

Vulnerabilità sociale e salute: un contributo dei medici di medicina generale allo studio e all'intervento.

Relazione conclusiva

A cura del Servizio di Epidemiologia – ASL TO3

Grugliasco, maggio 2010

Introduzione

La vulnerabilità sociale è definita come “l'insieme delle caratteristiche di una persona o di un gruppo e della situazione in cui si trovano a vivere, che influenza la loro capacità di anticipare, adattarsi, resistere all'impatto di eventi negativi” (1).

I processi di vulnerabilità sociale interagiscono con la storia naturale dei problemi di salute in almeno tre sensi:

- Il problema di salute aumenta il rischio di vulnerabilità sociale per le conseguenze che la malattia o il disturbo può avere sul bilancio economico, su quello delle capacità di cura della famiglia o sulla capacità di lavoro della persona;
- lo stato di vulnerabilità sociale può generare problemi di salute attraverso una più alta esposizione a condizioni di povertà materiale, a condizioni di stress cronico, e a stili di vita insalubri; inoltre la vulnerabilità sociale può peggiorare la prognosi di problemi di salute già esistenti, limitando l'accesso a prestazioni assistenziali tempestive ed appropriate;
- stati conclamati di vulnerabilità sociale e di fragilità clinica possono poi interagire creando situazioni di alta suscettibilità (soprattutto clinica) agli effetti di circostanze sfavorevoli per la salute, come le emergenze stagionali climatiche o epidemiche.

Questi processi interattivi possono essere interrotti, o i loro effetti negativi possono essere moderati, con appropriati interventi di competenza delle politiche sociali e sanitarie, a condizione che vengano riconosciuti tempestivamente

- sia i segni precoci di rischio di **vulnerabilità sociale**
- sia gli stati di **fragilità clinica**.

Vulnerabilità sociale e accesso ai servizi sanitari

L'esistenza di disuguaglianze nella salute è ben documentata in Europa e nel nostro paese (2). Lo stile di vita delle persone e la condizione nella quale vivono e lavorano condiziona pesantemente la loro speranza di vita e la loro salute. Le cure mediche possono consentire il superamento di patologie anche rilevanti, ma il contesto sociale ed economico nel quale tali patologie si sviluppano condiziona in maniera rilevante il recupero della salute. I fattori sociali ed economici influenzano a tutti i livelli le scelte di salute individuale.

Qualunque sia l'indicatore sociale utilizzato per misurare le condizioni socio-economiche delle persone, lo stato di salute è peggiore nelle categorie sociali svantaggiate (3). Alcuni studi longitudinali locali mostrano che la mortalità cresce linearmente con il crescere dello svantaggio sociale, sia che venga utilizzato un indicatore su base individuale (titolo di studio, classe sociale, qualità abitativa), sia su base geografica (indice di deprivazione a livello di sezione censuaria o di zona statistica) (4,5).

Le cause di morte che risultano maggiormente associate alle differenze sociali sono quelle correlate al disagio sociale e alle dipendenze (fumo, alcool, droga), quelle legate a storie di vita particolarmente svantaggiate (malattie respiratorie e tumori dello stomaco), quelle che riguardano la prevenzione sui luoghi di lavoro e sulla strada (incidenti) e quelle correlate con la qualità dell'assistenza sanitaria (morti evitabili) (4).

Una quota dei differenziali di salute è attribuibile ai servizi sanitari attraverso l'influenza di diversi fattori che determinano l'accesso, la qualità e l'efficacia delle prestazioni.

L'accesso ai servizi sanitari può essere descritto in fasi, secondo una storia naturale di malattia che va dai primi sintomi fino all'esito di trattamento, entro cui possono riconoscere "punti critici", cioè situazioni all'interno di ciascuna fase, capaci di trasformare le differenze individuali dei soggetti fruitori del servizio sanitario in disuguaglianze o di dilatarle, ove già presenti.

Fase zero: accesso alla promozione di comportamenti sani (dalla percezione del bisogno di prevenzione al contatto con la struttura preventiva).

Fase uno: dal primo contatto con la struttura sanitaria alla diagnosi che condiziona le successive scelte di trattamento.

Fase tre: dalla diagnosi al trattamento.

Fase quattro: dal termine del trattamento in poi.

Ogni fase è portatrice di punti critici sulla cui soluzione insistono specifici determinanti

- relativi all'utente (risorse economiche, culturali e sociali)
- relativi al sistema sanitario (organizzazione, strutture...)

Di fronte ad un punto critico l'utente si trova a dover scegliere fra percorsi alternativi più o meno influenti nel ripristinare il suo stato di salute. A condizionare queste scelte di percorsi sono quei fattori, "i determinanti dell'accesso", in gran parte associati alla posizione sociale di appartenenza. E' su questi fattori, oltre che direttamente sui punti critici, che occorre costruire strategie di equità.

Uno dei principali determinanti dell'accesso ai servizi sanitari è sicuramente la capacità di affrontare le spese sanitarie (6).

I risultati dello studio SHARE, *survey* di salute condotta su una popolazione di 50 anni appartenente a diversi Paesi europei in cui si sono voluti studiare i fattori coinvolti nell'interruzione dell'assistenza sanitaria, mostrano che l'interruzione dell'assistenza è più un problema di costi piuttosto che di accesso ed è maggiore nelle classi di reddito più basse (7).

D'altro canto il dover sostenere delle spese sanitarie per risolvere un problema di salute può avere delle ricadute importanti sul reddito e sulla qualità di vita delle famiglie.

I dati italiani sulla spesa sanitaria che provengono dallo studio CEISS - Sanità 2005 mostrano come l'1,3% delle famiglie cada sotto la soglia di povertà per spese sanitarie sostenute (0,9% in Piemonte). Se si considera la spesa sanitaria "*out of pocket*" (cioè pagata totalmente di tasca propria), le voci di spesa prevalenti nelle famiglie povere o "relativamente povere" sono:

- spese per farmaci: 73,1%
- spese per visite specialistiche: 11,3%
- analisi : 5,7%
- disabilità servizi ausiliari: 4,3%
- dentista: 2,7%

Tra le spese "catastrofiche", quelle cioè uguali o superiori al 40% della capacità di spesa di una famiglia, hanno una notevole rilevanza le spese per affrontare problemi derivati da situazioni di disabilità, l'accesso a servizi ausiliari, e l'acquisto di farmaci (8).

Oltre alle ragioni finanziarie legate ad un problema di costi per la diagnosi/cura, esistono altre due importanti dimensioni dell'accesso: quelle geografiche e quelle organizzative. Le prime includono la possibilità di trasporto e/o la distanza delle strutture sanitarie (ambulatori, ospedali, centri specialistici ecc.), le seconde riguardano le modalità con cui è organizzato un servizio sanitario (giorni di apertura, orari, possibilità di accesso extra-orario, modalità di prenotazione, tempo di "attesa" in sala di attesa...) (9).

Un altro importante aspetto dell'assistenza sanitaria che condiziona l'accesso ai servizi è rappresentato dalla continuità delle cure primarie, nel senso che avere un medico di famiglia (MMG) a cui ci si rivolge nel bisogno, di cui ci si fida e che ci conosce da tempo fa sì che si seguano i suoi consigli, si eseguano le visite o gli esami specialistici che ci prescrive e, pertanto, si corra meno il rischio di interrompere i percorsi sanitari (10,11). In letteratura è dimostrato che la continuità è considerata sia dai pazienti sia dai medici di famiglia un importante aspetto delle cure primarie, in particolar modo dai gruppi più vulnerabili (12,13). Si ribadisce anche che una buona assistenza primaria (misurata con indicatori di accessibilità, continuità, tempo dedicato alle visite, tipo di relazione medico-paziente) si associa ad esiti positivi di salute, riduzione dei costi dell'assistenza ed è in grado di ridurre le disuguaglianze sociali di salute (14,15).

Il concetto di fragilità

Il concetto di fragilità è da alcuni anni al centro di un intenso dibattito, ma ad oggi ancora non è stato raggiunto un consenso unanime sulla sua definizione, in termini concettuali ed operativi, né la classificazione internazionale delle malattie prevede un codice specifico per questa sindrome.

Una revisione di letteratura riporta 17 diverse definizioni di fragilità (16), un'altra 15 (17)). La maggior parte di queste definizioni tende ad identificare la fragilità con una serie di parametri clinici e funzionali (perdita di peso, ridotta forza muscolare, deterioramento cognitivo, andatura rallentata, ridotto grado di autonomia, etc), che potrebbero essere sostenuti da meccanismi infiammatori ed alterazioni del sistema neuroendocrino mediate da specifiche molecole (18).

Uno dei sistemi proposti per rendere operativo il concetto di fragilità è quello di utilizzare un indice di fragilità basato sul conteggio dei deficit di salute (rapporto tra numero di deficit riscontrati e numero totale di deficit considerati), in riferimento ad un pool di alterazioni cliniche, radiografiche, laboratoristiche, secondo una procedura descritta nel dettaglio da Searle, in virtù della quale si ottiene un dato riproducibile pur considerando gruppi diversi di deficit (19).

Il termine fragilità in alcuni contesti, inoltre, viene utilizzato come sinonimo di invecchiamento: l'espressione "anziano fragile" (20), comune soprattutto in ambito geriatrico, sta infatti ad indicare il decadimento della performance fisica e cognitiva che accompagna l'età avanzata. Questo uso del termine, però, appare improprio se consideriamo che vi sono persone che risultano fragili all'età di 70 anni ed altre che non lo sono fino all'età di 90 (21).

Anche il rapporto tra fragilità e disabilità e tra fragilità e comorbidità appare ambiguo: in alcuni casi i due concetti vengono usati indifferentemente (17), mentre in altri appaiono distinti (22, 23, 24). A questo proposito, uno studio ha mostrato che solo il 7% delle persone anziane classificate come fragili non avevano nemmeno una delle nove più comuni patologie croniche, mentre oltre il 90% dei soggetti con due o più malattie non erano fragili, concludendo che la condizione di comorbidità rappresenta un fattore di rischio per fragilità mentre la disabilità un esito della stessa (25).

Altri autori ancora vedono la fragilità come una sindrome multidimensionale in cui svolgono ruolo anche fattori psicologici, ambientali e psicosociali (18). Alcuni studi hanno riscontrato, ad esempio, una correlazione fra fragilità e vulnerabilità sociale (26, 27).

In ogni caso, indipendentemente dai criteri usati per definirla, la fragilità aumenta il rischio di mortalità e di morbosità (28, 16). Una definizione operativa di fragilità è quindi importante per riconoscere i pazienti a rischio, per promuovere strategie efficaci al fine di posticipare o prevenire l'esordio di questa sindrome e quindi contenere l'incremento del carico assistenziale che le condizioni di fragilità possono causare per le strutture sanitarie e le famiglie (16). Sicuramente è a livello delle cure primarie che la fragilità lentamente

matura e dovrebbe essere riconosciuta e affrontata più precocemente (24). È evidente quindi che il MMG rappresenta un'importante sentinella per rilevare stati di fragilità e di pre-fragilità. Pur in assenza di una definizione condivisa, i medici utilizzano quotidianamente criteri per identificare i pazienti fragili, fondati sull'esperienza professionale, che può essere interessante conoscere per dare un ulteriore contributo alla definizione di fragilità.

Obiettivi della ricerca

- Verificare nella pratica medica l'applicabilità di uno strumento di rilevazione della vulnerabilità/fragilità (economica, sociale e clinica)
- Elaborare liste di assistiti caratterizzati da suscettibilità clinica e vulnerabilità sociale e cercare di definirne la gravità
- Studiare l'impatto della vulnerabilità sociale su accesso e continuità dei percorsi assistenziali
- Studiare l'impatto della suscettibilità clinica sulla vulnerabilità sociale

Materiali e metodi

La ricerca si è sviluppata su due linee d'indagine:

1. La valutazione della fragilità fra i pazienti del MMG e l'individuazione dei pazienti caratterizzati da elevati indici di suscettibilità clinica/vulnerabilità sociale e la valutazione del rischio e delle cause di interruzione dei percorsi assistenziali tra questi soggetti fragili.
2. La stima della prevalenza e l'identificazione dei principali motivi di interruzione di percorsi sanitari ed assistenziali nella popolazione che frequenta l'ambulatorio del MMG e l'impatto dei costi delle cure sanitarie/impegno assistenziale sul rischio di vulnerabilità delle famiglie dei pazienti del MMG

Una prima fase del lavoro (comune ad ambedue le linee di ricerca) ha previsto l'arruolamento, da parte della FIMMG Provinciale, di 25 MMG in ognuna delle 4 ASL della Provincia di Torino, per un totale di 100 MMG. Ogni medico avrebbe dovuto sviluppare ambedue le linee di ricerca su due diversi gruppi di pazienti (fino a $50 + 50 = 100/\text{MMG}$): un gruppo di pazienti fragili (identificati a partire dalle liste dei fragili prodotte e validate durante le attività di prevenzione delle ondate di calore) ed un gruppo "casuale" di pazienti che frequentano l'ambulatorio del MMG, secondo l'ordine di arrivo presso l'ambulatorio stesso.

Sul gruppo di pazienti "fragili" oltre alla rilevazione, tramite apposito questionario, delle caratteristiche socio-anagrafiche del paziente e della sua famiglia, sono state indagate le condizioni di fragilità clinica e sociale del paziente, attraverso la scala di Edmonton (29) (modificata) e la scala di Charlson (30), con la misura dell'indice omonimo, basato sul numero di malattie presenti in uno stesso soggetto.

La scala di Edmonton prende in considerazione 5 diversi aspetti della salute del paziente, indagati attraverso l'effettuazione al paziente stesso di una o più domande per ciascun asse: lo stato cognitivo (effettuazione del clock test), lo stato di salute generale ("In genere come definirebbe la sua salute?" "Quante volte è stato ricoverato nell'ultimo anno?"), il supporto sociale/familiare ("Quando ha bisogno di aiuto può contare su qualcuno?"), l'indipendenza funzionale ("In quante delle seguenti attività ha bisogno di aiuto? preparare da mangiare, trasporto, telefono, faccende domestiche, fare la spesa, gestire il denaro, prendere farmaci), l'uso di farmaci ("prende regolarmente più di 5 farmaci?"), l'umore ("Si sente spesso triste e depresso?"). Ciascuna domanda prevedeva, a seconda dei casi, 2 o 3 modalità di risposta a cui è stato attribuito un punteggio, la somma dei quali ha dato origine ad una scala da 0 (buona valutazione) a 12 (pessima valutazione).

Su entrambi i campioni di pazienti sono state rilevate le informazioni sull'interruzione dei percorsi sanitari e assistenziali (farmaci, esami e visite specialistiche, riabilitazione, assistenza domiciliare, protesica e residenziale), secondo due grandi gruppi di motivi di interruzione: quello dei costi delle prestazioni e quello legato a problemi di offerta (mancanza del servizio, liste di attesa, ...) e personali (sfiducia nel medico, mancanza di tempo, ...).

Un ulteriore ambito di indagine ha riguardato le ricadute delle spese sanitarie su: spese familiari (tempo libero, trasporti, istruzione figli, spese per la casa e spese alimentari) e condizioni di lavoro dei familiari.

La raccolta dei questionari in un data base è stata effettuata mediante l'applicativo Access 2003.

L'analisi dei dati, realizzata tramite il programma di SAS 9.1, ha previsto una prima fase volta a descrivere la distribuzione dei diversi fenomeni indagati nei due campioni di pazienti. In una seconda fase dell'analisi, volta ad intercettare le correlazioni fra caratteristiche socio demografiche dei pazienti, motivi delle interruzioni e delle ricadute sulla qualità di vita della famiglie, è stato costruito un modello di analisi multivariata che ha reso possibile l'individuazione dei principali determinanti dei fenomeni indagati.

Adesione dei MMG e loro rappresentatività

Hanno aderito 32 medici di famiglia che hanno arruolato 860 pazienti fragili e 1018 ambulatoriali considerati non fragili. Dei 32 medici 17 appartengono alle ex Asl 3 e 4 di Torino, 6 alla 8 di Moncalieri e 6 alla 10 di Pinerolo.

I medici che hanno partecipato all'indagine sono confrontabili per sesso ed età con i medici delle 4 Asl coinvolte e c'è solo una leggera prevalenza di uomini rispetto ai medici che operano nella provincia di Torino.

I medici che hanno partecipato hanno in media più assistiti rispetto ai medici delle quattro Asl (1259 vs 1120). Probabilmente hanno aderito all'indagine i medici che da più tempo svolgono a tempo pieno l'attività di medico di famiglia ed hanno quindi raggiunto negli anni una quota più elevata di clienti.

Tra gli assistiti del campione casuale ai quali sono stati somministrati i questionari, c'è una maggior prevalenza di donne (58 vs 53%) e l'età media è più elevata (60 vs 52 anni) rispetto alla totalità degli assistiti dei 32 medici che hanno aderito alla ricerca, con differenze che sono statisticamente significative. Lo stesso confronto tra gli assistiti dei 32 medici e quelli dei medici delle 4 ASL coinvolte e questi ultimi con il totale degli assistiti della provincia non presenta differenze significative.

Utilizzando i dati anagrafici della città di Torino, per confrontare alcune caratteristiche sociali (livello di istruzione e condizione occupazionale) nei diversi campioni di popolazione, non si sono rilevate differenze significative nella distribuzione delle caratteristiche considerate, mentre sono evidenti le differenze per condizione occupazionale, tra il gruppo dei pazienti arruolati e quello degli assistiti dei 20 medici di Torino, data la forte prevalenza nel gruppo degli intervistati di pazienti pensionati. Queste differenze sono probabilmente dovute al fatto che, nel caso della ricerca in oggetto, sono state arruolate le persone che frequentano l'ambulatorio del MMG e che presentano quindi, rispetto alla totalità degli utenti, condizioni di salute più svantaggiate e sono in genere più anziane.

I principali risultati della ricerca.

Le caratteristiche socio-demografiche dei due gruppi di pazienti

Confrontando le caratteristiche socio-demografiche dei due gruppi di pazienti arruolati dai MMG (tabella 1), è possibile rilevare delle differenze importanti, che segnalano, tra l'altro il fatto che, nell'individuazione ed arruolamento dei pazienti, i medici abbiano utilizzato dei criteri differenti per i "fragili" e per il campione "casuale", così come era stato indicato nel disegno dello studio.

In genere i pazienti individuati a priori dal medico in quanto fragili presentano un profilo socio demografico più svantaggiato, rispetto al gruppo di pazienti selezionato in base ad un criterio "sistematico" dell'ordine di arrivo presso l'ambulatorio.

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche dei due gruppi di pazienti. Valori percentuali.

	Fragili	Campione casuale		
<i>Età (media)</i>	75 anni	59 anni		
Classi di età				
18-24		2%		
25-49	4%	25%		
50-64	10%	30%		
65-74	24%	24%		
75-84	41%	15%		
≥ 85	21%	4%		
Sesso				
uomini	32%	42%		
donne	68%	58%		
Titolo di studio				
nessuno/elementare	68%	32%		
licenza media o più	32%	68%		
Condizione occupazionale	<i>Uomini</i>	<i>Donne</i>	<i>Uomini</i>	<i>Donne</i>
occupato	4%	4%	35%	30%
non occupato	6%	5%	2%	5%
casalinga	1%	38%	1%	28%
pensionato	87%	52%	61%	34%
altra condizione	2%	1%	1%	3%
Stato civile				
coniugato	35%		65%	
vedovo	47%		14%	
altra condizione	18%		21%	
Tipologia familiare				
solo	58%		28%	
coppia	23%		36%	
coppia con figli	6%		23%	
altre convivenze	13%		13%	

I pazienti fragili sono più anziani: l'età media dei fragili è 75 anni contro i 59 del campione "casuale". Sempre nei fragili oltre il 60% dei pazienti ha un'età superiore ai 74 anni, mentre nell'altro gruppo di pazienti la stessa percentuale scende al di sotto del 20%. Essendo una popolazione più anziana, fra i fragili sono maggiormente rappresentate le donne (68% vs 58%).

Il fatto che nei fragili ci sia una maggior presenza di popolazione anziana è strettamente correlato alla maggior frequenza fra i fragili di vedovi/e (47% vs 14%) e di persone sole (58% vs 28%), rispetto al campione casuale di pazienti.

Il livello di istruzione presenta nei due gruppi di pazienti delle frequenze speculari: fra i fragili le persone senza titolo (o con la sola licenza elementare) rappresentano il 68%, mentre quelle con livelli di istruzione più elevati il 32%; i valori si invertono nel campione "casuale" di pazienti.

Se si guarda alla condizione occupazionale, nel gruppo dei fragili prevalgono nettamente i pensionati fra gli uomini (87%) ed i pensionati e le casalinghe fra le donne (complessivamente il 90%). Nel campione casuale, pur essendoci una quota considerevole di pensionati fra gli uomini (61%) e di pensionati e casalinghe fra le donne (62%), il 35% degli uomini ed il 30% delle donne risulta essere occupato.

Se ci riferiamo alla posizione occupazionale (anche prima del pensionamento), gli operai rappresentano rispettivamente il 56% dei fragili ed il 40% dei pazienti del campione casuale; tale dato sembra delineare una situazione di maggior svantaggio sociale dei fragili rispetto ai pazienti del campione casuale, coerente con alcune indicazioni suggerite dalla letteratura che rilevano una correlazione fra fragilità clinica e svantaggio sociale (26, 27).

La condizione economica: la percezione del reddito

Fra le caratteristiche di vulnerabilità, è stata indagata la condizione economica dei pazienti che afferiscono all'ambulatorio del MMG, attraverso dei quesiti che non fossero troppo invasivi della *privacy* dei pazienti e potessero perciò essere utilizzati in un *setting* particolare, qual è quello dell'ambulatorio del MMG : uno sul reddito percepito ed uno sui cambiamenti percepiti dalla famiglia nel reddito dell'ultimo anno.

Tabella 2. Reddito percepito

La sua famiglia riesce a far quadrare i conti:	Fragili (%)	Campione casuale (%)
Con grande difficoltà	28,8	14,1
Con qualche difficoltà	48,2	50,5
Abbastanza facilmente	20,6	28,2
Facilmente	2,3	7,1

Missing: fragili 17; campione casuale 5

Rispetto al "reddito percepito" (tabella 2) è da rilevare il fatto che, in entrambi i campioni, la grande maggioranza dei pazienti che afferiscono al MMG dichiara delle difficoltà economiche (77% nei Fragili e 64% nel campione casuale). Le condizioni di maggior difficoltà economiche sono maggiormente diffuse tra i pazienti fragili rispetto al campione casuale (28,8% vs 14,1%). Questo può essere messo in relazione alla maggior prevalenza di persone anziane nel campione dei fragili e quindi di persone e famiglie che usufruiscono di reddito da pensione, ma segnala comunque una maggior esposizione al rischio di vulnerabilità sociale per fasce di popolazione che presentano un profilo di fragilità clinica.

Da notare ancora che, in entrambi i campioni, e senza forti differenze in termini di distribuzione delle risposte fra i diversi gruppi di pazienti, venga segnalato il fatto di aver percepito, nell'ultimo anno, un peggioramento delle condizioni di reddito della famiglia (tabella 3). Questo sicuramente è coerente con la congiuntura economica sfavorevole e con le ricadute che tale congiuntura può avere sui redditi delle famiglie, al di là delle diverse condizioni di fragilità clinica e funzionale delle persone che le compongono.

Tabella 3. Percezione dei cambiamenti del reddito familiare nell'ultimo anno

Ripensando ad un anno fa, direbbe che la situazione economica della sua famiglia sia....:	Fragili (%)	Campione casuale (%)
Decisamente migliorata	0,2	0,4
Abbastanza migliorata	2,2	2,8
Rimasta la stessa	47,9	51,4
Abbastanza peggiorata	38,7	36,2
Decisamente peggiorata	11,0	9,3

Missing: fragili 23; campione casuale 4

La fragilità clinica, funzionale e di rete di supporto

La rilevazione dello stato di fragilità è stata effettuata soltanto per i pazienti selezionati a priori dal medico in quanto pazienti fragili.

Secondo i dati riportati nella tabella 4, circa la metà dei pazienti fragili ha un punteggio di Edmonton superiore a 6 (range dei punteggi 0-12, dove 0 = assenza di fragilità e 12 = livello massimo di fragilità) ad indicare una situazione piuttosto compromessa dal punto di vista clinico e funzionale.

Tabella 4. Punteggi della scala di Edmonton (1)

Punteggio per classi	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
0-3	186	22,36	22,36
4 - 5	252	30,29	52,64
6 - 7	230	27,64	80,29
>8	164	19,71	100

1. Nel caso di 28 pazienti non è stato possibile ricostruire il punteggio totale della scala di Edmonton.

La valutazione della comorbidità è stata effettuata mediante l'utilizzo dell'indice di comorbidità di Charlson, compilato a cura del medico, che può variare da un valore uguale a zero (no comorbidità) a 36 (massimo grado di comorbidità): nello studio in oggetto i punteggi dell'indice di Charlson variano da 0 a 12. . La metà del campione ha un indice uguale o inferiore a 3. I tre quarti hanno un indice non superiore a 4. Suddividendo la distribuzione dei punteggi in quartili, possiamo osservare che il 21% dei pazienti rientra nel primo quartile (punteggio 0-1), il 38% nel secondo (punteggio 2-3), il 16% nel terzo (punteggio = 4) e il 25% nell'ultimo quartile (punteggio uguale o superiore a 5).

Secondo la classificazione Istat sulla definizione di gravità di malattia cronica, la quasi totalità del campione ha almeno una malattia cronica grave (91%), il 48% ha almeno due malattie croniche.

Rispetto alle caratteristiche di fragilità misurate all'interno del gruppo di pazienti che era stato selezionato a priori dai MMG in quanto fragile, è possibile notare che, le diverse classi di punteggi, presentano tutte una presenza significativa di soggetti, segnalando il fatto che, all'interno del gruppo di pazienti definiti "fragili" dai MMG, esistano livelli molto differenziati di intensità della fragilità stessa. E' interessante che oltre un quinto dei pazienti definiti fragili dal MMG presenti un punteggio della scala di Edmonton che segnala una bassa intensità del fenomeno.

Interruzione dei percorsi sanitari ed assistenziali

Una parte importante della rilevazione è stata dedicata alla rilevazione delle interruzioni dei percorsi di cura sanitari ed assistenziali. In una parte specifica del questionario si sono indagate, in entrambi i gruppi di pazienti, le prestazioni sanitarie alle quali il paziente (o un suo familiare) ha dovuto rinunciare negli ultimi 12 mesi per i problemi di salute suoi o di un familiare. Le interruzioni dei percorsi possono essere state motivate dalle difficoltà a sostenere i costi o per altri motivi (ad esempio per mancanza stessa del servizio, lista di attesa troppo lunga, scomodità a raggiungerlo a causa della lontananza o della mancanza dei trasporti, orari di apertura poco flessibili oppure per mancanza di tempo).

Tabella 5 Interruzione dei percorsi per prestazioni e motivo dell'interruzione

Pazienti fragili

Prestazioni interrotte	Motivo interruzione percorso			Totale (qualsiasi motivo)
	Costi	Altri motivi		
		SSN(1)	Personal (2)	
Farmaci	23,5	2,3	0,4	24,9
Cure specialistiche	7,6	18,7	1,7	24,3
Dentistiche / oculistiche	23,1	4,2	0,7	25,9
Limitazioni funzionali	21,3	12,9	2,5	30,1
Totale (almeno un percorso)	45,5	28,9	3,7	57,2

Pazienti del campione casuale

Prestazioni interrotte	Motivo interruzione percorso			Totale (qualsiasi motivo)
	Costi	Altri motivi		
		SSN(1)	Personal (2)	
Farmaci	19,2	2,0	0,2	19,6
Cure specialistiche	10,8	18,0	1,3	24,2
Dentistiche / oculistiche	16,1	3,6	0,5	18,8
Limitazioni funzionali	11,7	7,3	0,5	16,0
Totale (almeno un percorso)	31,4	22,8	1,9	43,9

(1) Motivi attinenti l'organizzazione dell'offerta dei servizi / risorsa (logistica, liste d'attesa, ...)

(2) Motivi attinenti atteggiamenti individuali (mancata adesione alla terapia/percorso sanitario, sfiducia, ...)

(3) Riabilitazione, protesica/presidi e assistenza domestica

Circa la metà dei pazienti intervistati ha dichiarato di aver interrotto almeno un percorso sanitario per uno qualsiasi dei motivi indagati (tabella 5).

I pazienti "fragili" sembrano maggiormente a rischio di interruzione dei percorsi sanitari e/o assistenziali: il 57,2% dei fragili ha interrotto almeno un percorso sanitario, contro il 43,9% dei pazienti del campione casuale. In entrambi i gruppi di pazienti il motivo prevalente di interruzione è rappresentato dalla difficoltà ad affrontare i costi, in particolare per le spese odontoiatriche ed oculistiche, ma anche per risorse quali i farmaci che, in particolare nel gruppo dei "fragili", per le esenzioni ticket correlate a specifiche patologie (il 92% ha almeno una malattia cronica grave), non dovrebbero prevedere alcun tipo di contributo economico da parte del paziente.

Da notare anche la percentuale elevata di interruzioni dovuta a problemi di accesso al servizio sanitario: nei fragili questa quota rappresenta il 28,9% mentre nel campione casuale scende al 22,8%. In particolare per le prestazioni specialistiche il problema della disponibilità ed accessibilità del servizio rappresenta il motivo più importante di

interruzione, superando anche il problema dei costi del servizio: circa il 18% dei motivi di interruzione in entrambi i gruppi di pazienti.

Impatto delle spese sanitarie sulla vulnerabilità sociale

Un altro ambito della ricerca ha riguardato le ricadute che l'impegno assistenziale e/o le spese sanitarie possono avere sulla qualità di vita dei pazienti e delle famiglie.

Questo aspetto è stato indagato con due quesiti sul contenimento di altre spese familiari (tempo libero, casa, trasporti, formazione dei figli, alimentazione) e cambiamenti nelle condizioni di lavoro di un familiare, a seguito degli impegni economici e assistenziali conseguenti ad un problema di salute del paziente stesso o di un membro della famiglia.

Oltre la metà dei pazienti dichiara di aver dovuto limitare almeno una delle spese familiari considerate: colpisce in particolare il fatto che, in entrambi i gruppi, una percentuale considerevole di pazienti abbia dovuto rinunciare a spese per l'alimentazione (19% dei fragili e 10% del campione casuale).

Per quel che riguarda l'impatto dell'impegno assistenziale e/o delle spese sanitarie sull'attività lavorativa di un membro della famiglia, il 12% dei pazienti fragili ha dichiarato un qualche cambiamento del rapporto di lavoro di un membro della sua famiglia; tale percentuale sale al 15,5% dei soggetti del campione casuale. Il fatto che i pazienti fragili siano meno esposti alle ricadute sul rapporto di lavoro di un membro della famiglia è da correlarsi all'alta percentuale di persone pensionate, sole o in coppia.

I determinanti dell'interruzione dei percorsi assistenziali e delle ricadute sulla qualità di vita dei problemi di salute.

L'analisi dei determinanti dell'interruzione dei percorsi sanitari ed assistenziali e dell'impatto dell'impegno sanitario sulla qualità di vita delle famiglie, attraverso l'utilizzo di modelli multivariati, si è concentrata sul gruppo di pazienti estratti in modo "casuale" (sistematico), data la maggior rappresentatività degli stessi rispetto alla totalità dei pazienti che frequentano l'ambulatorio del MMG.

Va ricordato che l'interruzione dei percorsi è in questo caso riferito ad uno qualsiasi dei membri della famiglia del soggetto che si è presentato all'ambulatorio del medico.

Nelle analisi effettuate sui pazienti estratti in modo casuale, l'esposizione della famiglia al rischio di compromissione della salute, che potrebbe influenzare il numero di interruzioni dei percorsi sanitari, è stato controllato attraverso il numero di soggetti con un problema di salute attivo in famiglia.

Il determinante principale delle interruzioni dei percorsi sanitari è rappresentato dal reddito delle famiglie (tabelle 6 e 7).

L'interruzione dei percorsi sanitari e assistenziali per problemi di costi sono condizionati principalmente dal reddito delle famiglie (reddito percepito, caratteristiche dell'abitazione (densità abitativa)) e dal livello di istruzione (tabella 6). In particolare le famiglie che hanno un reddito percepito più basso hanno un rischio relativo di 6.5 di interrompere un percorso sanitario, rispetto a chi ha un reddito percepito più elevato.

E' interessante notare che siano più esposti al rischio di interrompere i percorsi sanitari per motivi organizzativi e di accessibilità del servizio, motivi quindi non legati alla spesa, chi dichiara un reddito percepito più basso (RR 1.75) e chi dichiara di aver percepito una riduzione del proprio reddito nell'ultimo anno (RR 2.13) (tabella 7).

Tabella 6. Determinanti dell'interruzione dei percorsi per problema di costi

Famiglie (n. 986)		
	RR*	95% CI
Reddito percepito + modifiche cond. economica	6.52	3.81 – 11.16
	7.92	4.77 – 13.17
Caratteristiche dell'abitare	1.26	0.94 – 1.69
	1.59	1.12 – 2.26
Istruzione	1.39	1.07 – 1.80

* “aggiustato” per numero di membri della famiglia con problemi di salute

Tabella 7. Determinanti dell'interruzione dei percorsi per problemi di accesso

Famiglie (n. 1006)		
	RR*	95% CI
Reddito percepito + modifiche cond. economica	1.75	1.17 – 2.63
	2.13	1.49 – 3.04

* “aggiustato” per numero di membri della famiglia con problemi di salute

Il livello di reddito rappresenta anche il principale determinante delle ricadute delle spese sanitarie sulla qualità di vita delle famiglie (tabelle 8 e 9).

In particolare chi ha un reddito percepito più basso è maggiormente esposto al rischio di ridurre altri ambiti di spesa familiare, a seguito dell'impegno sanitario ed assistenziale per un membro della famiglia: da notare che il rischio è più elevato se si considera la riduzione del reddito nell'ultimo anno (RR. 7.48), rispetto al reddito percepito in termini di difficoltà a far fronte alle spese quotidiane (RR 5.74) (tabella 8). Questo dato è particolarmente rilevante se si considera la fase di crisi finanziaria ed economica che caratterizza la congiuntura economica di questi ultimi anni.

Tabella 8. Determinanti del contenimento delle spese familiari per l'impegno per cure sanitarie/assistenziali

Famiglie (n. 968)		
	RR*	95% CI
Reddito percepito + modifiche cond. economica	5.74	3.84 – 8.58
	7.48	5.13 – 10.90

* “aggiustato” per numero di membri della famiglia con problemi di salute

Anche i cambiamenti relativi all'ambito lavorativo sembrano influenzati principalmente dalle condizioni di reddito della famiglia. Le famiglie con reddito più basso sono maggiormente esposte al rischio che uno dei loro membri sia costretto a modificare il proprio rapporto di lavoro, a seguito dell'impegno per le cure sanitarie ed assistenziali riferite ad un membro della famiglia stessa (tabella 9).

Da notare il ruolo protettivo che sembra avere in questo caso il fatto che la famiglia presenti un profilo di istruzione meno elevato: ciò potrebbe essere messo in relazione al

fatto che livelli di istruzione meno elevati incontrino in genere più difficoltà a modificare il proprio rapporto in ambito lavorativo e usufruire di condizioni di maggior flessibilità, ad esempio riguardo modifiche nel proprio orario di lavoro o nella mansione.

Tabella 9. Determinanti dei cambiamenti nell'ambito lavorativo a causa dell'impegno per le cure sanitarie

Famiglie (n. 725)		
	RR*	95% CI
Reddito percepito + modifiche cond. economica	2.71	1.41 – 5.21
	4.11	2.31 – 7.32
Istruzione	0.45	0.24 – 0.82

* “aggiustato” per numero di membri della famiglia con problemi di salute

Conclusioni e prospettive della ricerca

I risultati della ricerca hanno confermato la stretta relazione che esiste fra salute e condizioni socio economiche, in particolare riguardo la continuità dei percorsi assistenziali, intercettando una quota importante di popolazione che è costretta per problemi economici ad interrompere i percorsi di cura o, pur di continuare a curarsi, è costretta a rinunciare alla propria qualità di vita.

La ricerca ha evidenziato la necessità di far sì che nella pratica del medico di famiglia sempre di più gli aspetti sanitari vengano integrati con informazioni di carattere sociale per una valutazione multidimensionale dei bisogni/risorse dei pazienti, da condividere con la rete dei servizi.

Uno degli obiettivi della ricerca era quello di valutare l'utilità e la fruibilità degli strumenti proposti, nella routine lavorativa. Parte dei medici che hanno partecipato al *focus group* realizzato al termine della ricerca hanno messo in evidenza alcune criticità (tempi di somministrazione non sempre compatibili con l'attività ambulatoriale, in particolare per la presenza del “clock test” nel questionario dei “fragili”, limiti della classificazione di Charlson: es. manca Parkinson e artrosi), ma anche la loro utilità, ad esempio la possibilità di indagare lo status socio economico dei pazienti attraverso quesiti non troppo invasivi. Probabilmente ci sono alcuni aspetti da ottimizzare, ad esempio alcuni medici non hanno considerato interruzione la rinuncia al trattamento con alcuni prodotti quali integratori, antiossidanti, colliri (solo alcuni li hanno considerati farmaci).

E' stata sottolineata in modo positivo la possibilità di individuare, attraverso i risultati di questa ricerca le principali variabili predittive di vulnerabilità sociale (determinanti) da inserire nella cartella elettronica dei medici di famiglia (es, istruzione, difficoltà ad arrivare a fine mese).

La ricerca offre altresì numerosi spunti di approfondimento sia riguardo la rilevazione precoce dei percorsi di fragilità clinica da parte del medico di famiglia, sia rispetto alle ricadute che tali fenomeni possono avere sulla qualità delle cure e sulla qualità di vita delle famiglie.

Bibliografia

1. Wisner B, Blaikie P, Cannon T, Davis I. At risk. Natural hazards, people's vulnerability and disasters. Second edition. Routledge, 2004
2. A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute. Secondo rapporto dell'Osservatorio italiano sulla salute globale. Edizioni ETS, 2006
3. Costa G, Spadea T, Cardano M. Disuguaglianze di salute in Italia. Epidemiologia & Prevenzione 2004; 28(3) Suppl.
4. Costa G, Cardano M, Demarca M. Torino: storie di salute in una grande città. Città di Torino. Ufficio di statistica. Osservatorio socio-economico torinese 1998.
5. Biggeri A, Marchi M, Dreassi E, et al. Studio longitudinale toscano: un'analisi per quartiere per le città di Firenze e Livorno. Epidemiologia & Prevenzione 1999; 23: 161-174.
6. Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. Health Policy and Planning 2004; 19(2): 69–79.
7. Mielck A, Kiess R, Knesebeck O et al. Association between forgone care and household income among the elderly in five Western European countries – analyses based on survey data from SHARE-study. BMC Health Services Research 2009, 9:52.
8. Rapporto CEIS SANITA' 2005. "Le parole chiave del SSN". A cura del Ceis Tor Vergata. Edizioni Italtpromo Esis Publishing. Dicembre 2005.
9. Forrest C.B, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. American Journal of Public Health September 1998, Vol. 88, No. 9: 1330-36.
10. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene´ -Badia J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. Family Practice 2006; Jun;23(3):308-16.
11. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal Continuity of Care and Care Outcomes: A Critical Review Annals of Family Medicine 2005; 3:159-166.
12. Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, et al. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? Ann Fam Med. 2003 Sep-Oct;1(3):149-55.
13. Pereira AG, Pearson SD. Patient attitudes toward continuity of care. Archives of internal Medicine 2003; 163: 909-912.
14. Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. Health Services Research 2002; 37(3): 529-550.
15. Shi L, Forrest CB, von Schrader S, et al. Vulnerability and the patient–practitioner relationship: the roles of gatekeeping and primary care performance. American Journal of Public Health | January 2003, Vol 93, No. 1: 138-144.
16. Levers M-J, Estabrooks CA, Ross Kerr JC. *Factors contributing to frailty: literature review*. Journal of Advanced Nursing 2006, 56(3), 282–291.
17. Markle-Reid M, Browne G. *Conceptualizations of frailty in relation to older adults*. Journal of advanced Nursing 2003, 44(1), 58-68.
18. Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, Guralnik JM, Newman AB, Studenski SA, Ershler WB, Harris T, Fried LP. *Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults*. Journal of the American Geriatrics Society 2006, 54(6):991-1001.
19. Searle SD, Mitnitski A, Gahbauer EA, Gill TM, Rockwood K. *A standard procedure for creating a frailty index*. BMC Geriatr. 2008 Sep 30;8:24.
20. Erlen JA. *The frail elderly: a matter of caring*. Orthop Nurs. 2007 Nov-Dec;26(6): 379-82.
21. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunananthan S, Wolfson C. Frailty: an emerging research and clinical paradigm--issues and controversies. J Gerontol A Biol Sci Med Sci (2007) 62 (7): 731-737
22. Topinkova E. Aging, disability and frailty. [Journal Article. Research Support, Non-U.S. Gov't. Review Annals of Nutrition & Metabolism. 52 Suppl 1:6-11, 2008.
23. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. *Untangling the conceptsof disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care*. J.Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004 Mar;59(3):255-63.

24. Foroni M, Mussi C, Erzili E, Salvioli G. L'anziano fragile e il paziente anziano fragile: problema solo terminologico? *Giornale di Gerontologia* 2006; 54: 255-259
25. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. *Frailty in older adults: evidence for a phenotype*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 Mar;56(3):M146-56.
26. Melissa K. Andrew, Arnold B. Mitnitski, Kenneth Rockwood. Social Vulnerability, Frailty and Mortality in Elderly. People. PLoS ONE | www.plosone.org. May 2008 | Volume 3 | Issue 5 | e2232.
27. Avila-Funes JA, Helmer C, Amieva H, Barberger-Gateau P, Le Goff M, Ritchie K, Portet F, Carrie`re I, Tavernier B, Gutie´rrez-Robledo LM, Dartigues JF. Frailty Among Community-Dwelling Elderly People in France: The Three-City Study. *Journal of Gerontology* 2008, Vol. 63A, No. 10, 1089–1096.
28. Ravaglia G. Forti P. Lucicesare A. Pisacane N. Rietti E. Patterson C. Development of an easy prognostic score for frailty outcomes in the aged. [Journal Article. Research Support, Non-U.S. Gov't] *Age & Ageing*. 37(2):161-6, 2008 Mar.
29. Rolfson DB, Majudmar SR, Tsuyuki RT, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing* 2006; 35: 526-9.
30. Charlson ME, Pompei P, Ales KI et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987; 40: 373-83.