultimi anni. (fig. 1) La massima attenzione dell'ufficio nella ricerca dell'appropriatezza, nell'utilizzo delle risorse disponibili a magazzino, nella stesura, condivisione ed applicazione di linee guida con i maggiori Prescrittori del nostro ambito territoriale ha comportato un abbattimento significativo della spesa nonostante la richiesta sostenuta e l'incremento delle tariffe del 9% a far tempo dal 2005. L'incremento riscontrabile a partire dai dati 2007 e concretizzatosi nel 2008 è peraltro da ascrivere a voci esulanti dal contesto della protesica di competenza fisiatrico-ortopedica (vedi protesi acustiche) Dall'analisi del grafico in fig. 2 appare come, pur in presenza di un trend all'aumento dei costi complessivi della protesica maggiore, l'andamento percentuale negli anziani denota una controtendenza grazie ad una sempre più attenta modalità di prescrizione, un miglioramento dell'utilizzo risorse, con recupero puntuale degli ausili non più utilizzati, evenienza più frequente proprio fra i soggetti in età più avanzata (involuzione clinico-funzionale, decessi, istruzione insufficiente all'utilizzo, inadeguatezza o perdita del caregiver). Per contro, l'incremento della forbice è anche determinato dall'aumentata domanda nel disabile adulto (es. gravi cerebrolesioni acquisite, con aumento di incidenza negli ultimi anni).

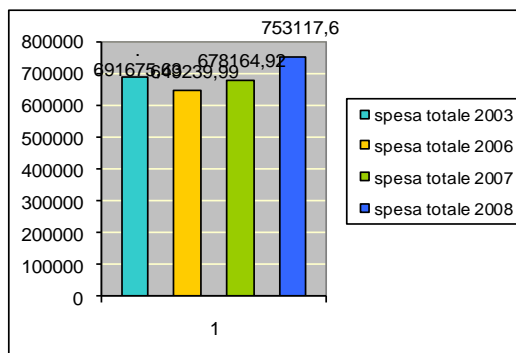


Fig. 1 - andamento spesa protesica maggiore in euro (2003-2008, con aumento simulato di tariffazione del 9% sul 2003)

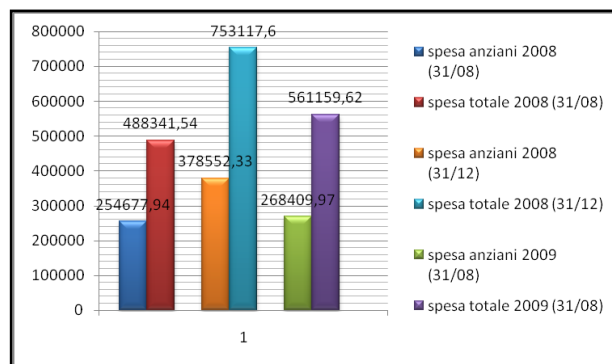


Fig. 2 - rapporto spesa anziani/spesa totale 2008 (52,15% - 50,26%) e 2009 (47,83%)

DISCUSSIONE

Dall'analisi dei dati forniti emerge come i costi complessivi della protesica, in particolare determinati proprio dall'utenza in età geriatrica (circa il 50% della spesa nei vari anni considerati vs 23,99% della popolazione in età geriatrica del Distretto di Cremona), risentano dell'andamento altalenante determinato sia da singole voci di spesa (es. calzature, busti) sia dall'incremento della popolazione in età geriatrica (nel 2008 sono stati 77.525 gli ultrasessantacinquenni residenti nell'intero ambito territoriale della provincia di Cremona a fronte di 76.493 nel 2007). È tuttavia assodato che l'assunzione di un atteggiamento di sempre più forte attenzione alle problematiche della disabilità, anche in età avanzata, si sia tradotto in un soddisfacimento delle esigenze dell'utenza (obiettivo prioritario per tutti coloro che operano in Sanità), non discosto da un contenimento della spesa, in un'ottica condivisa di livelli essenziali di assistenza.

CONCLUSIONI

Riteniamo che percorsi migliorativi e studi prospettici possano essere posti in campo a sostegno e verifica della qualità ed efficacia del servizio offerto, anche grazie all'adozione di strumenti di valutazione e misurazione del grado di autosufficienza (BADL, IADL, FIM) degli utenti ai quali risulta sempre opportuno sottoporre anche questionari di gradimento e di qualità della vita (es. IPPA Score, EuroQoL).

BIBLIOGRAFIA

1. Jacobzone S., 1999, Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives, OECD, Labour market and social policy occasional papers n. 38.
2. J.E. Norburn et al., "Self-Care and Assistance from Others in Coping with Functional Status Limitations among a National Sample of Older Adults," *Journals of Gerontology, Series B—Psychological Sciences and Social Sciences* 50, no. 2 (1995): S101–S109.
3. Andrich R. "Analisi costi benefici degli ausili": Lo strumento SCAI (Siva Cost Analysis Instrument), *Europa Medicophysica* vol 37/1 pp.554-557 (Atti 37° Cong.Naz.Simfer, Roma 4-8/10/2001). Minerva Medica, Torino 2001
4. H. Hoening, D.H. Taylor Jr., and F.A. Sloan, "Does Assistive Technology Substitute for Personal Assistance among the Disabled Elderly?" *American Journal of Public Health* 93, no. 2 (2003): 330–337; and W.C. Mann et al., "Effectiveness of Assistive Technology and Environmental Interventions in Maintaining Independence and Reducing Home Care Costs for the Frail Elderly: A Randomized Controlled Trial", *Archives of Family Medicine* 8, no. 3 (1999): 210–217.