

in collaborazione con
Direzione Generale della
Programmazione Sanitaria
Ministero della Salute
e
Direzione del Dipartimento
Malattie Cardiovascolari,
Endocrino-Metaboliche e
Invecchiamento
Istituto Superiore di Sanità

a cura di
Davide L. Vetrano

ANNO 2020 STRESS-TEST DELLA LONG-TERM CARE: riflettori accesi su malattie croniche e fragilità

INDAGINE 2020



ITALIA LONGEVA
PER L'INVECCHIAMENTO E LA LONGEVITÀ ATTIVA

ANNO 2020 STRESS-TEST DELLA LONG-TERM CARE: riflettori accesi su malattie croniche e fragilità

a cura di

Davide L. Vetrano

Medico geriatra, ricercatore presso l' Aging Research Center,
Karolinska Institutet, Stoccolma
Centro di Medicina dell'Invecchiamento, Università Cattolica del Sacro
Cuore di Roma

Con il contributo di

Modesta Visca

Ufficio II Piano sanitario nazionale e piani di settore, Direzione
Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma

Andrea Bellieni

Medico Geriatra presso il Centro di Medicina dell'Invecchiamento,
Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Alberto Zucchelli

Medico geriatra e dottorando di ricerca presso il Dipartimento
di Ingegneria dell'Informazione, Università degli studi di Brescia

Un progetto di Italia Longeva coordinato da

Cecilia Behmann, Project Manager
Andreina De Pascali, Segretario Generale

Impaginazione e grafica:
Flora Camporiondo

Finito di stampare nel mese di Dicembre 2020

È vietata la riproduzione, la traduzione,
anche parziale o ad uso interno o didattico,
con qualsiasi mezzo effettuata, non autorizzata.



Indice

-
- 5 PREFAZIONE DI ITALIA LONGEVA
- 7 PREFAZIONE DEL MINISTERO DELLA SALUTE
- 9 PREFAZIONE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
- 13 IL QUADRO DI INSIEME
- 15 Capitolo 1
LA LONG-TERM CARE IN EUROPA
- Sfide attuali e future
- La spesa sociosanitaria
- I caregiver
- Gli standard di qualità
- 27 Capitolo 2
LA LONG-TERM CARE IN ITALIA
- Assistenza domiciliare integrata: aggiornamento 2019
- Assistenza sociosanitaria residenziale: aggiornamento 2019
- Cure palliative
- Il rilancio della long-term care nel corso della pandemia
- 43 Capitolo 3
FRAGILITÀ E MULTIMORBILITÀ
- La sfida per per il SSN di un paese che invecchia
- Covid-19: stress-test per la long-term care
- La misura della fragilità in Medicina Generale in Italia
- L' electronic frailty index in UK
- La misura della fragilità in ADI e RSA
- Le linee guida intersocietarie sulla multimorbilità e polifarmacoterapia
- 53 RINGRAZIAMENTI
- 55 I PARTNER



PREFAZIONE

Gia sapevamo che in Italia ci sono quasi 14 milioni di over 65, così come sapevamo che, tra questi, 5 milioni e mezzo hanno 3 o più malattie e che 4 milioni sono disabili; ce lo aveva detto l'Istat. Ma abbiamo atteso il 2020 – e la sua pandemia – per accorgercene e realizzare quanto tutto questo sia stato “dimenticato”, non pervenuto...almeno fino ad oggi.

Il Covid-19, colpendo per morbilità e letalità soprattutto gli anziani, è stato, e lo è tuttora, un naturale stress-test della nostra long-term care, della medicina di famiglia e di quella ospedaliera. Un sistema di cura e assistenza alla cronicità, fatto di luoghi e persone, che ha mostrato non poche fragilità sotto la pressione della pandemia. Ma può un sistema fragile occuparsi della cura di individui fragili?

Dunque ripartiamo da qui, dal 2020, riprendiamo il filo del discorso da dove lo abbiamo lasciato un

anno fa e rileggiamo il tutto alla luce di questa esperienza fuori dal comune, che proprio per la specificità del target – l'anziano fragile multimorbido –, potrebbe aver accelerato quel processo di modernizzazione della long-term care che Italia Longeva promuove.

Ripartiamo dalla base, se il problema sono le malattie croniche e la fragilità impariamo a conoscerle e a riconoscerle. Affidiamoci a strumenti validi per misurarle e attrezziamoci di linee guida per affrontarle. Con l'indagine 2020 Italia Longeva parte proprio da qui.

Buona lettura.

Roberto Bernabei
Presidente Italia Longeva



PREFAZIONE DEL MINISTERO DELLA SALUTE

La compagine sociale del momento ci evidenzia quanto siano importanti i principi di universalità dell'assistenza per tutta la popolazione, dell'equità nell'accesso ai servizi senza distinzione di condizioni individuali o sociali e della solidarietà nel finanziamento del sistema che caratterizzano il nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Mai come ora abbiamo compreso il valore di sviluppare modelli di integrazione tra l'assistenza socio-sanitaria, e più in generale di continuità assistenziale, di promuovere l'utilizzo delle nuove tecnologie sanitarie, di puntare sull'umanizzazione delle cure.

Il lavoro in team multiprofessionali e multidisciplinari da parte dei professionisti della salute dotati di tecnologia digitale, la funzione di coordinamento organizzativo, il self management e i relativi approcci per il suo sostegno e sviluppo nei pazienti, rappresentano gli elementi cruciali per facilitare l'implementazione e la riuscita di programmi di assistenza integrata con i servizi specializzati per il trattamento delle fragilità, delle non autosufficienze e della cronicità, priorità del nostro SSN.

E' indiscusso che occorre spendere bene le nuove risorse che il Servizio Sanitario Nazionale ha e avrà a disposizione impegnandoci ad annullare sprechi e inefficienze, investendo in integrazione ed appropriatezza dei servizi, traendo il più possibile vantaggio dall'innovazione guidata dalle evidenze e dalla digitalizzazione.

Ciò è percorribile implementando su tutto il territorio italiano un monitoraggio globale e sistematico, quali-quantitativo, non solo delle prestazioni, ma soprattutto dei percorsi clinico assistenziali, nei con-

fronti di tutti gli erogatori interni ed esterni, pubblici e privati, valutandone i risultati.

Una nuova cultura del sistema, dei servizi, dei professionisti e dei pazienti che coinvolge e responsabilizza tutte le componenti coinvolte.

I decreti approvati dall'inizio dell'emergenza fino ad ora, coerentemente con le recenti risoluzioni approvate dalla Organizzazione mondiale della Sanità e le dichiarazioni politiche approvate dalle Nazioni Unite sull'Agenda 2030, hanno fornito una cornice di riferimento, nonché risorse strumentali, organizzative e economiche a tal fine orientate.

Occorre proseguire secondo la visione dello sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030, basata sui quattro pilastri quali Economia, Società, Ambiente, Istituzioni operando in modo integrato, universale, partecipato.

Creare valore, misurare la qualità di salute generata rispetto alle risorse investite, la responsabilizzazione di tutti gli attori è, e deve continuare ad essere, dunque, la rotta da seguire per non mettere a rischio la salute dei cittadini, a partire dai più fragili, essere preparati di fronte a nuove emergenze ed evitare di conseguenza le ricadute negative sull'intero sistema economico-produttivo del Paese.

Tutto ciò a garanzia della tutela della salute, diritto fondamentale per il singolo e per la collettività ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione.

Andrea Urbani

Direzione Generale della Programmazione
Sanitaria del Ministero della Salute



PREFAZIONE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

L'epidemia di COVID-19 ha evidenziato quanto sia importante la cura dei pazienti con malattie croniche: mai, nella storia della medicina, malattie infettive e malattie croniche hanno giocato un ruolo così sinergico nel determinare la prognosi dei pazienti. I dati dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) mostrano che i 2/3 dei deceduti SARS-CoV2 positivi presenta tre o più malattie croniche e solo il 3% non è affetto da alcuna patologia. La vulnerabilità conferita dalle malattie croniche crea, in sostanza, le condizioni perché l'infezione possa avere le conseguenze peggiori. A ciò si aggiunga che l'ondata epidemica ha messo in sofferenza molti importanti settori dell'assistenza alle malattie croniche. Le RSA sono state la parte del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) che si è rivelata essere maggiormente impreparata a fronteggiare l'epidemia: mancanza di Dispositivi di Protezione Individuale, scarsa disponibilità di personale, problemi strutturali che hanno limitato la possibilità di isolare i residenti contagiati, difficoltà di collegamento con gli altri settori del SSN sono alcune delle principali criticità rilevate dalla Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie prodotto dall'ISS. A ciò si aggiunge la mancanza di un sistema di monitoraggio nazionale delle strutture residenziali, carenza questa che, ad oggi, non ci consente di avere una chiara misura dell'impatto dell'ondata epidemica sulla salute dei residenti.

Queste considerazioni sottolineano quanto sia importante una gestione clinica e assistenziale ottimale della cronicità che aiuti a superare le difficoltà sopra elencate. Da un punto di vista clinico, è necessario fornire delle linee guida cliniche per la gestione della polipatologia che, superando il tradizionale approccio basato sulla singola patologia, favoriscano l'ottimizzazione delle cure nei pazienti più complessi. In questa direzione ISS e le principali

società scientifiche operanti nel campo della geriatria, medicina interna, farmacologia e medicina generale hanno sviluppato delle linee guida su multimorbilità e politerapia in attesa di valutazione da parte del Sistema Nazionale Linee Guida. È inoltre necessario monitorare quale sia l'approccio alle malattie croniche da parte degli operatori del SSN, attraverso analisi dei dati provenienti dai flussi regionali. Il Rapporto Osmed su utilizzo di farmaci nella popolazione anziani di prossima pubblicazione da parte di AIFA rappresenta un esempio di tale attività. Da un punto di vista assistenziale è importante ripensare alcuni settori fragili del SSN, a cominciare proprio dalle RSA. E' necessario migliorare il governo e gli standard assistenziali nelle strutture residenziali da realizzarsi attraverso una riorganizzazione che passi necessariamente dal censimento delle strutture stesse, dal rafforzamento del sistema di sorveglianza e monitoraggio costante e dalla ridefinizione di nuovi standard organizzativi (per esempio presenza di un responsabile medico di struttura, adeguata formazione del personale, interconnessione con l'intero sistema dei servizi sanitari), strutturali (ad esempio miglioramento della capacità ricettiva delle strutture) e tecnologici. Il Recovery Fund offre una possibilità concreta per raggiungere un tale cambiamento in quanto uno specifico progetto in esso contenuto è focalizzato sulla riorganizzazione delle strutture residenziali.

In sintesi, l'epidemia di COVID-19 ci ha mostrato le parti vulnerabili dell'organizzazione sanitaria e ci ha fornito l'agenda delle priorità per migliorare l'assistenza alle malattie croniche. Questa sarà la sfida del prossimo decennio.

Graziano Onder

Direttore del Dipartimento Malattie Cardiovascolari, Endocrino-Metaboliche e Invecchiamento
Istituto Superiore di Sanità



Italia Longeva - Associazione Nazionale per l'Invecchiamento e la Longevità Attiva - è l'organizzazione senza fini di lucro istituita nel 2011 dal Ministero della Salute con la Regione Marche e l'IRCCS INRCA, per consolidare la centralità degli anziani nelle politiche sanitarie e di welfare, e fronteggiare le crescenti esigenze di protezione della terza età, fascia di popolazione che la pandemia ha mostrato essere ancora più fragile di quanto si potesse nella più pessimistica delle ipotesi immaginare.

Italia Longeva opera con un approccio integrato correlando i punti di eccellenza nazionali ed internazionali e le expertise scientifiche, sanitarie, sociali, economiche e tecnologiche, con l'ambizione di essere interlocutore privilegiato in tutti i settori della società influenzati dalla "rivoluzione" della longevità diffusa. Ciò nella convinzione di base che sia indispensabile coniugare il mondo delle aziende e dei sistemi di assistenza e di cura perché il Paese e il SSN possano correre.

I CAMPI DI INTERESSE

- Il ripensamento dei modelli organizzativi e gestionali della Long-Term Care e dei setting assistenziali dell'anziano cronico, con l'obiettivo di avanzare ai decisori istituzionali proposte su modalità efficaci e sostenibili di presa in cura delle persone fragili;
- La prevenzione delle patologie e la lotta alla fragilità, perseguita attraverso approfondimento scientifico e attività di divulgazione e sensibilizzazione;
- L'assistenza domiciliare e la tecnoassistenza, ambiti diversi ma accomunati dall'obiettivo di assistere e curare l'anziano a casa propria, vicino ai suoi affetti e in continuità con le sue abitudini di vita;

- Il miglioramento dell'assistenza all'anziano mediante la promozione della cultura della qualità nelle Residenze Sanitarie Assistenziali.

Italia Longeva sostiene questa nuova visione dell'anziano anche sollecitando il mondo delle imprese e dei servizi affinché lavorino per questo segmento di popolazione, poiché l'Italia - con quasi quattordici milioni di over 65 - è il secondo Paese più anziano del mondo. Da qui una vera e propria vocazione produttiva, sinora poco valorizzata: quella per l'ideazione e la produzione di materiali, manufatti, dispositivi e servizi "a misura di anziano", esportabili in tutto l'Occidente che invecchia.

GLI OBIETTIVI E LE ATTIVITÀ

I progetti di Italia Longeva investono vari ambiti del target anziani e consistono in iniziative di comunicazione, sensibilizzazione e diffusione "culturale" verso istituzioni, aziende pubbliche e private del comparto sanitario, professionisti, pazienti, caregiver e media.

Con l'obiettivo di ideare e proporre nuovi approcci e soluzioni alle problematiche socio-sanitarie, economiche e di governance inerenti l'invecchiamento, Italia Longeva, in maniera inclusiva, riunisce stakeholder e key-player in rappresentanza di istituzioni e business community di riferimento in tavoli di lavoro, board scientifici, convegni, seminari e road show.

Per promuovere strategie e azioni volte a contrastare i deficit e i problemi che arrivano quando si invecchia, e diffondere la cultura dell'invecchiare bene, Italia Longeva realizza campagne televisive, pubblicazioni e iniziative rivolte all'opinione pubblica.



IL QUADRO DI INSIEME

L'indagine di Italia Longeva – Rete Nazionale di Ricerca sull'invecchiamento e la longevità attiva – giunge nel 2020 alla sua quarta edizione e lo fa in collaborazione con la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute e il Dipartimento Malattie Cardiovascolari, Endocrino-Metaboliche e Invecchiamento dell'Istituto Superiore di Sanità.

Partiamo da un dato di fatto, l'Italia è un paese tra i più vecchi al mondo, e il crescente numero di anziani ci pone di fronte a sfide precise che partono dalla prevenzione delle malattie croniche e della disabilità, richiedono un cambio di paradigma della gestione della complessità clinica e giungono sino al rinnovamento delle cure territoriali. Il fine ultimo sarà quello di garantire a più persone possibili una qualità della vita che sia dignitosa anche in età avanzata, laddove una longevità vissuta con disabilità rappresenterebbe per la scienza e la società un traguardo solamente parziale. Ma la pandemia da SARS-CoV-2 ci sta insegnando che la cura della cronicità non è fine a sé stessa ma presenta importanti risvolti medici e organizzativi quando veniamo investiti da un'emergenza di tali proporzioni, con importanti ripercussioni sulla sicurezza e la vita dei Cittadini. Di fatto, la pandemia in corso, ha rappresentato per il nostro Sistema Sanitario Nazionale uno stress-test a dir poco massivo, che ha rivelato una serie di fragilità strutturali e organizzative, sia delle cure ospedaliere che di quelle territoriali. Ma allo stesso tempo c'è chi pensa che la pandemia potrebbe avere rappresentato lo stimolo per accelerare una serie di processi di modernizzazione del sistema attesi ormai da lungo tempo.

Nei precedenti approfondimenti Italia Longeva di è occupata della long-term care e delle sue numerose sfaccettature, provando a restituire una fotografia quanto più vicina alla realtà, coinvolgen-

do nella narrazione coloro che se ne occupano in prima persona, con speciali focus su cure domiciliari e continuità assistenziale. Continuiamo questo percorso rivolgendo lo sguardo all'Europa, così da poter sviluppare un occhio critico rispetto a quanto documentato nel nostro Paese. Come ormai da tradizione, con il suo rapporto annuale, Italia Longeva fa il punto della situazione italiana sull'offerta di ADI, posti letto in RSA e, da quest'anno, cure palliative. L'approfondimento del 2020 riguarda le malattie croniche e la fragilità, due aspetti chiave della cura e assistenza agli anziani, ma che quest'anno si sono imposti prepotentemente tra i protagonisti delle ultime vicende di carattere sanitario.

Nella prima parte dell'indagine descriviamo il contesto europeo della long-term care; un continente, l'Europa, che ospita ad oggi più di 100 milioni di anziani over 65 ai quali se ne aggiungeranno altri 50 milioni entro il 2050. I paesi europei devolvono alla long-term care fette molto diverse di finanziamento pubblico e non tutti vi investono le energie adeguate a rispondere ai bisogni di cura e assistenza della popolazione anziana e disabile. In Europa, ad esempio, si riscontrano sostanziali differenze nelle percentuali di anziani riceventi cure domiciliari con paesi quali Germania, Svezia, Norvegia e Danimarca che riescono a curare a casa più del 10% degli ultra 65. Al contrario i paesi mediterranei, tra cui l'Italia, giungono a stento al 5%. Si riscontrano importanti differenze anche tra i modelli assistenziali implementati nei vari paesi, con quote di finanziamento distribuite eterogeneamente tra setting assistenziali differenti (es. cure domiciliari e residenzialità) e contributi diversificati da parte dei governi centrali e regionali e delle famiglie. Come in Italia, la maggior parte dei paesi Europei devolve alla spesa sociale una quota insufficiente di finanziamenti anche se, come si sa da tempo, i paesi



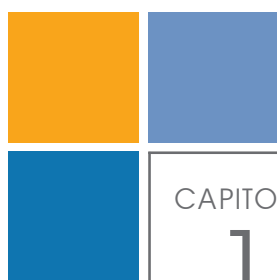
nordici mostrano una differente attitudine a tale riguardo.

L'aggiornamento 2019 dei flussi ministeriali inerenti alle cure domiciliari, la residenzialità e le cure palliative confermano una costante crescita di questi servizi, seppur assai timida e non proporzionale alla crescita dei bisogni di cura e assistenza della popolazione. Gli ultimi dati ci parlano di un 2,8% di over 65 assistiti al proprio domicilio tramite servizi ADI, una percentuale corrispondente a 378 mila individui. Nel 2018 questi si attestavano al 2,7%. Nel 2019 329 mila anziani ha ricevuto assistenza nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA); essi rappresentano il 2,4% degli over 65. Infine, il Ministero della Salute riporta che il 29,7% degli Italiani deceduti per una patologia neoplastica ha usufruito di cure palliative presso il proprio domicilio o in hospice. Quelle appena riportate rappresentano tuttavia delle medie nazionali. Andando a leggere i dati Regione per Regione è possibile notare come vi sia nella realtà una estrema variabilità nell'erogazione di servizi di long-term care, alla quale corrispondono evidentemente ampie iniquità tra i Cittadini del nostro Paese.

Nella terza sezione dell'indagine, Italia Longeva di è occupata di malattie croniche e fragilità. Multimorbilità e fragilità – si tratta di due termini che abbiamo imparato a conoscere nel 2020 durante il corso dell'attuale pandemia da SARS-CoV-2. Come riportato dall'Istituto Superiore di Sanità, l'analisi delle cartelle cliniche relative ai decessi per Covid-19 mostra che l'83% dei decessi abbia riguardato individui di 70 o più anni e che il 40% delle vittime era affetto da due o più malattie croniche. La sottostante presenza di malattie croniche rappresenta infatti il substrato sul quale si instaura una condizione di fragilità, ovvero una maggiore vulnerabilità – mostrata per lo più da persone anziane – ad eventi acuti quali infezioni, traumi o eventi cardiovascolari. La crisi sanitaria del 2020 porta con sé due evidenze. La prima è che non abbiamo a disposizione strumenti per la misurazione della multimorbilità e della fragilità, nonché per la stratificazione del rischio delle persone che ne sono

afette. La seconda riguarda l'assenza di direttive e linee-guida che ci istruiscano rispetto alla gestione del paziente anziano fragile affetto da plurime malattie croniche. La nota positiva è che nella realtà, indipendentemente e precedentemente all'arrivo della pandemia da coronavirus, qualcuno stava già pensando a queste problematiche e a come affrontarle. In questo rapporto, Italia Longeva passa in rassegna le principali iniziative a carattere nazionale che riguardano proprio la definizione e misurazione di queste due importanti condizioni, la multimorbilità e la fragilità. In particolare, descrive l'iniziativa della Società Italiana di Medicina Generale di predisporre di un indice di fragilità che secondo un algoritmo automatizzato è in grado di riconoscere gli assistiti fragili nel contesto della Medicina Generale, fornendo delle puntuali informazioni prognostiche. Degna di nota è anche l'iniziativa della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia che assieme ad altre società scientifiche italiane ha prodotto le prime linee guida italiane per il trattamento dei pazienti multimorbidi e i polifarmacoterapia. Entrambe queste iniziative saranno presto implementate nella pratica clinica e forniranno i medici e gli altri operatori sanitari di utili e potenti strumenti per la definizione della prognosi e per la gestione dei pazienti più complessi. Gli stessi che nel corso della pandemia hanno generato le incertezze più grandi tra chi coordina e chi cura.

Ancora una volta l'auspicio di Italia Longeva è che la corretta lettura dei dati e delle esperienze raccontate in questo documento possano tornare utili a chi è impegnato nella costruzione e nel processo di modernizzazione di una long-term care efficace, eguale e sostenibile.



Sfide attuali e future

L'Unione Europea (UE) sta vivendo un periodo di cambiamenti demografici senza precedenti. I cittadini europei vivono più a lungo e l'aspettativa di vita libera da disabilità va estendendosi sia negli uomini che nelle donne. Rimangono tuttavia importanti divari tra i vari paesi, fra gruppi sociali e nell'ambito delle stesse regioni. Ma se da un lato la percentuale di anziani fragili e affetti da malattie croniche potrebbe ridurre la sua crescita per una progressiva compressione della morbilità, essi continuano ad aumentare in numero assoluto, determinando di fatto un incremento del bisogno di assistenza medica e sociale su base continuativa. Il bisogno di long-term care aumenta considerevolmente a partire dall'età di 80 anni, i cosiddetti "oldest old". Tale fetta della popolazione aumenterà vertiginosamente nei prossimi anni a causa dell'invecchiamento dei baby boomers, persone nate negli anni del boom economico, e ad oggi stimati essere circa 73 milioni in Europa. Prima del 2050 ci si aspetta un incremento degli over 80 di circa tre volte rispetto al numero attuale (Tabella 1.1).

La capacità di gestire il carico di cronicità e fragilità che scaturisce da questa rivoluzione demografica avrà importanti implicazioni per il benessere e la qualità della vita dei cittadini europei che invecchiano, con importanti ripercussioni sulla spesa pubblica. L'organizzazione dei sistemi sanitari nazionali europei sta vivendo un'epoca di

fermento e la long-term care, e in particolare le cure domiciliari sta andando incontro a significativi cambiamenti. A causa della progressiva e rapida riduzione della forza lavoro, si prevede che in Europa il rapporto tra la popolazione anziana e quella attiva passerà dal 29% del 2015 al 51% del 2080. In tale contesto, l'incremento delle richieste assistenziali in termini di long-term care determinerà un'impennata della spesa sanitaria destinata alla sua copertura. La vera criticità generata da questa rivoluzione è data dalla sostenibilità, che rischia di minare la possibilità di garantire ai cittadini europei cure territoriali di qualità.

È necessario che gli stati membri passino da un approccio reattivo ad uno proattivo, sia sul versante politico che sociale, con l'obiettivo di prevenire o ritardare la perdita di autonomia di questa marea montante di anziani, limitando così la domanda di assistenza, e di potenziare l'assistenza in ambito domiciliare e residenziale ottimizzandone i costi. Affrontare queste sfide richiede soluzioni efficaci e sostenibili a breve termine come il miglioramento dei servizi di long-term care, attraverso un migliore utilizzo delle risorse umane, finanziarie e tecniche esistenti e approcci a lungo termine come il contenimento dei bisogni attraverso la prevenzione e ridefinizione di politiche a livello centrale, regionale e locale.

Rispondere a queste sfide offre anche numerose opportunità. Soddisfare infatti le esigenze di una popolazione di anziani in crescita, e sostenere quello

EU-27	2008	2010	2020	2030	2040	2050	2060	Variazione (%) 2008-2060
Over 65 (milioni)	84,6	87	103,7	123,5	143,1	149,9	152,7	80.5%
Over 80 (milioni)	21,8	23,3	29,7	36,6	48,8	57,5	62,2	185%

Fonte: EUROPOP

Tabella 1.1. Proiezioni di cambiamento della popolazione over 65 e over 80 in EU27 tra il 2008-2060 (in milioni).

che viene oggi definita come “silver economy”, potrebbe potenzialmente creare un numero crescente di posti di lavoro nel settore della long-term care e una maggiore domanda per un’ampia gamma di beni e servizi destinati agli anziani, incluso la tecnoassistenza. Tra gli stati membri ci sono differenze più pronunciate nel modo in cui la long-term care è fornita se confrontata a qualsiasi altro servizio socioassistenziale. In quasi tutti i paesi, la famiglia gioca un ruolo fondamentale supportata da un’assistenza pubblica fornita in modo eterogeneo. Per ragioni storiche, economiche e sociali di varia natura, i paesi europei devolvono alla long-term care percentuali differenti della spesa sanitaria. Secondo i dati Eurostat riferiti al 2018, si va dallo 0,1% della Bulgaria al 29,26% della Norvegia. In Italia nel 2018 la spesa per la long-term care ha rappresentato il 10,6% della spesa sanitaria, ovvero circa 15 miliardi di euro. Allo stato attuale, il maggiore determinante dei costi della long-term care agli anziani è rappresentato dalle cure residenziali. Allo stesso tempo, un po’ ovunque, si assiste ad uno shift verso le cure domiciliari, le quali presentano costi di gestione inferiori rispetto a quelle residenziali. Ciò consentirebbe ai governi di continuare a garantire

cure di qualità su base universalistica. Prevenire, e di conseguenza ritardare, l’istituzionalizzazione degli anziani è possibile solo in presenza di un’assistenza domiciliare accessibile, di buona qualità ed opportunamente erogata. Tuttavia, le informazioni disponibili non lasciano dubbi sulla grande diversità circa la long-term care nei vari stati membri. Esiste una marcata diversità nel modo in cui la long-term care viene organizzata, finanziata, ed erogata.

Il potenziamento delle cure domiciliari rappresenta probabilmente la più importante sfida per i prossimi anni in Europa. Secondo dati OCSE relativi all’anno 2018, (Figura 1.1) vi è una spiccata eterogeneità tra i paesi dell’UE nell’offerta di assistenza domiciliare, con un evidente gradiente tra i paesi nordici e quelli del sud Europa, se guardiamo ai tre paesi più virtuosi e ai tre meno virtuosi. Le percentuali più basse di copertura della popolazione anziana sono state riportate dal Portogallo (0,6% degli over 65 e 1,4% degli over 80). Al contrario opposto, la Germania riporta una copertura pari al 13,1% tra gli over 65 e del 28,9% tra gli over 80. La Svezia riporta la percentuale più elevata di anziani over 80 beneficiari di assistenza domiciliare, pari al 33,4%. Secondo questi dati l’Italia è terzultima con una

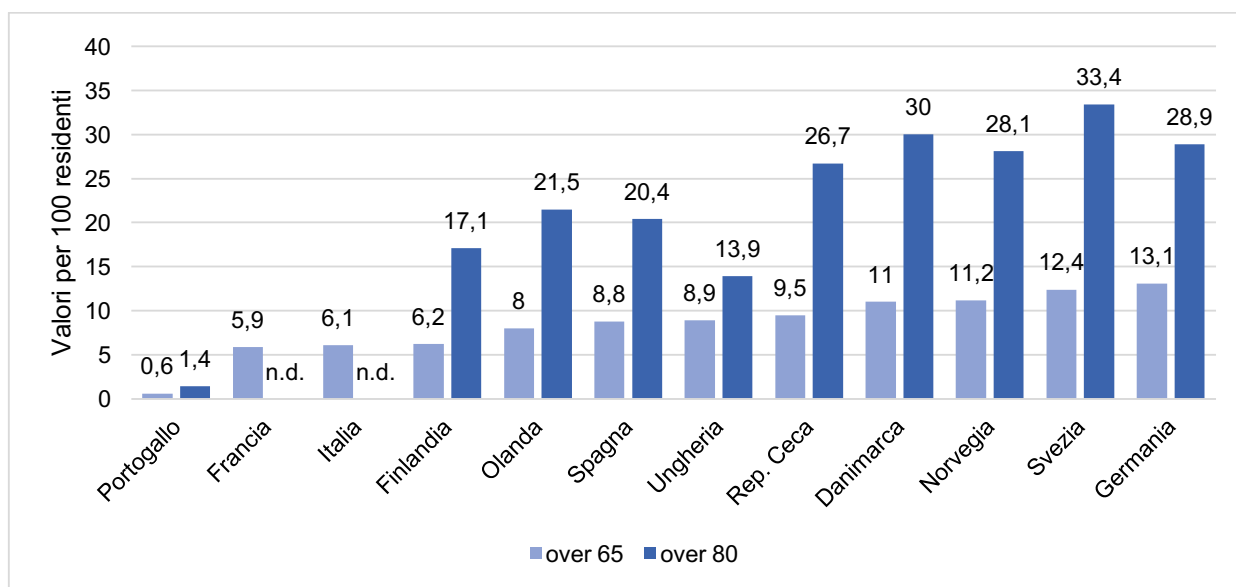


Figura 1.1. Anziani in long-term care domiciliare in Europa. Anno 2018

La figura mostra i paesi appartenenti all’Unione Europea, con almeno 5 milioni di abitanti, per i quali sono disponibili i dati. I dati Olandesi si riferiscono al 2017.

Fonte: elaborazione di Italia Longeva su dati OECD, 2020.

percentuale di over 65 in long-term care domiciliare pari al 6,1%. Si fa notare tuttavia che le percentuali riferite al nostro Paese risultano superiori rispetto a quanto riportato dal Ministero della Salute nel nostro paese. Tale discrepanza riflette la differente metodologia di classificazione dei sistemi di long-term care impiegata dalle due differenti fonti.

La spesa sociosanitaria

Secondo dati OECD 2020, in Europa la spesa sanitaria pro-capite annua media risulta essere pari a 2572 euro, con una estrema variabilità tra i vari paesi europei (Figura 1.2). Tra i paesi che riportano una spesa pro-capite maggiore ritroviamo i paesi del centro e del nord Europa come ad esempio

Francia (3644 euro/anno), Germania (4505 euro/anno), Svezia (3919 euro/anno) e Norvegia (4505 euro/anno). In linea con la media Europea troviamo i paesi mediterranei quali Italia (2473 euro/anno) e Spagna (2451 euro/anno), ma anche Regno Unito (3154 euro/anno) e Finlandia (3103 euro/anno). Infine, i paesi balcanici e dell'est Europa riportano la spesa pro-capite più bassa, come ad esempio la Grecia (1616 euro/anno), Macedonia (659 euro/anno) e Polonia (1511 euro/anno).

La tendenza di un paese a fare affidamento sull'assistenza formale o informale e la propensione ad erogare assistenza formale tramite strutture residenziali o a domicilio, sono determinanti importanti della spesa pubblica per la long-term care. L'assistenza

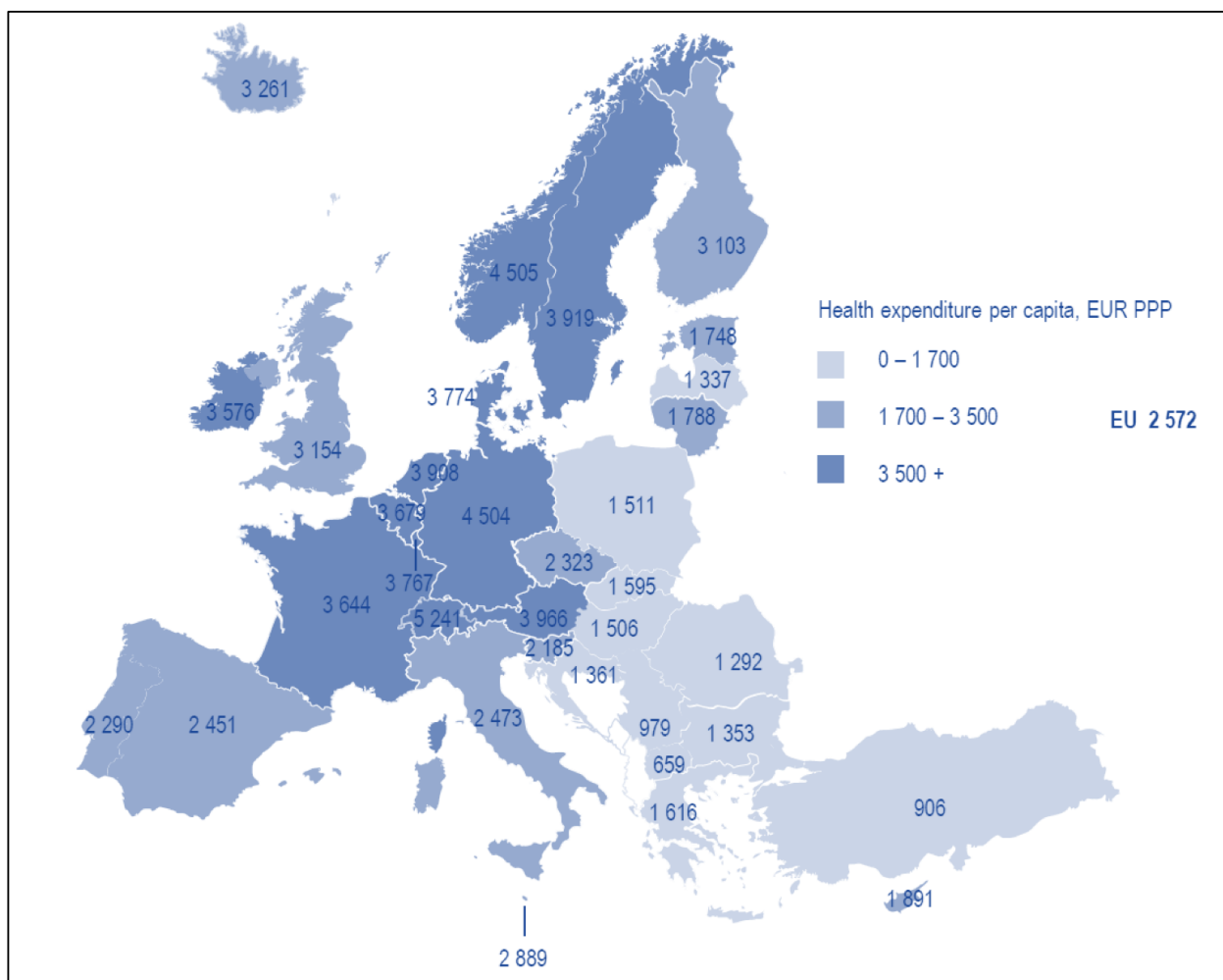


Figura 1.2. Spesa pro-capite destinata alla salute in Europa (2019 o dato più recente disponibile).

Fonte: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.

formale a lungo termine comprende sia l'assistenza diretta che le prestazioni in denaro. L'assistenza diretta è fornita da professionisti a domicilio o in una struttura residenziale (come centri di assistenza e case di cura). Le prestazioni in denaro sono pagamenti che possono essere utilizzati per acquistare cure formali a casa o in un istituto o per pagare caregiver informali come sostegno al reddito. Tutti gli stati membri dell'UE sono coinvolti nella fornitura pubblica e/o nel finanziamento di servizi formali di long-term care (forniti da assistenti sanitari pagati in base a una qualche forma di contratto di lavoro), sebbene il grado con cui ciò avvenga varia da uno stato membro dell'UE all'altro. Una grande percentuale di long-term care in UE è fornita da assistenti informali come familiari e amici, principalmente coniugi e figli. Paesi come la Danimarca, i Paesi Bassi

e la Svezia si affidano principalmente all'assistenza formale, mentre paesi come Bulgaria, Cipro, Estonia, Lituania, Lettonia, Romania e Croazia si affidano quasi esclusivamente all'assistenza informale. Rispetto ad altri settori dell'assistenza sanitaria, la spesa per l'assistenza long-term care ha registrato la crescita più elevata negli ultimi anni (Figura 1.3). Secondo dati OECD tale voce di bilancio ha registrato un incremento annuale del 3% nel quinquennio 2009-2013 e un incremento del 3.1% nel quinquennio 2013-2017. L'invecchiamento della popolazione porta infatti ad un maggior numero di persone che necessitano di assistenza sanitaria e sociale continuativa. L'aumento dei redditi aumenta le aspettative sulla qualità della vita in età avanzata, l'offerta di assistenza informale è potenzialmente sempre più ristretta ed i guadagni

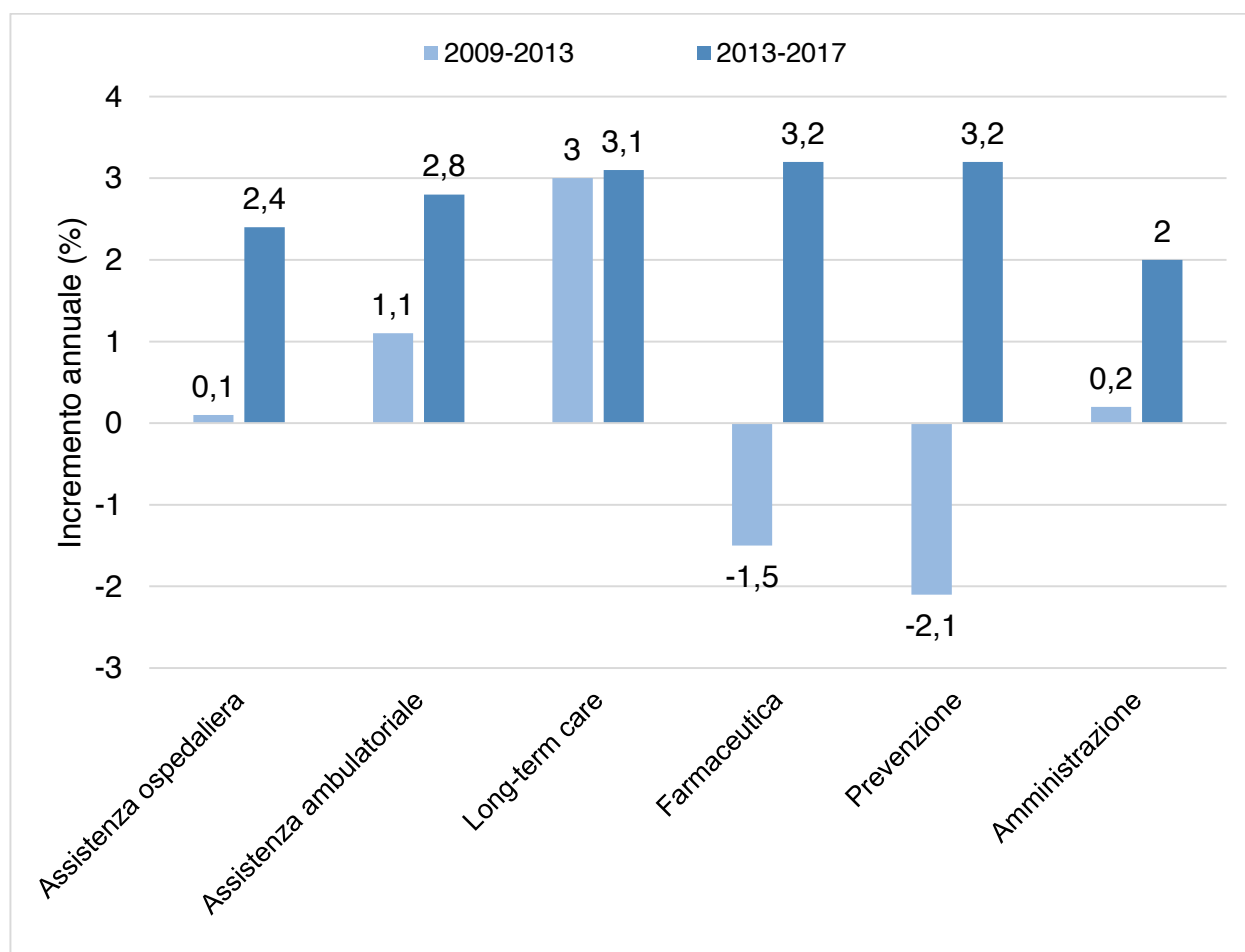


Figura 1.3. Incremento annuale (periodi 2009-2013 e 2013-2017) della spesa sanitaria per ambito/setting.

Fonte: OECD Health Statistics 2019.

di produttività sono difficili da ottenere in un settore ad alta intensità di manodopera. Tutti questi fattori creano costi al rialzo, tanto che per i prossimi anni sono previsti ulteriori sostanziali aumenti della spesa long-term care nei paesi OCSE.

La spesa destinata alla long-term care rappresenta una fetta sempre più importante del prodotto interno lordo (PIL) dei paesi Europei, e della spesa sanitaria (pubblica e totale, compreso l'out-of-pocket). Per le ragioni descritte precedentemente, il trend futuro relativo alla spesa destinata alla long-term care sarà fortemente influenzato dall'invecchiamento della popolazione ma anche da una serie di fattori non demografici. La long-term care trova declinazioni e definizioni differenti tra i vari paesi del mondo ed europei, per cui ogni confronto diretto tra realtà differenti soffrirà gioco forza di un'intrinseca limitazione metodologica. Gli stati membri della UE finanziano l'assistenza formale long-term care pagando o fornendo assistenza diretta ai destinatari reputati idonei, oppure tramite "benefit" in denaro (es. voucher e altre forme

di indennità), con il quali i destinatari possono acquistare i servizi stessi. Questi ultimi possono quindi essere anche utilizzati per pagare assistenti informali, come membri della famiglia o i cosiddetti badanti.

Per ragioni storiche e organizzative, in Italia come in Europa, il finanziamento pubblico tende ad essere molto frammentato, con diverse autorità governative (centrali e regionali) che contribuiscono alle diverse voci di spesa. Per tale ragione, il compito di ricostruire chi e quanto ha finanziato un determinato servizio risulta talvolta difficile. La spesa pubblica per la long-term care ha diversi fattori determinanti; i principali includono lo stato di dipendenza della popolazione, il modello di erogazione dei servizi (organizzazione e finanziamento del sistema, che modella la commistione tra cure formali, retribuite e informali) e la disponibilità di risorse umane. Anche il tasso di crescita economia gioca un ruolo, così come il progresso della scienza medica e lo sviluppo e l'implementazione di nuove tecnologie.

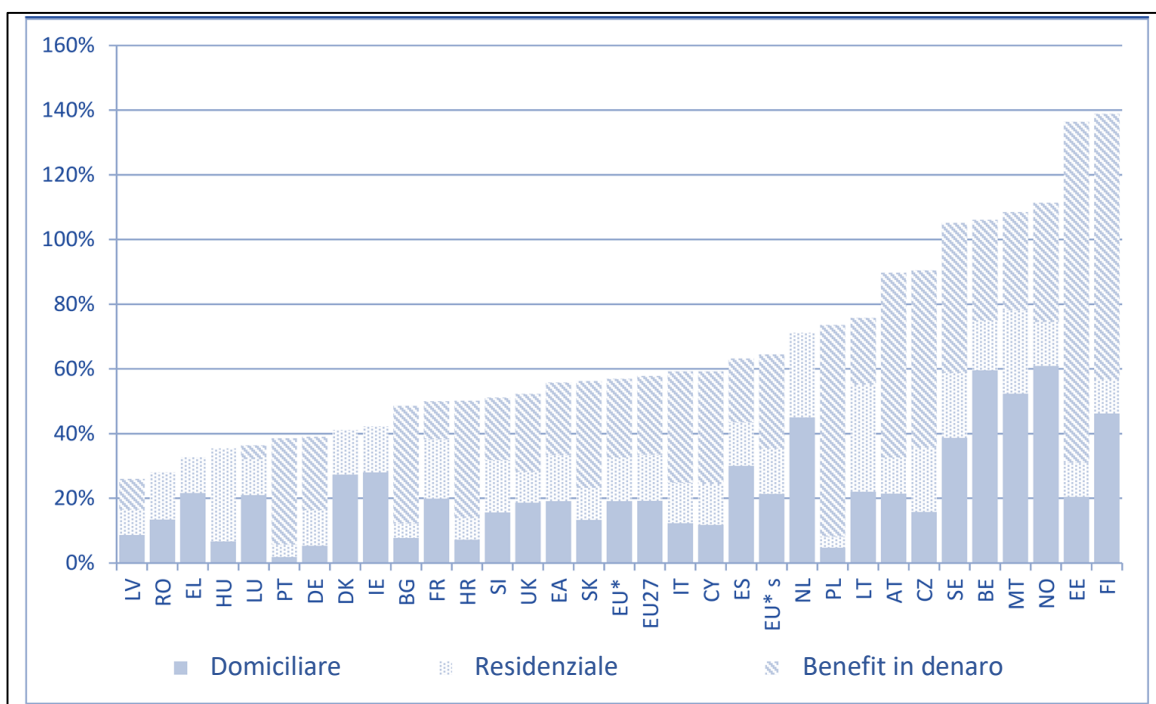


Figura 1.4. Tipologia di copertura della spesa sanitaria destinata agli assistiti in long-term care in Europa nel 2016.

Nota: le percentuali possono superare il 100% poiché alcuni beneficiari possono usufruire di doppia o tripla copertura. Fonte: European Commission, EPC.

Secondo dati UE del 2016 (Figura 1.4) i paesi appartenenti all'EU27 coprono mediamente poco meno del 60% della spesa sanitaria destinata ai beneficiari di servizi di long-term care fornendo assistenza domiciliare, cure residenziali e benefit in denaro, ma anche in questo caso vi sono paesi che si scostano parecchio dalla media. Per alcuni paesi nordici e il Belgio, ad esempio, vengono riportate coperture superiori al 100%, che suggeriscono la possibilità che alcuni beneficiari ricevano al contempo diverse forme di supporto e assistenza, come ad esempio cure domiciliari in aggiunta a dei benefit in denaro.

Una quota significativa della spesa per i servizi di long-term care è coperta da regimi assicurativi governativi o obbligatori. La spesa pubblica totale per long-term care (comprese le componenti sanitarie e sociali) rappresenta in media l'1,7% del PIL nei paesi OCSE nel 2017 (Figura 1.5). Con il 3,7% del PIL, la spesa più elevata risultava quella dei Paesi Bassi, seguiti da Norvegia (3,3%) e Svezia (3,2%). In questi paesi, la spesa pubblica per long-term care era circa il doppio della media OCSE. All'estremo opposto, troviamo invece Ungheria, Estonia, Polonia e Lettonia che avevano assegnato meno dello 0,5% del loro PIL alla fornitura di servizi long-term care. Questa variazione riflette in parte le differenze nella struttura della popolazione, ma principalmente la fase di sviluppo dei sistemi long-term care formali a favore di accordi più informali basati principalmente sull'assistenza fornita da persone non formalmente retribuite come i membri della famiglia. Si fa in ultimo notare

come la suddivisione tra spesa sanitaria e sociale sia universalmente sbilanciata a favore della prima. Tuttavia, si evince come vi siano paesi che devolvono maggiori risorse alla spesa sociale, tra questi i paesi nordici, la Lituania, Israele, la Francia e la Repubblica Ceca.

Come già ribadito, le modalità in cui la long-term care viene declinata è organizzata nei diversi paesi influisce sulla composizione della spesa. Nel 2017, nei paesi OCSE, circa i due terzi della spesa pubblica sono stati destinati alle cure residenziali. Tuttavia, in paesi quali Polonia, Finlandia, Danimarca, Lituania, Austria e Germania, la spesa per le cure domiciliari ha rappresentato oltre il 50% di tutta la spesa per la long-term care.

Secondo dati OCSE, nel 2017 veniva riportata una disponibilità media pari a 47 posti letto ogni 1000 persone di età pari o superiore a 65 anni (Figura 1.6). La stragrande maggioranza dei letti - 44 per 1000 persone di età pari o superiore a 65 anni - si trovava in strutture non ospedaliere, con solamente 3 letti LTC per 1000 persone negli ospedali, in media. Il numero di letti di long-term care per 1 000 persone di età ≥ 65 anni varia enormemente tra i paesi OCSE. Nel 2017 il Lussemburgo, il paese con il numero più alto (82,8 letti), presentava oltre 18 volte più letti della Grecia (4,5 letti), il paese con l'offerta più bassa. Cinque paesi - Italia, Lettonia, Polonia, Turchia e Grecia - avevano meno di 20 letti ogni 1000 persone di età ≥ 65 anni. Quattro - Lussemburgo, Paesi Bassi, Belgio e Svezia - avevano più di 70 posti letto ogni 1000 persone di età ≥ 65 anni. Tra il 2007 e il 2017, i paesi OCSE hanno ridotto

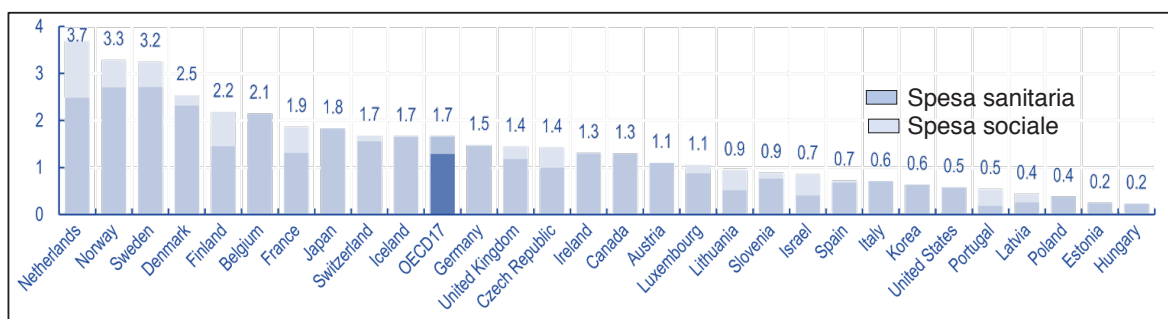


Figura 1.5. Spesa per la long-term care (sanitaria e sociale) espressa come percentuale del PIL nazionale nel 2017 (o dato più recente disponibile)

Fonte: OECD Health Statistics 2019.

il numero di letti di long-term care mediamente di 3,4 unità per 1000 persone ≥ 65 anni (Figura 1.7). Nello specifico, Svezia, Islanda e Finlandia hanno ridotto ciascuna il numero di letti nelle strutture di long-term care di 15 unità o più per 1 000 persone di età ≥ 65 anni. Questi cambiamenti sostanziali

sono stati in gran parte guidati dai cambiamenti nelle rispettive politiche sanitarie. Ad esempio, la riduzione del numero di posti letto all'interno di strutture dedicate in Svezia è stata determinata dal passaggio alla fornitura di servizi long-term care basati sulla comunità.

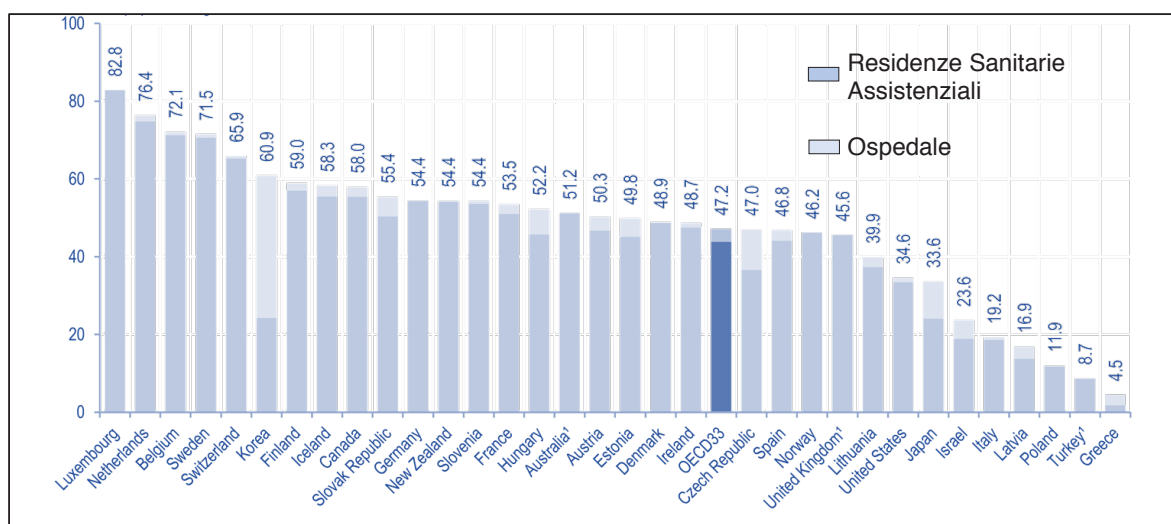


Figura 1.6. Letti di long-term care (per 1000 abitanti con età superiore o uguale a 65 anni) in residenze sanitarie assistenziali e in ospedale (anno 2017 o dato più recente disponibile).
Fonte: OECD Health Statistics 2019.

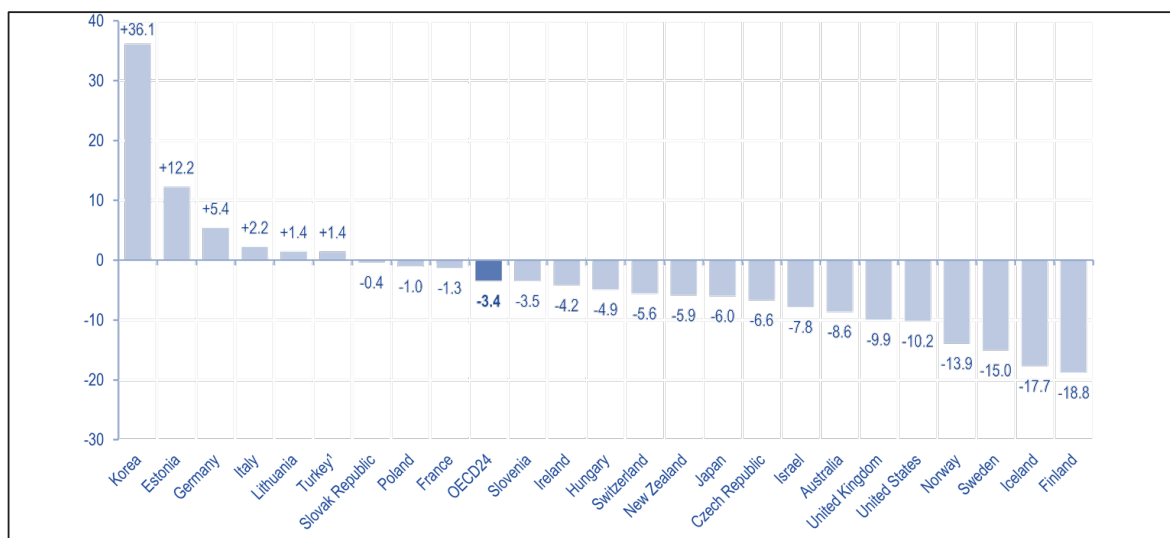


Figura 1.7. Variazione del numero di letti di long-term care (per 1000 abitanti con età superiore o uguale a 65 anni) in residenze sanitarie assistenziali e in ospedale durante il decennio 2007-2017).
Fonte: OECD Health Statistics 2019.

I caregiver

Le differenze tra i paesi europei nella spesa pubblica destinata alla long-term care riflettono principalmente la copertura stimata dell'assistenza formale di tipo residenziale e domiciliare. Nelle strutture residenziali, così come presso il domicilio, l'assistenza viene fornita da operatori retribuiti e contrattualizzati. Tuttavia, in molti paesi l'assistenza informale, ovvero quella offerta da familiari, amici o assistenti familiari, risulta essere decisiva per la sostenibilità del sistema. Anche nei paesi con una ben sviluppata assistenza formale, si stima che i caregiver informali siano almeno il doppio rispetto alla forza lavoro presente nelle strutture residenziali.

Il numero di caregiver professionali presenti in un paese, rappresenta un buon indicatore dello sviluppo della long-term care di quel paese, e in parte anche del suo modello organizzativo. Secondo uno studio del 2008 i lavoratori nella long-term care rappresentavano solamente lo 0,3% della popolazione in età lavorativa totale in Repubblica Ceca e Repubblica Slovacca, ma il 3,6% in Svezia e il 2,9% in Norvegia e Danimarca. In Europa, sebbene la maggioranza degli assistiti in long-term care riceva cure domiciliari, la maggior parte dei caregiver formali opera all'interno di strutture residenziali dove l'intensità della assistenza è molto più alta che a casa. In media, quasi il 30% degli operatori sono infermieri, mentre il restante 70% sono addetti alla cura della persona, che possono avere titoli diversi nei vari paesi. Diverse sono anche le loro qualifiche e responsabilità. Mentre il percorso di formazione infermieristico è strutturato, molti paesi non hanno requisiti standard o minimi per i caregivers informali, anche se alcuni organizzano programmi di formazione. Ancora oggi, tuttavia, in molti paesi la maggior parte degli operatori sanitari non ha una formazione ad hoc per l'assistenza in long-term care, soprattutto coloro che operano in regime di assistenza domiciliare. Gli immigrati svolgono spesso un ruolo importante, rappresentando circa il 70% dei lavoratori nella long-term care in Italia, ad esempio. Circa il 90% in Danimarca, Repubblica Ceca, Irlanda, Repubblica Slovacca, Olanda e Svezia sono donne, spesso di mezza età. Secondo lo European Vacancy Monitor,

il numero di operatori sanitari nei servizi sanitari è tra le 25 occupazioni in crescita in Europa. Il Belgio (20,6%) ha la più alta percentuale di cittadini con più di 50 anni che fornisce qualche tipo di assistenza informale, seguito dall'Italia (19,7%) e dal Regno Unito (18,2%; Tabella 1.2). La percentuale più bassa invece riportata dalla Danimarca (11,8%), seguita da Svezia (12,3%; il paese con gli assistenti familiari più pagati) e la Polonia (12,8%). In media, nei paesi OCSE, il 66% degli assistenti familiari informali fornisce assistenza quotidiana, il restante 34% assistenza settimanale.

Il progressivo aumento della richiesta di caregiver e la contemporanea progressiva carenza di manodopera richiederà sforzi sempre maggiori per reclutare gruppi di lavoratori precedentemente inattivi, attirando in alcuni casi caregiver nel settore formale. La Polonia, ad esempio ha un programma per reclutare come operatori sanitari persone che

Paese	Percentage
Belgio	20,6
Italia	19,7
Regno Unito	18,2
Repubblica Ceca	17,7
Estonia	17,5
Olanda	16,9
Ungheria	16,2
Austria	16,1
Francia	15,9
Germania	15,7
Portogallo	15,6
Slovenia	14,6
Spagna	14,2
Polonia	12,8
Svezia	12,3
Danimarca	11,8

Fonte: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Tabella 1.2. Percentuale di cittadini con più di 50 anni che offrono assistenza informale (anno 2010).

in precedenza si prendevano cura di membri della famiglia, accreditando in tale maniera le capacità di assistenza acquisite.

Gli standard di qualità

Il progressivo incremento della richiesta di long-term care crea già adesso una tensione tra la quantità dei servizi richiesti e offerti, e la loro qualità. Nonostante numerosi tentativi di incrementare la qualità della assistenza attraverso sistemi di accreditamento e una costante ridefinizione degli standard, la qualità della long-term care resta un problema reale in molti paesi europei. Alcuni esperti descrivono gravi carenze nell'assicurazione dei servizi di assistenza in alcuni paesi (es. Romania, Regno Unito, Grecia); la Lituania riporta persino preoccupazioni riguardo le violazioni dei diritti umani nelle strutture residenziali per anziani. Solo pochissimi paesi rappresentano una situazione molto più ottimistica per quanto riguarda la qualità della assistenza (es. Danimarca, Svezia). Programmi di valutazione del grado di soddisfazione sono degli strumenti fondamentali per valutare gli standards. In Danimarca, un sondaggio del 2015 ha mostrato che la grande maggioranza dei beneficiari era soddisfatta dell'aiuto personale e pratico ricevuto sia a casa propria che nelle case di cura. I requisiti per cure di qualità variano sostanzialmente a seconda del tipo di assistenza, residenziale o domiciliare. Mentre il settore dell'assistenza domiciliare rimane per lo più non regolamentato, l'assistenza residenziale è disciplinata da requisiti maggiormente codificati. L'approccio più comune al monitoraggio della qualità nei paesi dell'UE utilizza una serie di standards e requisiti predeterminati. La maggior parte dei paesi richiede ai fornitori del settore di conformarsi a standard di qualità, utilizzando un sistema di accreditamento, licenze o un processo di registrazione. Un tale processo di accreditamento consente di valutare la qualità dell'assistenza sulla base di standard minimi stabiliti in materia di occupazione (rapporto personale, qualifica), infrastrutture, ambiente di vita e alcuni risultati di qualità. Il processo di accreditamento di solito prevede ispezioni in loco e valutazioni della qualità al fine di garantire che gli erogatori soddisfino gli standard di qualità stabiliti necessari per continuare

a fornire una buona assistenza. Queste misure di controllo della qualità rappresentano certamente un primo passo per garantire l'impegno per la qualità. In alcuni casi tuttavia, ci sono prove nei rapporti nazionali che evidenziano problemi legati alla esecuzione di questi controlli per risorse limitate, mancanza di ispettori qualificati e/o mancanza di trasparenza nel processo di analisi e le sanzioni in caso di mancato rispetto delle normative rimangono non ben codificate. Solo in alcuni casi specifici, le licenze o l'accreditamento possono essere ritirate e le istituzioni chiuse. Nel gennaio 2018, in Serbia 212 case private per anziani sono state chiuse per sostanziali irregolarità. Possono verificarsi differenze anche tra i settori sociale e sanitario. In alcuni paesi il settore sanitario ha standard chiari e consolidati rispetto a quello sociale, con alcune eccezioni per gli istituti di assistenza residenziale. Sebbene vari standard siano applicati in molti paesi dell'UE, non è chiaro se e in quale misura questi accordi garantiscano effettivamente standard di alta qualità. Le informazioni sui risultati sono relativamente scarse. Alcuni paesi ricorrono a sondaggi sulla soddisfazione degli utenti (ad esempio BE, CY, DE, DK, LT, NL, SE, UK) o esaminano i reclami ricevuti da pazienti e parenti (ad esempio LV, NO, PT). Altri paesi hanno sviluppato una serie di indicatori nazionali con l'obiettivo di migliorare la qualità e aumentare la sicurezza per i pazienti (ad esempio DK, FI, NO, PT, SE).

Ma la qualità delle cure offerte passa anche per le condizioni lavorative degli operatori della long-term care. In tutti i paesi esaminati nel rapporto "Challenges in long-term care in Europe: a study of national policies 2018" il settore della long-term care è risultato caratterizzato da un basso livello di reddito dei suoi operatori. La stragrande maggioranza dei rapporti riferisce cattive condizioni di lavoro con alti livelli di tensione, carichi di lavoro elevati, formazione insufficiente, mancanza di tempo di riposo e in alcuni casi mancanza di supporto con alti rischi psicosociali. La Norvegia sottolinea altre preoccupazioni come la prevalenza del lavoro part-time e l'alto tasso di malattia. La Finlandia riporta un benessere relativamente buono per i dipendenti in generale, sebbene il carico di lavoro

si intensifichi negli ambienti di assistenza domiciliare a causa delle peggiori condizioni di salute degli assistiti. In Francia sembra che la situazione sia peggiorata nelle case di cura con l'aumento del numero di residenti in rapporto a quello stabile del personale. Le condizioni di impiego possono variare in modo sostanziale tra il settore sanitario e quello sociale, o anche solo tra i tipi di struttura (pubblico vs. strutture private). In Polonia vi sono grandi differenze tra i sistemi sanitari e sociali, con condizioni di lavoro regolamentate e salari più alti nel settore sanitario. A Cipro, il settore pubblico per la long-term care impiega dipendenti pubblici e gli infermieri e gli assistenti sociali possiedono tutti un diploma di laurea. I dipendenti hanno salari più alti e migliori condizioni di lavoro. Il settore privato è caratterizzato invece da operatori sanitari informali con bassi livelli di qualificazione. Sebbene alcuni paesi segnalino chiaramente una mancanza di sviluppo della formazione (EL, ES, TR), altri hanno iniziato a sviluppare programmi specifici (ad esempio LI, PT, MK). Secondo gli esperti nazionali,

alcuni paesi devono affrontare problemi legati all'eccessiva istruzione nel settore, che riflette un uso inefficiente della forza lavoro. In Lituania, ad esempio, il 64% degli assistenti domiciliari ha una laurea.

Sulla base di due macro-indicatori, la capacità organizzativa e la generosità finanziaria, il rapporto ENEPRI (European Network of Economic Policy Research Institute) ha raggruppato i vari paesi europei in 4 diversi cluster (Figura 1.8).

Cluster 1. Costituito dai paesi scandinavi e continentali caratterizzati da una profonda capacità organizzativa e da alti livelli di generosità finanziaria. Al suo interno, il sistema long-term care del Belgio ha la maggiore capacità organizzativa. Gli assistiti godono di una elevata accessibilità ai servizi long-term care finanziati pubblicamente, massima libertà di scelta e maggiore profondità tecnica. In termini di generosità finanziaria, la Danimarca ha il sistema long-term care più

Esempi di definizione dei requisiti e standard minimi nella long-term care

In Lettonia, tutti i fornitori di servizi long-term care devono registrarsi presso il Ministero del Welfare e devono soddisfare requisiti di qualità tra i quali il numero e alla qualifica del personale, all'accessibilità dei locali di cura o all'adeguamento dei fornitori alle esigenze dei destinatari. A causa della mancanza di risorse tuttavia, i controlli di qualità dei fornitori non sempre vengono effettuati.

In Lituania, sono stati fissati standard di qualità per gli istituti di assistenza residenziale in base alle normative del Ministero della sicurezza sociale e del lavoro. Nonostante la supervisione dell'attuazione degli standard da parte del Dipartimento per la supervisione dei servizi sociali del ministero, il sistema di valutazione non funziona pienamente.

In Portogallo, i fornitori di LTC devono seguire le procedure di accreditamento. Gli standard sono organizzati attorno a tre aree generali: la struttura (numero di posti letto, risorse umane); il processo (procedure di registrazione per la valutazione dei rischi ecc.) e gli esiti (occorrenza di infortuni, infezioni, cadute, ecc.). Inoltre, alcuni standard specifici sono stabiliti per diversi tipi di unità di degenza. Le ispezioni vengono condotte su un campione di fornitori.

In Irlanda, l'Autorità per l'informazione e la qualità sulla salute stabilisce gli standard per l'assistenza residenziale e annuncia ispezioni regolari delle case di cura.

In Polonia, gli standard di qualità stabiliti per gli istituti di assistenza residenziale coprono tre settori principali: occupazione, procedure e standard di alloggio, separatamente per il settore sanitario e sociale.

generoso determinato da un investimento pari al 1,7% del PIL e dalla condivisione dei costi solo per l'assistenza residenziale. Sebbene la spesa pubblica sia più elevata nei Paesi Bassi (2,5% del PIL) e in Svezia (3,5% del PIL), i loro sistemi long-term care sono classificati come meno generosi di quello danese poiché la condivisione dei costi è più diffusa in questi due paesi.

Cluster 2. Si tratta di un modello intermedio tra il cluster 1 e 4. Comprende sistemi long-term care caratterizzati da media capacità organizzativa e media generosità finanziaria. I paesi di questo cluster sono principalmente in ritardo in materia

di organizzazione rispetto al cluster 1. Non vi è una grande differenza invece in termini di generosità finanziaria. Non vi è un modello geografico osservabile in quanto al suo interno troviamo paesi scandinavi, centro-europei, paesi del mediterraneo e dell'Europa orientale, nonché l'Inghilterra.

Cluster 3-4. Paesi che condividono gli stessi bassi livelli di generosità finanziaria. In tutti questi paesi i contributi privati per i servizi di long-term care sono diffusi e la spesa pubblica non supera lo 0,5% del PIL. Ci sono invece grandi differenze per quanto riguarda la capacità organizzativa.

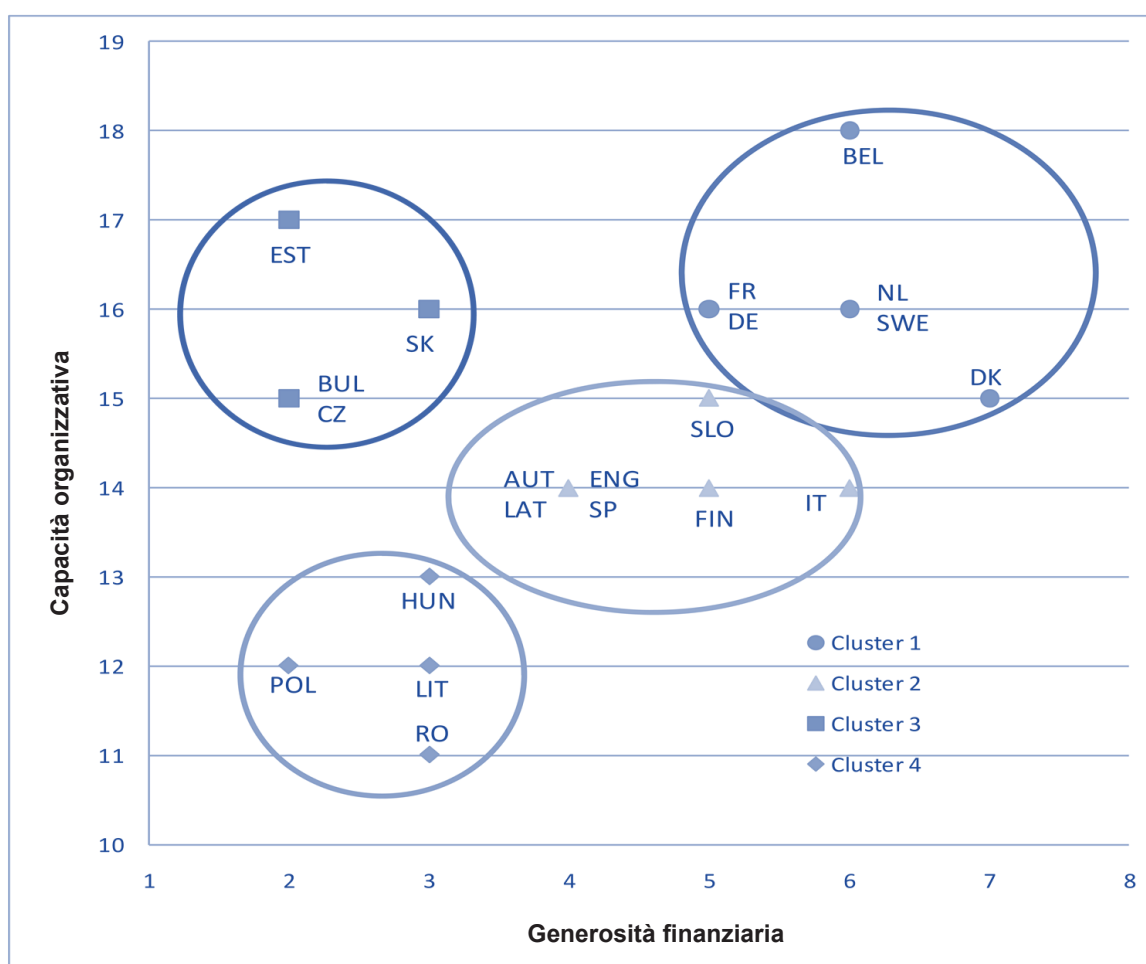


Figura 1.8. Modelli organizzativi della long-term care in Europa raggruppati in cluster basati sulla capacità organizzativa e generosità finanziaria.

Fonte: ENEPRI (European Network of Economic Policy Research Institute)

Riferimenti bibliografici

Ageing and Long-term Care. Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) Health Statistics. <https://doi.org/10.1787/health-data-en>

Challenges in Long-Term care in Europe. A study of national policies. European Commission; European Social Policy Network (ESPN). Slavina Spasova, Rita Baeten, Stéphanie Coster, Dalila Ghailani, Ramón Peña-Casas and Bart Vanhercke. 2018

The 2018 Ageing Report: Economic & Budgetary projections for the 28 EU Member States (2016-2070). European Economy; Institutional paper 079. European Commission. Godwin Mifsud et al. May 2018. doi:10.2765/615631

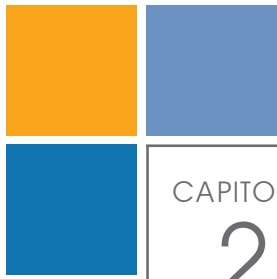
Economic and Financial Affairs. The 2018 Ageing Report: underlying assumptions & projection methodologies. European Economy; Institutional paper 065. November 2017. European Commission.

Wolfgang Merz et al. doi:10.2765/286359

Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society. Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission services. Council of the European Union 2014.

Performance of Long-Term Care Systems in Europe. Esther Mot, Riemer Faber, Joanna Geerts, Peter Willemé. European Network of Economic Policy Research Institutes (ENEPRI) policy brief no. 13 (2012)

A typology of Long-Term Care System in Europe. Markus Kraus (IHS), Monika Riedel (IHS), Esther Mot (CPB), Peter Willemé (FPB), Gerald Röhrling (IHS), Thomas Czypionka (IHS). European Network of Economic Policy Research Institutes (ENEPRI) research report no. 91 (2010)



CAPITOLO

2

LA LONG-TERM CARE IN ITALIA

L'implementazione ad opera dei servizi sanitari e sociali di modelli di assistenza commisurati ai dinamici cambiamenti sociali e sanitari della popolazione è oggetto da anni di riforme e iniziative innovative a livello locale e regionale. Si tratta di interventi orientati alla costruzione di una rete articolata, coordinata e integrata di risposte (strutture, servizi e attività), a diverso tenore di assorbimento di risorse, capace di incontrare i diversificati bisogni del singolo individuo e della collettività. Nel continuum dei servizi territoriali della long-term care offerti ai cittadini affetti da cronicità e disabilità, le cure domiciliari, quelle residenziali e semiresidenziali nonché le cure palliative, rappresentano i mattoni più importanti che rendono fattiva una continuità delle cure equa e di qualità.

Assistenza domiciliare integrata: aggiornamento 2019

Un elemento cardine della long-term care è rappresentato dall'assistenza domiciliare integrata (ADI), la quale fornisce un'opzione sostenibile e alternativa al ricovero ospedaliero, laddove sussistano condizioni di eleggibilità sufficienti, e carico assistenziale sostenibile che consentano l'erogazione di un trattamento sociosanitario a domicilio. L'ADI richiede l'orchestrazione e integrazione di diverse competenze professionali sanitarie, primi fra tutti i MMG e i pediatri di libera scelta, nonché competenze sociali al fine di rispondere a esigenze complesse, di persone che si trovano in condizioni di non autosufficienza parziale o totale e che necessitano di un'assistenza continuativa o semicontinuativa di tipo sociosanitario. Lo scopo è garantire all'assistito l'assistenza di cui necessita presso la propria abitazione – luogo ideale per la cura – o per agevolare la dimissione ospedaliera, completando e proseguendo in tale maniera trattamenti complessi, altrimenti eseguibili esclusivamente in

ambiente ospedaliero o in struttura residenziale.

La responsabilità clinica dell'ADI è attribuita al MMG e la sede organizzativa è il distretto sociosanitario. L'attivazione dell'ADI richiede la presa in carico della persona, una adeguata valutazione multidimensionale e la definizione di un piano personalizzato di assistenza (PAI), con individuazione degli obiettivi di cura e dei tempi di recupero, delle tipologie di intervento e della frequenza degli accessi. La valutazione dell'assistito e l'erogazione stessa del servizio è idealmente effettuata in concerto da diversi professionisti che comprendono il MMG, l'infermiere, il fisioterapista, l'assistente sociale, lo specialista se necessario e lo psicologo.

Il flusso del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), parte integrante del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), è stato istituito in Italia in seguito all'Accordo Quadro tra Stato, Regioni e Province Autonome il 22 Febbraio 2011 dopo che il "Patto per la Salute" del 28 Settembre 2006 ha sancito l'obbligo delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano di trasmettere a livello centrale i dati del volume di attività svolte a livello centrale. I dati trasmessi alle Regioni prima e al Ministero della Salute poi, riguardano tutte le attività inerenti all'assistenza domiciliare sanitaria e sociosanitaria a partire dal 1° gennaio 2009. Le informazioni inviate devono interessare la presa in carico e la valutazione multidimensionale dell'assistito, la definizione di un PAI e la responsabilità clinica di operatori afferenti alla ASL. Una volta soddisfatti i suddetti aspetti, andranno trasmesse anche informazioni riguardanti le prestazioni erogate all'interno delle cure palliative domiciliari e le dimissioni protette.

Nel SIAD sono contenuti due differenti tracciati:

- Tracciato 1: contiene le informazioni associate agli eventi presa in carico (dati anagrafici del paziente, ASL erogante, soggetto richiedente

la presa in carico) e valutazione (autonomia e bisogni assistenziali);

- Tracciato 2: contiene le informazioni relative alle prestazioni erogate (dati riferiti agli accessi), sospensione, rivalutazione (autonomia e bisogni assistenziali) e conclusione (dimissione assistita).

Le predette informazioni devono essere trasmesse mensilmente al NSIS, entro il mese successivo al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi idonei alla generazione e modifica delle informazioni richieste per singolo assistito. Tali eventi sono identificabili con le seguenti fasi del processo assistenziale: presa in carico, erogazione, sospensione, rivalutazione e conclusione. Il debito informativo delle Regioni e Province Autonome nei confronti del SIAD non è omogeneo su tutto il territorio nazionale; persistono infatti aree non ancora in grado di garantire la completa trasmissione delle informazioni previste. Tuttavia, si registra un significativo incremento della qualità e della completezza dei dati trasmessi che consentono già oggi di ragionare sul volume e l'intensità dell'assistenza erogata.

Con il decreto del Ministro della Salute del 7 dicembre 2016, n. 262 "Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato" (Gazzetta Ufficiale del 8 febbraio 2017, Serie generale n. 32), predisposto a cura dell'Ufficio della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, sono state individuate le procedure che consentono di ricostruire a livello nazionale il percorso dell'assistito tra i diversi setting assistenziali. L'attuazione del regolamento – a regime a partire dall'anno 2018 – ha comportato l'adeguamento dei sistemi informativi regionali alla trasmissione di dati interconnettibili al Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della salute (NSIS). Per mantenere la profondità storica del patrimonio informativo acquisito fino all'introduzione del predetto regolamento, si è ritenuto necessario rendere interconnettibili anche i dati già trasmessi al NSIS prima dell'applicazione del Regolamento. A

tale fine è stata effettuata un'attività di recupero dei vecchi "codici assistito" attraverso l'associazione di questi ultimi con i codici univoci generati in linea con le regole indicate dal Ministero della Salute. L'attività di recupero e più in generale l'attività di assegnazione ad ogni assistito di un codice univoco a livello nazionale definito dal Ministero della Salute, ha consentito l'effettiva distinzione dei soggetti assistiti a livello nazionale e questo ha comportato una generale bonifica del dato trasmesso al NSIS eliminando situazioni di duplicazioni di codici assistito prima possibili.

Come di consueto Italia Longeva pubblica l'aggiornamento dei dati relativi al flusso SIAD, quest'anno relativo all'anno 2019.

Il numero di italiani che ricevono cure domiciliari continua a crescere, sebbene con un appiattimento del trend registrato negli anni precedenti (Figura 2.1). Nel 2019 gli over 65 riceventi ADI sono stati 378.041 (erano 375.147 nel 2018 e 346.651 nel 2017), di cui 317.946 (316.171 nel 2018 e 293.039 nel 2017) gli over 75. In termini relativi (Figura 2.2), gli assistiti in ADI rappresentano nel 2019 il 2,8% degli over 65 (erano il 2,7% nel 2018 e 2,6% nel 2017) e il 4,6% degli over 75 (erano il 4,5% nel 2018 e 4,2% nel 2017). Si fa presente che i dati comunicati dal Ministero della Salute vanno in contro ad una rettifica annuale, che interessa talvolta i due o tre anni precedenti, dovuta al ritardo con il quale può avvenire la trasmissione dei dati a livello centrale. Nel 2020 la pandemia da coronavirus potrebbe avere ulteriormente ostacolato e ritardato il debito informativo delle Regioni. Per tale motivo, si raccomanda cautela nella interpretazione dei dati qui riportati.

A fronte di una copertura nazionale media di ADI pari al 2,8% tra gli over 65, si conferma l'importante variabilità dell'offerta di cure domiciliari tra le diverse Regioni e Province Autonome del nostro paese (Figura 2.3). Tra le Regioni con una offerta maggiore di ADI troviamo il Molise, con una copertura pari al 5,1% tra gli over 65 (8,3% tra gli over 75), Sicilia (4,4% tra gli over 65 e 7,1% tra gli over 75), Basilicata (4,1% tra gli over 65 e 6,6% tra gli over

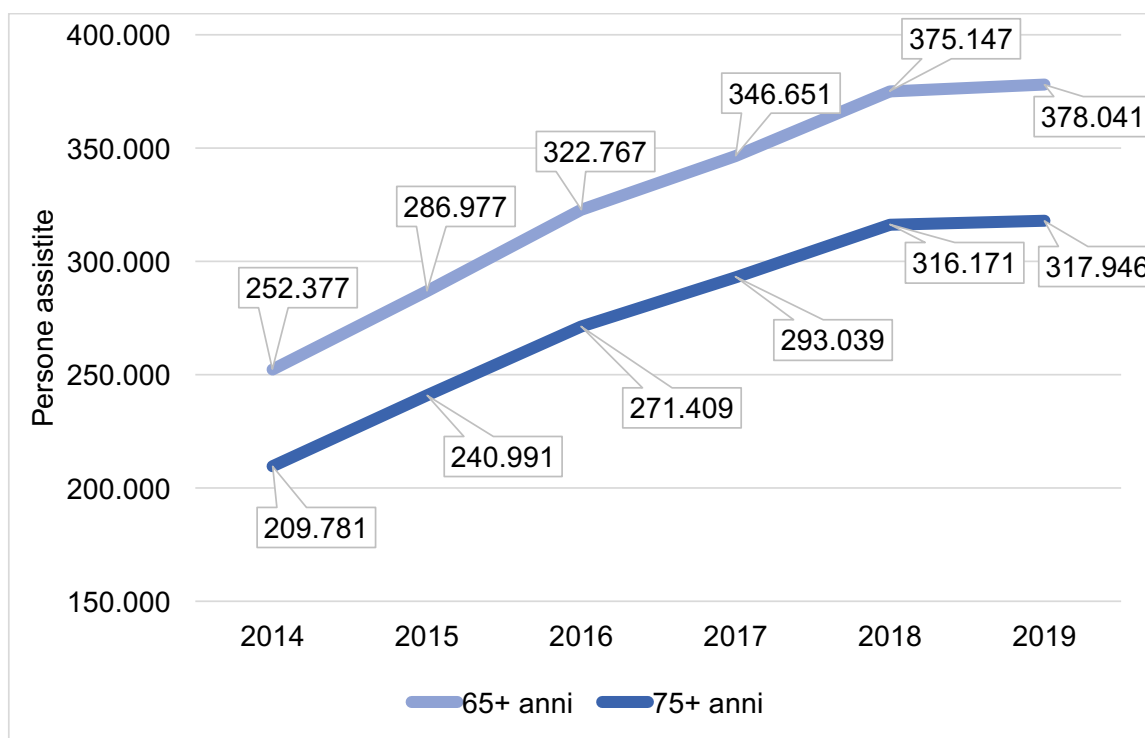


Figura 2.1. Numero di anziani (65+ e 75+) assistiti in ADI. Serie storica 2014-2019.

Fonte: Ministero della Salute (2020). Elaborazione di Italia Longeva.

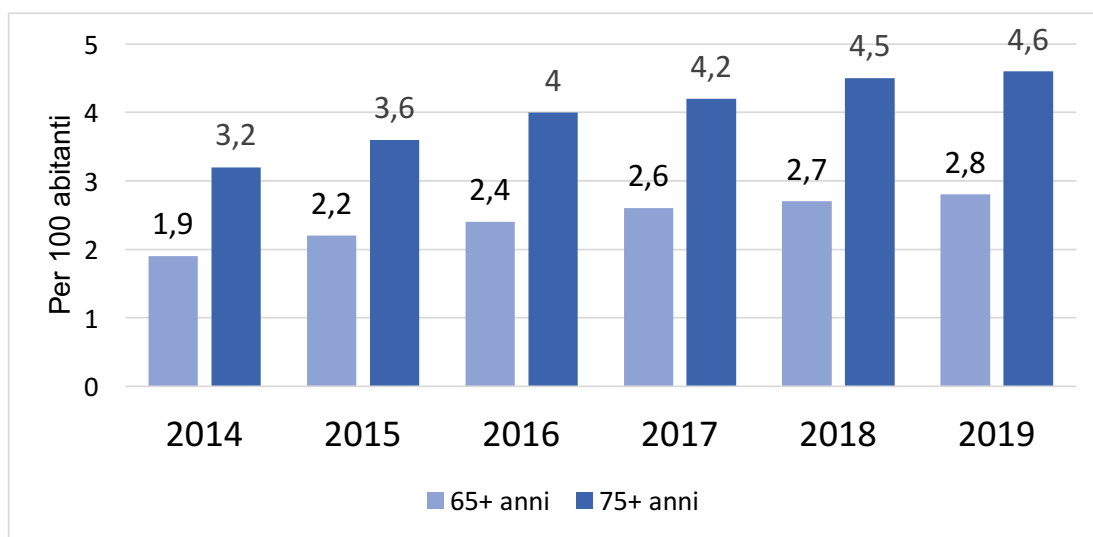


Figura 2.2. Percentuale di anziani (65+ e 75+) assistiti in ADI. Serie storica 2014-2019.

Fonte: Ministero della Salute (2020). Elaborazione di Italia Longeva.

75), Veneto (3,9% tra gli over 65 e 6,6% tra gli over 75) e Abruzzo (3,9% tra gli over 65 e 6,2% tra gli over 75). Al contrario, tra le Regioni in grado di garantire una minore copertura di cure domiciliari troviamo la Provincia Autonoma di Bolzano (0,2% tra gli over 65 e 0,3% tra gli over 75), la Calabria (0,4% tra gli over 65 e 0,7% tra gli over 75), la Valle D'Aosta (0,6% tra gli over 65 e 0,9% tra gli over 75) e il Lazio (1,4 tra gli over 65 e 2,4% tra gli over 75). I dati relativi ai flussi SIAD della Regione Sardegna risultano non pervenuti.

La Figura 2.4 mostra come vi sia un trend in crescita nella maggior parte delle aree prese in esame, tuttavia non mancano delle eccezioni che evidenziano delle inversioni di tendenza. Alcune Regioni riportano nel 2019 una riduzione dei volumi di ADI erogate tra gli individui over 65 se confrontati

con il 2018. Tra di esse ritroviamo: Friuli-Venezia Giulia (3,4% nel 2019 vs 3,2% nel 2018), Liguria (3,3% nel 2019 vs 3,2% nel 2018), Toscana (3,3% nel 2019 vs 3,0% nel 2018), Piemonte (2,8% nel 2019 vs 2,7% nel 2018), Lazio (2,0% nel 2019 vs 1,4% nel 2018) e Calabria (1,5% nel 2019 vs 0,4% nel 2018). Si fa notare ancora una volta come alcune delle inversioni di tendenza descritte potrebbero essere dovute ad un ritardo di trasmissione del flusso SIAD.

In maniera concorde rispetto al numero totale e relativo degli assistiti in ADI, anche il numero di Prese In Carico (PIC) mostra un ulteriore incremento in accordo con gli ultimi dati forniti dal Ministero della Salute (Tabella 2.1). Nel 2019 in Italia sono state registrate 1,064,301 PIC, 124,389 in più rispetto al 2018 (corrispondente ad un incremento percentuale annuale pari al 13%).

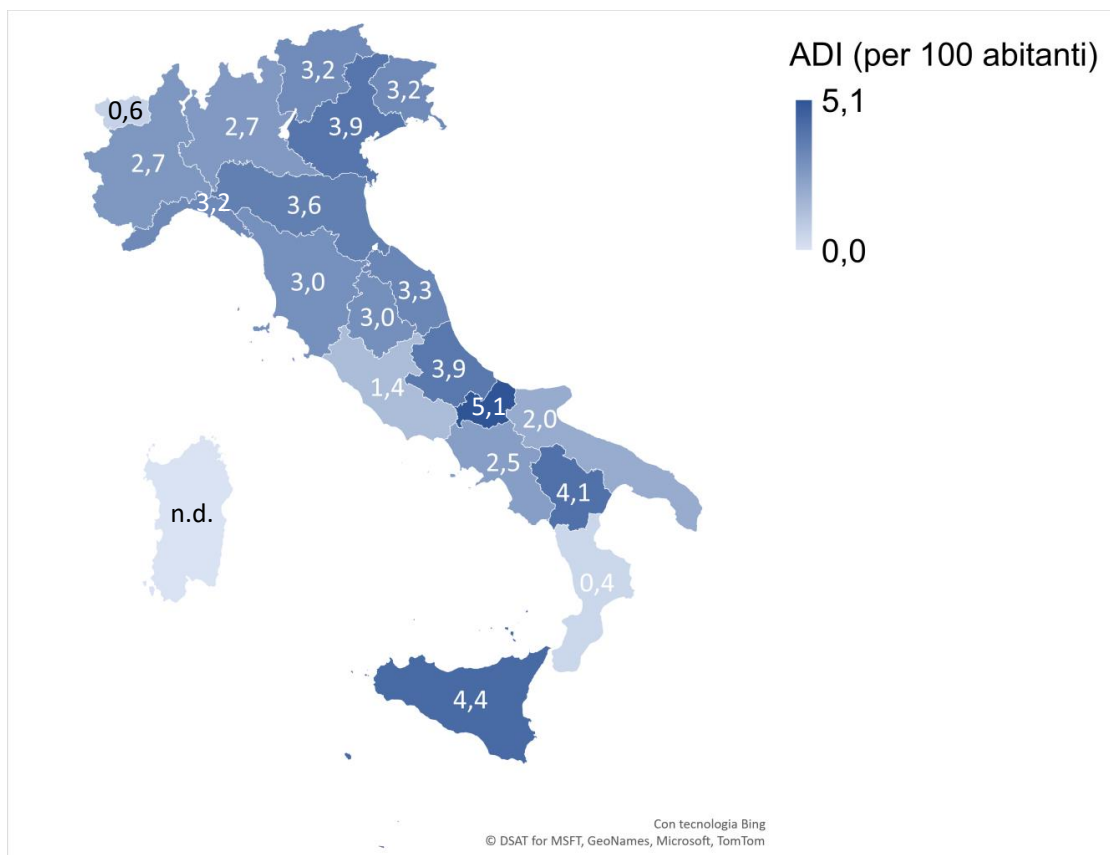


Figura 2.3. Percentuale di anziani over 65 assistiti in ADI. Dati relativi all'anno 2019.

Fonte: Ministero della Salute (2020). Elaborazione di Italia Longeva.

Le PIC vengono classificate secondo quattro livelli di intensità assistenziale differenti, misurata per mezzo del CIA ovvero il coefficiente di intensità assistenziale (D.P.C.M. 12-1-2017). Il CIA rappresenta il rapporto tra il numero di giornate effettive di assistenza (GEA) e il numero di giornate di cura (GdC). Per tale ragione il CIA assume valori da 0 (nessuna assistenza) a 1 (assistenza su base quotidiana). Le cure domiciliari di livello base (CIA inferiore a 0,14) si caratterizzano per prestazioni a basso livello di intensità assistenziale, talvolta episodiche che non rientrano di fatto nell'ADI propriamente detta, a ragione di una mancanza di integrazione sociosanitaria. Gli altri tre livelli (I livello: CIA 0,14-0,30; II livello: CIA 0,31-0,50; III livello: CIA 0,51-0,60; IV livello: CIA superiore a 0,60) si riferiscono esplicitamente a cure domiciliari

integrate di intensità assistenziale crescente. Una quinta area, infine, riguarda l'erogazione di cure palliative domiciliari. Queste vengono distinte in cure palliative di livello base, erogate con il coordinamento del MMG e cure palliative di livello specialistico, erogate da personale specializzato e caratterizzate da un CIA superiore a 0,60.

Tra il 1.064.301 di PIC registrate nel 2019, 300.936 presentavano il più basso livello di intensità assistenziale (CIA base), 240.701 rientravano nel CIA di I livello, 242.137 nel CIA di II livello, 36.115 nel CIA di III livello e 117.465 nel CIA di IV livello. Infine, un numero pari a 126.951 PIC rientrava tra gli accessi domiciliari puramente occasionali, con le date di inizio e chiusura della presa in carico coincidenti.

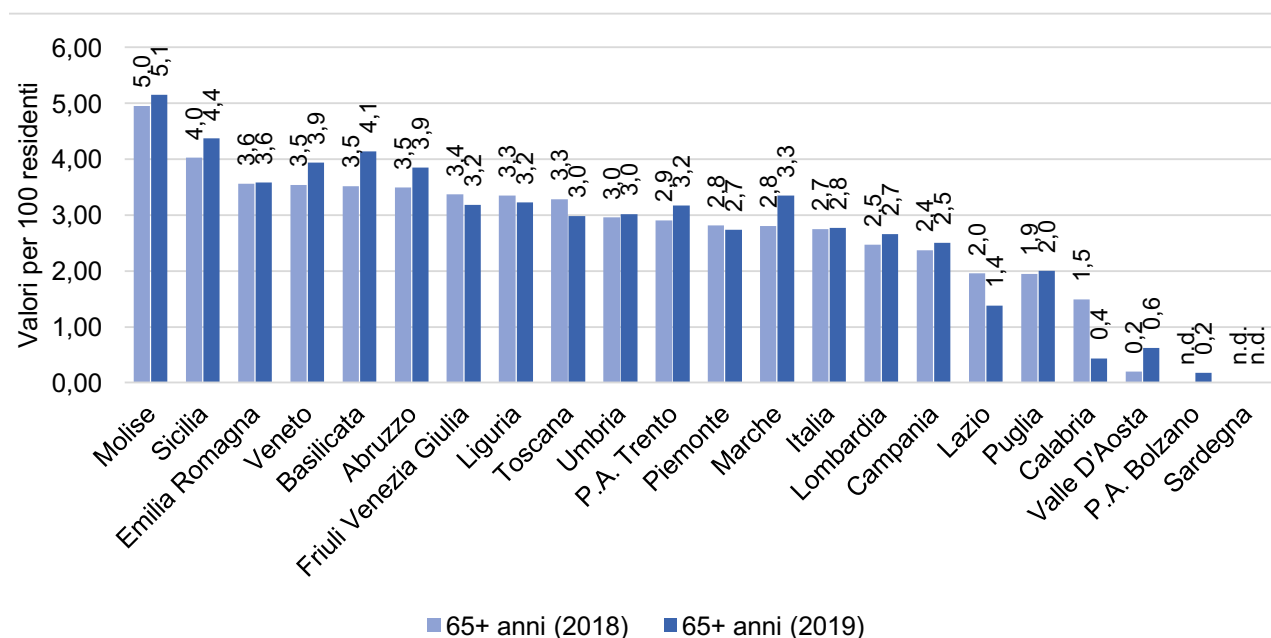


Figura 2.4. Confronto tra il numero di over 65 (per 100) destinatari di ADI nel 2019 e nel 2018.

Fonte: Ministero della Salute (2020). Elaborazione di Italia Longeva.

Regione	Prese in carico (PIC) 2019										Assistiti (65+ anni) 2019	Assistiti (75+ anni) 2019	Assistiti per 100 abitanti (65+ anni) 2019	Assistiti per 100 abitanti (75+ anni) 2019
	GdC 0*	CIA Base**	CIA 1	CIA 2	CIA 3	CIA 4	Totale							
Piemonte	4.760	41.827	22.700	10.087	1.736	8.547	89.657	30220	25.358	2,7	4,3			
Valle d'Aosta	4	49	94	62	17	53	279	185	139	0,6	0,9			
Lombardia	75.125	24.848	41.352	76.606	9.771	26.074	253.776	59864	50.237	2,7	4,3			
P. A. Bolzano - Bozen	15	195	152	46	7	25	440	183	146	0,2	0,3			
P. A. Trento	420	4.802	3.278	1.350	239	677	10.766	3714	3.101	3,2	5,2			
Veneto	1.788	85.634	43.927	19.935	3.232	11.719	166.235	43652	37.462	3,9	6,6			
Friuli Venezia Giulia	1.177	7.786	7.866	3.424	442	1.429	22.124	10034	8.349	3,2	5,1			
Liguria	592	1.306	8.703	6.376	633	1.709	19.319	14246	12.076	3,2	4,9			
Emilia Romagna	17.601	61.783	29.143	12.636	2.002	10.054	133.219	37970	32.909	3,6	5,8			
Toscana	13.592	45.599	19.862	9.112	1.416	6.042	95.623	28095	23.910	3,0	4,8			
Umbria	330	2.976	4.494	2.216	359	1.253	11.628	6738	5.941	3,0	5,0			
Marche	567	2.211	7.867	5.853	640	2.360	19.498	12566	10.871	3,4	5,4			
Lazio	1.527	2.184	7.288	8.573	1.250	3.554	24.376	17403	15.153	1,4	2,4			
Abruzzo	1.788	1.958	3.794	7.395	1.383	3.300	19.618	11936	10.051	3,9	6,2			
Molise	888	1.361	2.520	3.563	476	2.153	10.961	3848	3.304	5,2	8,3			
Campania	1.365	2.471	8.257	22.330	3.732	10.627	48.782	26936	21.928	2,5	4,4			
Puglia	1.801	8.499	15.455	16.104	2.811	10.951	55.621	17568	14.450	2,0	3,4			
Basilicata	339	1.208	1.759	2.491	597	2.485	8.879	5307	4.483	4,1	6,7			
Calabria	566	266	726	1.078	114	253	3.003	1811	1.504	0,4	0,7			
Sicilia	2.706	3.969	11.464	32.900	5.258	14.200	70.497	45765	36.574	4,4	7,1			
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0			
Italia	126.951	300.932	240.701	242.137	36.115	117.465	1.064.301	378.041	317.946	2,8	4,6			

Tabella 2.1. Cure domiciliari erogate (flusso SIAD) durante l'anno 2019.

GdC=Giornate di presa in carico; CIA= Coefficiente di intensità assistenziale; n.d.= non disponibile.

Fonte: Ministero della Salute - NSS - Sistema informativo per l'assistenza domiciliare (SIAD) - DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. - anno 2019

Elaborazione a cura dell'Ufficio III - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica

* In questo caso, la data del primo e dell'ultimo accesso coincidono.

** Tale livello non è assimilabile a quelli previsti dalla Commissione LEA, tuttavia si introduce, su specifica richiesta di alcune regioni, per misurare nell'assistenza domiciliare la numerosità dei PAI con CIA compresi tra 0 e 0,13. Questo livello viene inserito anche per evidenziare una necessaria distinzione dall'assistenza domiciliare prestazionale.

**Assistenza sociosanitaria residenziale:
aggiornamento 2019**

Quando condizioni croniche di fragilità e disabilità sono responsabili di un incremento del bisogno assistenziale – che diventa continuativo – così come in assenza di un supporto minimo da parte del nucleo familiare, il ricorso a prestazioni assistenziali residenziali e semiresidenziali, erogate presso idonee unità d’offerta accreditate per la specifica funzione, è essenziale.

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), attraverso la realizzazione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell’Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (FAR), intende raccogliere sistematicamente informazioni associate alle prestazioni erogate in ambito residenziale e semiresidenziale per anziani o soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche. Il flusso informativo per le prestazioni residenziali e

semiresidenziali, dettagliato nel disciplinare tecnico del decreto Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008 “Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali”, coerentemente con quanto previsto nelle tre sezioni della scheda “Flusso Informativo Assistenza Residenziale per anziani” (FAR) fa riferimento alle seguenti informazioni:

- a. Identificazione della struttura erogatrice;
- b. Identificazione dell’assistito;
- c. Dati amministrativi relativi all’accesso;
- d. Dati amministrativi relativi alla dimissione;
- e. Dati relativi alla tariffa giornaliera applicata;
- f. Valutazione sanitaria dell’assistito.

Riportiamo in Figura 2.5 la serie storica relativa al numero di anziani residenti in residenze sanitarie assistenziali (RSA) nel periodo 2014-2019 (tracciato FAR). Come si evince dai dati, in Italia, nel 2014 281.470 persone over 65 risiedevano in RSA, un numero che ha subito una deflessione negli anni

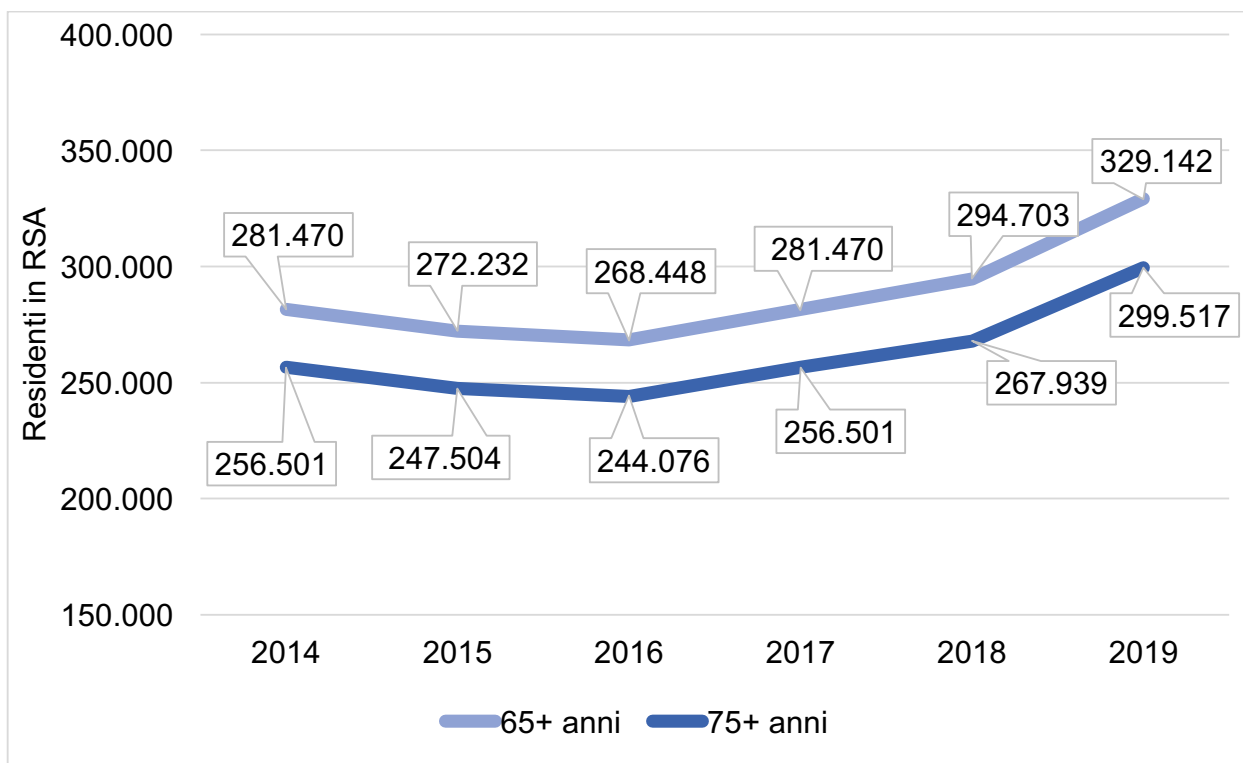


Figura 2.5. Numero di anziani (65+ e 75+) residenti in RSA. Serie storica 2014-2019.

Fonte: Ministero della Salute (2020). Elaborazione di Italia Longeva.

2015 e 2016 per poi risalire fino alle 329.142 unità registrate nel 2019, pari al 2,4% della popolazione over 65 nel 2019. Tra questi, 299.517 individui (ovvero il 91% degli over 65 residenti in RSA) presentano un'età uguale o superiore ai 75 anni.

Similmente a quanto riscontrato per le cure domiciliari, a fronte di una percentuale media di over 65 assistita in RSA pari al 2,4%, anche l'offerta di posti letto in setting residenziale presenta notevoli differenze tra le varie Regioni italiane. Nel 2019 la Provincia Autonoma di Trento riportava la maggiore percentuale di over 65 residenti in RSA pari al 9,6% (9,4 nel 2018), seguita da Piemonte col 4,5% degli over 65 (3,4% nel 2018), Lombardia 4,3% degli over

65 (3,8% nel 2018) e Friuli-Venezia Giulia con il 4,0% degli over 65 (3,0% nel 2018). Al contrario, tra le Regioni che hanno riportato nel 2019 una copertura inferiore troviamo Campania con lo 0,1% degli over 65 (0,1% nel 2018), Basilicata con lo 0,5% degli over 65 (0,5% nel 2018), Puglia con lo 0,8% degli over 65 (0,8% nel 2018) e Lazio e Sicilia con l'1% degli over 65 (0,8% e 0,9% nel 2018, rispettivamente). Nessun dato risulta pervenuto riguardo la Provincia Autonoma di Bolzano e Sardegna.

La Figura 2.7 mostra il confronto regionale tra la percentuale di individui over 65 riceventi servizi ADI e quelli residenti in RSA nel 2019. Dal confronto si evince come la maggior parte delle

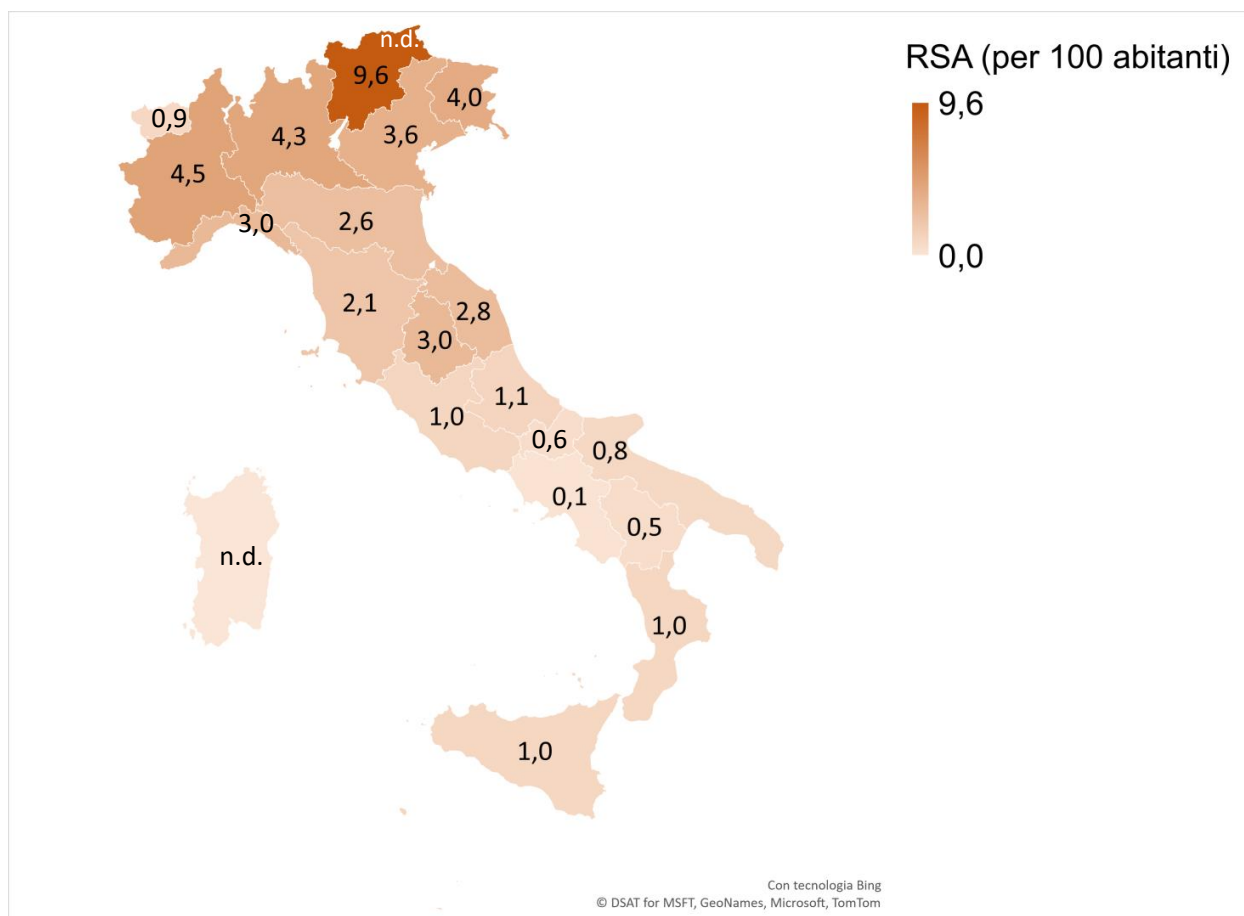


Figura 2.6. Percentuale di anziani over 65 residenti in residenze sanitarie assistenziali (RSA) nel 2019.

Fonte: Ministero della Salute (2020). Elaborazione di Italia Longeva.

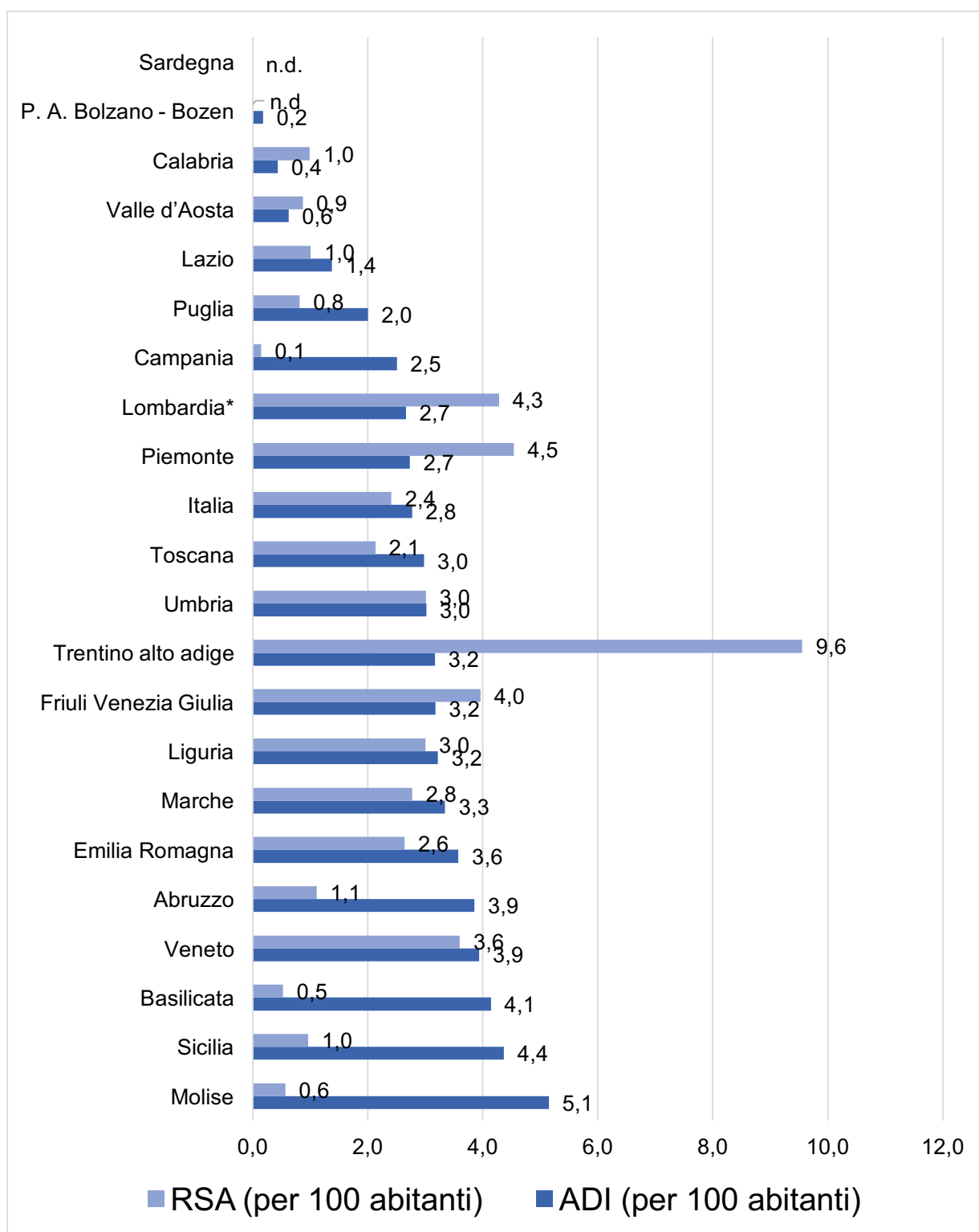


Figura 2.7. Confronto Regionale tra la percentuale di anziani over 65 riceventi ADI e residenti in RSA nel 2019.

Fonte: Ministero della Salute (2020). Elaborazione di Italia Longeva.

Regioni offra prevalentemente servizi assistenziali domiciliari, dato in linea con la prevalenza del bisogno assistenziale tra la popolazione. Tuttavia, si osservano realtà dove la copertura di ADI e RSA sulla popolazione degli over 65 oscilla intorno alle stesse percentuali, come ad esempio in Umbria (3,0% e 3,0%, rispettivamente), e Liguria (3,2% e 3,0%, rispettivamente). Al contrario, vi sono realtà che mostrano un maggiore potenziamento delle cure residenziali rispetto a quelle domiciliari, come nel caso della Provincia Autonoma di Trento (9,6%), Piemonte (4,5%), Lombardia (4,3%), Valle D’Aosta (0,9%) e Calabria (1,0%).

Cure palliative

Nell’ambito della long-term care i malati terminali rappresentano una particolare categoria di assistiti che per la rapida evolutività della loro condizione sottostante, la inevitabile intensificazione dell’assistenza (non prettamente medica) e i risvolti psicologici per il paziente stesso e la sua famiglia, necessita di un impianto organizzativo flessibile, responsivo e se possibile personalizzato. L’Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le cure palliative come “...un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della

sofferenza per mezzo di un’identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicofisica e spirituale”.

Le cure palliative vengono declinate come un modello di cura che pone il malato e la sua famiglia al centro del gesto assistenziale. La rete assistenziale che si occupa del malato terminale si serve di una varietà di setting tra loro diversificati ma complementari (ambulatorio, ospedale, ADI e hospice) e di un team multidisciplinare che attua un processo di personalizzazione delle cure in funzione dello stato clinico del paziente e delle sue preferenze, così come quelle dei familiari col fine ultimo di mantenere o migliorare la qualità della vita. La Rete Locale di Cure Palliative è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale. Le strutture residenziali per anziani o disabili garantiscono le cure palliative ai propri ospiti anche avvalendosi della unità di cure palliative domiciliari territorialmente competente.

In Italia, tuttavia, l’erogazione di cure palliative viene effettuata in maniera differenziata tra le varie Regioni italiane. Si tratta talvolta di una categoria di assistenza primariamente erogata in regime di ADI, altre volte rientra in processi organizzativo-

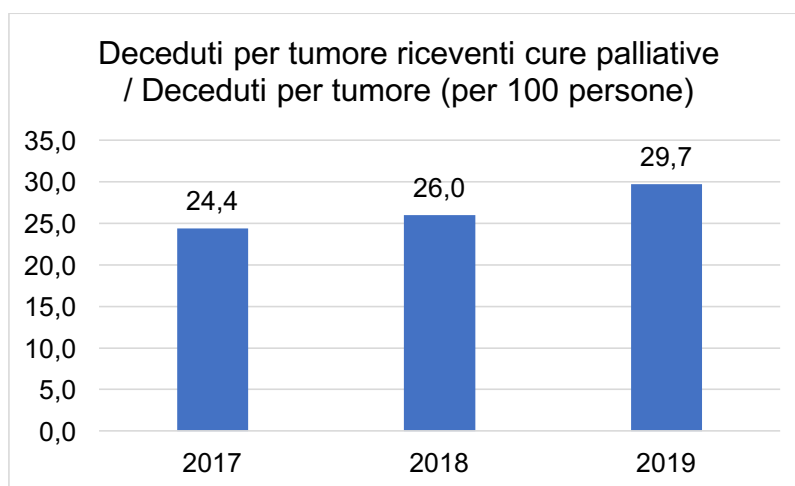


Figura 2.8. Rapporto tra numero di deceduti per patologia tumorale ricevuti cure palliative e il numero dei malati deceduti per malattie tumorali (per 100) in Italia nel periodo 2017-2019.

Fonte: Ministero della Salute (2020). Elaborazione di Italia Longeva.

assistenziali del tutto separati, gestiti per esempio dall'ospedale. Va comunque ricordato che non essendo possibile tracciare una netta linea di demarcazione tra bisogni di assistenza domiciliare che scaturiscono da patologie croniche e disabilità, e quelli relativi alla terminalità di malattie oncologiche o neurodegenerative gravi, una continuità assistenziale a carattere sanitario viene sempre garantita, almeno nella teoria, a prescindere dal modello assistenziale locale.

Sin dal 2012 viene istituito il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli hospice (DM 6 giugno 2012) che consente il tracciamento dei volumi di attività erogata in regime di palliazione dalle varie Regioni e Province Autonome. In Italia nel 2019, tra i 167,501 deceduti

per causa di tumore, 49,721 (29,7% del totale) sono stati assistiti dalla rete delle cure palliative presso il proprio domicilio o in hospice. Il rapporto tra numero di deceduti per patologia tumorale ricevuti cure palliative e il numero dei malati deceduti per malattie tumorali nello stesso anno rappresenta un importante e utile indicatore che consente il monitoraggio regionale e nel tempo della capacità di garantire cure palliative. Da un'analisi di questo indicatore (Figura 2.8) si evince come in Italia l'offerta di cure palliative domiciliari e in hospice stia vivendo un trend in crescita. La copertura media nazionale mostra infatti una crescita delle cure palliative ai pazienti neoplastici che va dal 24,4% registrato nel 2017 al 29,7% registrato nel 2019.

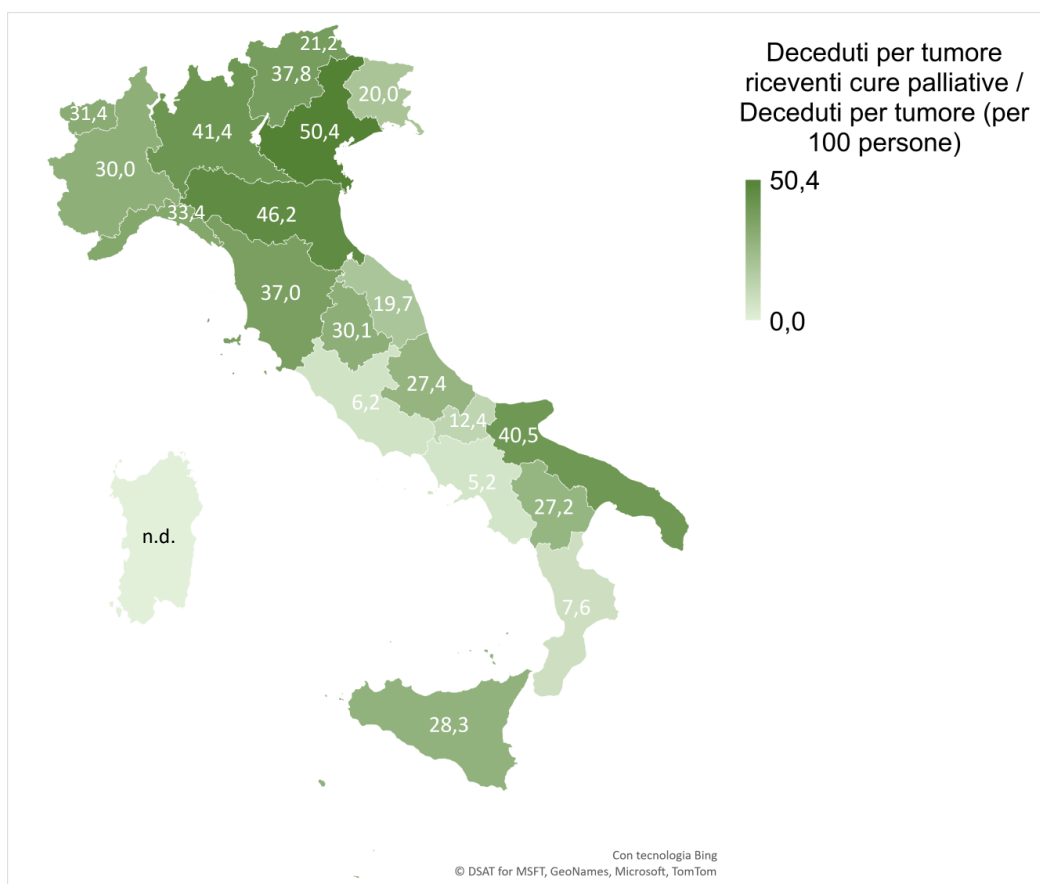


Figura 2.9. Rapporto tra numero di deceduti per patologia tumorale ricevuti cure palliative e il numero dei malati deceduti per malattie tumorali (per 100) nel 2019.

Fonte: Ministero della Salute (2020). Elaborazione di Italia Longeva.

Come descritto nel contesto di altri ambiti assistenziali della long-term care, anche in questo caso si nota un differente livello di sviluppo dell'offerta di cure palliative territoriali tra le diverse Regioni (Figura 2.9). Tra le Regioni che nel 2019 registrano una maggiore offerta di cure palliative in regime domiciliare e hospice ai pazienti deceduti per malattia tumorale troviamo Veneto (50,4%), Emilia Romagna (46,2%), Lombardia (41,4%) e Puglia (40,5%). Al contrario tra le Regioni che registrano una minore copertura troviamo Campania (5,2%), Lazio (6,2%), Calabria (7,2%) e Molise (12,4%).

Il rilancio della long-term care nel corso della pandemia

I provvedimenti legislativi adottati in via di urgenza per fronteggiare la pandemia da COVID-19 hanno comportato, in generale, in tema di tutela della salute, un complessivo rafforzamento del Servizio sanitario nazionale, nelle sue diverse articolazioni territoriali, che sembra perfettamente inquadrarsi negli Obiettivi 3 (garanzia della salute) e 10 (riduzione delle disuguaglianze), indicati tra gli obiettivi di sviluppo sostenibile da raggiungere entro il 2030, definiti in sede di Agenda globale per lo sviluppo sostenibile, approvata il 25 settembre 2015 dai Paesi membri delle Nazioni Unite. Essi si inquadrano, altresì, nella logica ispiratrice del Financing For Sustainable Development Report, curato dalle Nazioni Unite in collaborazione con 60 agenzie della inter-agency task force on financing for development, pubblicato il 4 aprile 2020 ed elaborato con preciso riferimento alla gravissima crisi economica, sociale e sanitaria conseguente alla pandemia da Covid-19, il quale contiene l'invito ai Governi degli Stati ad agire con rapidità e con misure adeguate al fine di rispondere ai bisogni immediati le cui proporzioni in molti Paesi sono tali da poter determinare una crisi globale di sistema. Pur avendo come destinatari i Paesi in via di sviluppo, il Rapporto contiene delle indicazioni operative e, a tal riguardo, le iniziative predisposte e in corso di realizzazione nel nostro Paese, potrebbero costituire, in virtù anche dell'imminente assunzione da parte dell'Italia della Presidenza del Tavolo di coordinamento G20 Salute, un preciso riferimento da porre a disposizione della platea internazionale.

Infine, il quadro normativo interno determinatosi a seguito del dilagare della pandemia si inquadra a pieno titolo nella Strategia nazionale per lo sviluppo sostenibile (SNSvS) approvato dal CIPE il 22 dicembre 2017, che ha tracciato le linee direttrici delle politiche economiche, sociali e ambientali finalizzate a raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile entro il 2030, con particolare riferimento all'azione di contrasto delle povertà ed esclusione sociale e di promozione della salute e benessere al fine di garantire le condizioni per lo sviluppo del capitale umano.

Tale strategia ha poi trovato un'applicazione operativa nella istituzione, presso la Presidenza del Consiglio della Cabina di Regia "Benessere Italia", entrata in funzione il 9 luglio 2019, con il compito di assicurare, entrata in funzione il 9 luglio 2019, con il compito di assicurare supporto tecnico-legislativo al Presidente del Consiglio nel coordinamento delle politiche del governo in materia di qualità della vita e dello sviluppo sostenibile e nel delineare la strategia nazionale per lo sviluppo sostenibile con riferimento alla più volte citata Agenda 2030. Sulla base della normativa emanata a livello nazionale dal febbraio di quest'anno e tenuto conto della documentazione prodotta dagli Uffici studi di Camera e Senato, nonché delle conseguenti misure di attuazione adottate a livello amministrativo generale, è possibile delineare il seguente quadro riassuntivo, ordinato per argomenti, concernente l'impatto che l'emergenza COVID-19 ha avuto sul raggiungimento dei predetti obiettivi, segnatamente alla luce delle misure strutturali introdotte. Occorre infatti sottolineare che oltre ai diversi Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri e alle ordinanze regionali e del Ministero della salute finalizzati a contenere gli effetti epidemiologici, attraverso misure di sorveglianza sanitaria, sono stati emanati diversi decreti-legge contenenti misure urgenti che, sotto il profilo sanitario, hanno comportato un consistente incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard. Il decreto c.d. Cura Italia ha impegnato le Regioni e le Province autonome a redigere programmi operativi per utilizzare ed amministrare tali risorse incrementali, con monitoraggio congiunto del

Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle finanze. Inoltre, esso ha delineato le modalità organizzative di figure preposte alla gestione dell'emergenza. In particolare, il decreto-legge cd. Liquidità, ha previsto misure strutturali potenziando le dotazioni di vario genere e i servizi di emergenza. Con riferimento all'assistenza ospedaliera, è stato attivato un modello di cooperazione interregionale coordinato a livello nazionale, con il coinvolgimento delle strutture pubbliche e private accreditate. Le Regioni sono state chiamate ad attivare specifiche Centrali operative regionali, dotate di apposito personale e di apparecchiature per il telemonitoraggio e la telemedicina, con funzioni di raccordo fra i servizi territoriali e il sistema di emergenza-urgenza, allo scopo di garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali. In linea con tali misure, è stata inoltre potenziata l'assistenza domiciliare integrata - ADI, con la finalità di intensificare le prestazioni domiciliari, diminuendo il ricorso a forme di assistenza e cura istituzionalizzate (lunghe degenze e ricoveri in RSA).

Il DL. cd. Rilancio ha previsto il potenziamento e la riorganizzazione della rete dell'assistenza territoriale, oltre che il potenziamento della rete ospedaliera, in particolare dei reparti di pneumologia e virologia e dei Pronto soccorso. Le Regioni sono state impegnate ad istituire, fino alla fine del periodo emergenziale, Unità speciali di continuità assistenziale per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 senza necessità di ricovero ospedaliero. Evidentemente, però, a prescindere dalla durata di detto periodo, è da osservare come sia stato predisposto un modello organizzativo utilizzabile in futuro anche in occasione di qualsiasi altro tipo di emergenza sanitaria. Inoltre, per garantire maggiore supporto ai sistemi sanitari regionali è stata autorizzata l'istituzione, presso il Dipartimento della protezione civile, di unità composte da personale sanitario (medici e infermieri) e sociosanitario (OSS), reclutato su base volontaria attraverso appositi bandi. Nel dettaglio, sia i decreti-legge (successivamente tutti convertiti in legge) che le circolari ministeriali di

attuazione hanno inciso, sotto l'aspetto strutturale, sulle seguenti aree di intervento.

Potenziamento dell'assistenza ospedaliera.

La circolare del 29 febbraio 2020 n. 2619 del Ministero della salute ha dettato le Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da COVID-19, disponendo che le Regioni predisponessero un piano di emergenza per garantire idonei livelli di trattamento attraverso un adeguato numero di posti letto di terapia intensiva, individuando a tal fine una o più strutture da dedicare alla gestione esclusiva del paziente affetto da COVID-19. Successivamente, la circolare del Ministero della salute del 1° marzo 2020 ha richiesto che fosse attivato un modello di cooperazione interregionale coordinato a livello nazionale, con il coinvolgimento delle strutture pubbliche e delle private accreditate che prevedesse, a livello regionale, un incremento del 50 % dei posti letto in terapia intensiva e del 100 % in pneumologia. Per affrontare la "fase di convivenza con il virus", l'articolo 2 del Decreto Rilancio ha previsto un rafforzamento strutturale della rete ospedaliera del Ssn mediante l'adozione di specifici piani regionali di riorganizzazione, in grado di fronteggiare in maniera adeguata le emergenze pandemiche come quella da COVID-19 in corso. Più nel dettaglio, i piani regionali di riorganizzazione delle reti ospedaliere, sottoposti all'approvazione del Ministero della salute, sono recepiti nei Programmi operativi regionali per la gestione dell'emergenza COVID-19 (di cui all'art. 18 del decreto-legge n. 18 del 17 marzo 2020), e sono monitorati congiuntamente, a fini esclusivamente conoscitivi, dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze. La circolare n. 11254 del 29 maggio 2020, Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza Covid-19, reca criteri specifici finalizzati alla completa attuazione di quanto stabilito dall'art. 2 del decreto-legge n. 34 del 2020 (potenziamento dei posti letto di terapia intensiva e della riconversione dei posti letto di terapia semi-intensiva). L'obiettivo è stato quello di rendere strutturale la risposta emergenziale all'aumento della domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione

epidemiologica, nonché per eventuali ed ulteriori emergenze epidemiche.

Potenziamento dell'Assistenza territoriale.

L'articolo 1 del Decreto Rilancio (decreto-legge n. 34 del 19 maggio 2020, convertito dalla L. n. 77 del 2020) ha accelerato la definizione delle misure delineate dal Nuovo Patto per la salute 2019-2021 per lo sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute afferenti alle reti territoriali Ssn. Alle misure già previste dal Nuovo Patto per la salute 2019-21, sono state aggiunte ulteriori disposizioni di prevenzione e cautela, individuate in ragione della pandemia in corso. Con le risorse a tal fine impegnate, le regioni e le province autonome dovranno predisporre, per il 2020, specifici piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale. I piani sono adottati con le seguenti finalità:

- Implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2, dei casi confermati e dei loro contatti;
- Intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus;
- Assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario.

I piani assistenziali sono recepiti nei Programmi operativi regionali per la gestione dell'emergenza Covid-19, previsti dall'art. 18, comma 1, del decreto-legge 18/2020, e sono monitorati congiuntamente, a fini esclusivamente conoscitivi, dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze in sede di monitoraggio dei citati programmi operativi. In tale contesto si è proceduto a rafforzare le unità speciali di continuità assistenziale (USCA) e a istituire e potenziare le Centrali operative regionali dotate con apparecchiature informatiche e di telemedicina, di raccordo con le USCA e i servizi di urgenza/emergenza. A tal riguardo l'art. 1, comma 8, del citato decreto-legge n. 34 del 19 maggio 2020, cd. Decreto Rilancio (L. n. 77 del 2020), per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e

sociosanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali per l'assistenza territoriale, ha impegnato le regioni e le province autonome ad attivare Centrali operative regionali, con funzioni di raccordo fra i servizi territoriali e il sistema di emergenza-urgenza. Le Centrali operative, dotate di apposito personale e di apparecchiature per il telemonitoraggio e la telemedicina, ricopriranno un ruolo centrale per il monitoraggio dei soggetti posti in sorveglianza attiva o in quarantena precauzionale, sia a domicilio sia negli immobili requisiti, coordinandosi, in caso di peggioramento delle condizioni cliniche, con i servizi di emergenza urgenza per una tempestiva ospedalizzazione. Per l'applicazione della telemedicina sono state emanate a cura dell'Istituto superiore di sanità specifiche indicazioni. Inoltre, il decreto Rilancio ha previsto, all'articolo 11, alcune modifiche alle disposizioni istitutive del Fascicolo (art. 12 del D.L. n. 179 del 2012 - L. 221/2012), finalizzate a potenziare e rafforzarne l'infrastruttura. È stata altresì abrogata la necessità del consenso dell'assistito per l'implementazione del Fascicolo, che in ogni caso resta necessario per la consultazione dello stesso. Si prevede, inoltre, l'istituzione dell'Anagrafe Nazionale dei consensi - e relative revoche - e dell'Indice Nazionale dei documenti del FSE, entrambi associati all'Anagrafe degli assistiti (ANA). Tramite il Portale nazionale FSE, è stato peraltro reso possibile l'accesso diretto online al Fascicolo da parte dell'assistito e degli operatori sanitari autorizzati. Con il decreto-legge n. 23 dell'8 aprile 2020 (L. n. 40 del 2020), all'articolo 38, sono state introdotte disposizioni per implementare l'uso della telemedicina a livello di medicina di base.

Assistenza territoriale integrata – ADI.

L'art. 1, comma 4, del citato Decreto Rilancio ha potenziato l'assistenza integrata territoriale - ADI, con la finalità di intensificare le prestazioni domiciliari, diminuendo il ricorso a forme di assistenza e cura istituzionalizzate (lunghe degenze e ricoveri in RSA). Le Regioni e le province autonome, nel rispetto dell'autonomia regionale in materia di organizzazione dei servizi domiciliari, dovranno utilizzare le risorse loro assegnate con riparto per:

- Assicurare le accresciute attività di monitoraggio

e assistenza connesse all'emergenza epidemiologica;

- Garantire il massimo livello di assistenza in favore dei pazienti in isolamento domiciliare o quarantenati, identificati attraverso le attività di monitoraggio;

- Rafforzare i servizi di assistenza domiciliare per tutti i soggetti fragili le cui condizioni risultano aggravate dall'emergenza in corso, ovvero per i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, bisognosi di cure palliative/terapia del dolore e in generale per le situazioni di fragilità.

L'ADI - Assistenza domiciliare integrata (definita dall'art. 22 Cure domiciliari del D.p.c.m. 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei LEA), comprende un insieme organizzato di prestazioni di natura sociosanitaria erogate presso il domicilio di persone disabili e non autosufficienti bisognose di assistenza di lunga durata. Le prestazioni si differenziano in relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale.

Strutture di prossimità.

Il citato Decreto Rilancio, all'articolo 1, comma 4-bis, ha previsto la sperimentazione, nel biennio 2020-2021 di strutture di prossimità, in cui vengano coinvolte tutte le istituzioni presenti sul territorio unitamente al volontariato locale ed a enti del terzo settore no profit, ispirate al principio della piena integrazione sociosanitaria per la promozione e la prevenzione della salute, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie più fragili. All'interno delle strutture dovranno essere proposti progetti che riducano le logiche di istituzionalizzazione, a favore della domiciliarità, e consentano la valutazione dei risultati ottenuti anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quali il budget di salute individuale e di continuità.

Residenze sanitarie assistenziali (RSA).

Nell'ambito delle strategie di prevenzione e controllo dell'epidemia si è resa necessaria la massima attenzione nei confronti dei gruppi di popolazione ospitati nelle RSA (anziani fragili con

patologie croniche, non autosufficienti, disabili) da considerarsi a maggior rischio di evoluzione grave.

Reti di microbiologia.

Al fine di rafforzare il Sistema di sorveglianza integrata COVID-19 (già operante a livello nazionale), il Decreto Rilancio (art. 1, commi da 1-bis a 1-quater del decreto-legge 34/2020) ha istituito le reti dei laboratori di microbiologia per la diagnosi di infezione da SARS-COV-2. Le regioni e le province autonome, responsabili della costituzione delle reti, sono tenute a individuare un laboratorio pubblico di riferimento regionale con il compito, operando in collegamento con l'Istituto superiore di sanità (ISS), di indicare, ai fini dell'accreditamento regionale, i laboratori di microbiologia pubblici e privati (in possesso dei requisiti prescritti dalla normativa di settore) idonei a far parte delle predette reti. Il laboratorio di riferimento regionale, con compiti di coordinamento regionale, è identificato dalle regioni e dalle province autonome sulla base delle indicazioni tecniche fornite dal Ministero della salute. I laboratori di microbiologia così individuati sono tenuti a trasmettere i referti positivi dei test molecolari al Dipartimento di prevenzione territorialmente competente. Le regioni e le province autonome, ricevuti i dati relativi ai casi positivi in tal modo riscontrati, li trasmettono all'ISS, mediante la piattaforma istituita ai fini della sorveglianza epidemiologica integrata del COVID-19.

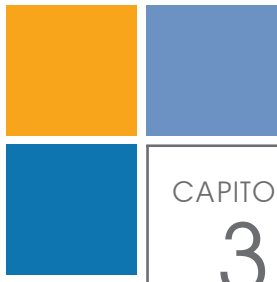
Unità speciali di continuità assistenziale.

Dal 10 marzo 2020, le regioni e le province autonome sono state impegnate ad istituire, presso una sede di continuità assistenziale già esistente, una Unità speciale di continuità assistenziale (USCA) ogni 50.000 abitanti per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero. Le USCA sono state costituite per consentire ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta e ai medici di continuità assistenziale (ex guardia medica) di garantire l'attività di assistenza territoriale ordinaria, indirizzando alle USCA, a seguito del controllo a distanza attraverso triage telefonico, i pazienti sospetti di essere affetti da COVID-19.

Distribuzione farmaci.

L'articolo 27-bis, comma 1, del richiamato Decreto Liquidità, in materia di distribuzione dei farmaci, ha esteso alle farmacie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale la possibilità di operare la distribuzione per conto dei farmaci erogati in regime di distribuzione diretta, consentendo agli assistiti

di ritirare presso tali farmacie aperte al pubblico i medicinali in confezione ospedaliera, in base a specifiche convenzioni regionali. Il decreto-legge n. 34 del 19 maggio 2020 (L. n. 77 del 2020) ha previsto con l'articolo 8 una semplificazione delle procedure di rinnovo delle ricette mediche.



CAPITOLO

3

FRAGILITÀ E MULTIMORBILITÀ

La sfida per per il SSN di un paese che invecchia

L'Italia è il paese più vecchio d'Europa. Secondo l'Istat nel nostro Paese vi sono oggi 13,5 milioni di over 65, pari al 22% della popolazione generale, tra questi questi, 5 milioni e mezzo sono affetti da 3 o più malattie croniche, 4 milioni presentano una disabilità grave e 4 milioni vivono da soli – il 75% di questi è rappresentato da donne. La coesistenza di numerose malattie croniche nella stessa persona – condizione nota come multimorbilità – non è solo un riscontro frequente in età avanzata ma, soprattutto, è causa di un'augmentata complessità clinica: le patologie interagiscono tra di loro, progrediscono sulla base di fattori comuni e le complicanze delle singole patologie si potenziano in modo sinergico dando luogo a quadri clinici di complessi inquadramento e gestione. La multimorbilità crea poi un terreno fertile – seppur non l'unico – perché una condizione di grande vulnerabilità, ovvero la fragilità, si instauri. Eventi patologici minori, quali ad esempio infezioni di lieve entità, possono avere effetti sproporzionati e imprevedibili sulle persone affette da fragilità, come la comparsa di complicanze di difficile gestione, la morte o una netta riduzione della autonomia, non sempre recuperabile. Multimorbilità e fragilità sono condizioni comuni nella popolazione anziana, che complicano notevolmente il processo assistenziale e che spesso sono prodromi dell'insorgenza di dipendenza e della conseguente disabilità. Ad oggi non vi sono stime attendibili riguardo la percentuale di anziani in Italia affetti contemporaneamente da multimorbilità e fragilità, ma dati di letteratura internazionale riportano una percentuale media del 6% tra gli over 60. Un dato che applicato alla demografia del nostro Paese corrisponderebbe a quasi un milione e mezzo di anziani. In assenza di adeguati reti territoriali, percorsi clinico-assistenziali efficienti, integrazione sociosanitaria e fitta comunicazione tra ospedale e territorio, questi numeri potrebbero mettere a repentaglio la

sostenibilità del SSN.

Accanto alla complessità di cui sopra, la popolazione anziana è caratterizzata da una grande eterogeneità: il numero e la tipologia delle malattie croniche e dei farmaci assunti, le condizioni socioeconomiche, la funzione fisica e quella cognitiva possono essere estremamente diverse tra una persona anziana e l'altra. Ne consegue che difficilmente il medesimo percorso di prevenzione, assistenza, diagnosi e/o cura potrà sortire lo stesso effetto in persone con un substrato biologico così differente: appare quindi evidente la necessità di promuovere percorsi di cura personalizzati. Seppur la personalizzazione del percorso di cura si sia ormai dimostrato l'obiettivo al quale mirare nella popolazione di interesse geriatrico, la sua applicazione non è esente da complicazioni. Una delle principali sfide è quella di identificare precocemente quelle persone che potrebbero giovare di una personalizzazione attenta e globale del percorso di cura, in on'ottica di ottimizzazione e sostenibilità.

Uno dei pochi sistemi di stratificazione del rischio di una popolazione, utilizzato da tempo e in molti setting, è l'età. Va ricordato però che la semplice misura dell'età cronologica si è dimostrata uno strumento poco capace di identificare persone con maggiore probabilità di sviluppare eventi avversi nella popolazione anziana: questo è verosimilmente dovuto al fatto che l'eterogeneità che si osserva in termini di caratteristiche cliniche, si rispecchia anche nel rischio di andare incontro ad eventi negativi (morte, ospedalizzazioni, cadute, reazioni avverse da farmaco, progressione di un'infezione virale etc). Ne consegue che l'età cronologica è uno strumento con poca capacità di stratificare il rischio proprio in quella fascia di popolazione dove il rischio assume i suoi valori massimi ed è più eterogeneo.

Al contrario, la valutazione della vulnerabilità della persona anziana si è dimostrata un ottimo strumento per la predizione e la stratificazione del rischio. Infatti, tutti gli strumenti creati per valutare la fragilità hanno mostrato performance ben superiori a quelle esibite dall'età cronologica, al punto da poter considerare la fragilità un buon indicatore dell'età biologica. Nella long-term care e nelle cure primarie riconoscere precocemente una persona come "fragile" potrebbe rivelarsi importante al fine di allocare in modo efficace le risorse, permettendo così di mettere in atto il complesso processo di personalizzazione del percorso di diagnosi, cura e assistenza.

Covid-19: stress-test per la long-term care

La recentissima pandemia da SARS-CoV-2 ha messo in grave crisi i sistemi sanitari di tutto il mondo. La vulnerabilità del SSN italiano è emersa scaturendo gravi ripercussioni: secondo dati Istat, in confronto alla mortalità media del periodo compreso tra 20 febbraio e 31 marzo del quadriennio 2015-2019, nel 2020 si sono riscontrati 25.354 decessi in più. Nelle aree più colpite, come la provincia di Bergamo, l'eccesso di mortalità relativo ha superato il 500%. L'impossibilità di inquadrare precocemente i malati di Covid-19 a rischio di sviluppare una patologia grave ha fatto sì che gli accessi al sistema ospedaliero fossero troppo numerosi per le risorse disponibili e i malati fossero ricoverati spesso in condizioni cliniche già gravi. L'impossibilità di monitorare in modo seriato i pazienti sul territorio ha giocato la sua parte. Inoltre, sempre secondo dati Istat, solo il 54% dell'eccesso di mortalità è costituito da persone decedute con una diagnosi principale di Covid-19. Al restante 46% hanno verosimilmente contribuito tre diverse popolazioni di malati. La prima è composta da malati ai quali non è stato possibile fare una diagnosi di infezione SARS-CoV-2: ad esempio, dati ISS relativi agli eventi avvenuti in un pool rappresentativo di RSA mostrano come del totale di 9154 decessi occorsi nel periodo compreso tra 1° febbraio e 5 maggio 2020, solo il 7,4% possedesse una diagnosi di infezione SARS-CoV-2 mentre più del 33% avesse sviluppato sintomi simil-influenzali. La seconda categoria è composta da persone caratterizzate da alta complessità

e vulnerabilità che a fronte di un nuovo evento infettivo, anche in forma clinicamente più lieve, hanno sviluppato gravi complicanze a carico di altri organi già deficitari, andando incontro ad exitus. Infine, la terza categoria individua da Istat è composta da persone affette da patologie acute non collegate all'infezione da SARS-CoV-2 ma che, a causa delle scarse risorse disponibili a livello territoriale e ospedaliero non hanno ricevuto tempestivamente le cure del caso. È verosimile che la possibilità di identificare in modo accurato e precoce le persone caratterizzate da un aumentato rischio di sviluppare l'infezione, di andare incontro alle sue complicanze multi-sistemiche o di essere colpite da altre patologie acute ad alta mortalità avrebbe probabilmente permesso un utilizzo più efficace ed efficiente delle già ridotte risorse disponibili.

La misura della fragilità in Medicina Generale in Italia

Il medico di medicina generale (MMG) riveste un ruolo centrale nell'erogazione delle cure primarie: rappresenta per il cittadino il primo contatto con il SSN e coordina il suo percorso di cura. Facendosi carico delle necessità del cittadino, riduce il numero di accessi al sistema ospedaliero e fa sì che le valutazioni e l'iter diagnostico-terapeutico-assistenziale del paziente siano il più coerente possibile con i principi di adeguatezza, egualità e sostenibilità. In questa condizione, risulta di fondamentale importanza che il MMG riesca a identificare in modo accurato quelle persone caratterizzate da necessità maggiori, sia in termini quantitativi che qualitativi. Individuare precocemente questi utenti potenziali, contraddistinti da un'alta complessità, permette di porre in atto strategie preventive, organizzative, assistenziali e diagnostico-terapeutiche personalizzate, con anticipo e "spazio di manovra", migliorando la salute e gli outcome dei pazienti e riducendo il carico sui restanti setting assistenziali. La prima e più importante limitazione alla creazione di un percorso di cura personalizzato è quella del tempo: modificare protocolli e linee guida per adattarli a piccoli gruppi omogenei di persone è un compito arduo, complesso e che spesso non può essere svolto nei limitati slot di tempo a disposizione del

MMG. A questo, si aggiunge che la valutazione e la presa in carico di persone caratterizzate da un'elevata complessità deve essere necessariamente globale: la capacità di muoversi, la funzione cognitiva, la condizione sociale, abitativa ed economica devono essere prese in considerazione, insieme alla complessa interazione di numerose patologie e terapie croniche, durante la costruzione di un percorso personalizzato. A sua volta, questo richiede tempo e, nella maggior parte dei casi, una formazione e un'esperienza ad hoc. Per il MMG, avere a disposizione uno strumento semplice per la valutazione della fragilità permetterebbe di allocare le risorse, sia le proprie che quelle del SSN, in modo efficace: questo, a sua volta, consentirebbe di migliorare gli outcome del paziente e di snellire il carico sul Sistema Sanitario.

Negli anni sono stati proposti numerosi strumenti per la valutazione della fragilità. Molti di questi strumenti si basano su test di performance fisica e, in alcuni casi, richiedono un addestramento specifico e/o l'utilizzo di strumenti, tempi e spazi non sempre disponibili nei setting delle cure primarie. Una soluzione alternativa è stata proposta agli inizi degli anni 2000: dal punto di vista teorico, l'aumentata vulnerabilità tipica della persona affetta da fragilità viene inquadrata come conseguenza dell'accumulo di "deficit" in numerosi organi e sistemi. La presenza di deficit riduce la riserva funzionale multi-sistemica e conseguentemente la capacità dell'intero organismo di mantenere l'omeostasi quando viene messo sotto stress da eventi esterni. Da un punto di vista più pratico, per "deficit" viene intesa qualsiasi caratteristica legata alla salute: la presenza di malattie croniche, la prescrizione di determinati farmaci, esiti patologici a test di performance fisica o cognitiva, valori fuori range agli esami ematici o reperti fuori norma in esami di imaging possono essere tutti considerati deficit. Si ottiene un "frailty index" (FI) sommando i deficit presentati da una persona e dividendo per il numero totale di deficit che si è deciso di considerare. In questo modo, ad esempio, una persona che presenta 10 dei 30 deficit presi in considerazione avrà un FI pari a 0,33. Questo approccio presenta molti vantaggi quando applicato a grandi registri o strumenti elettronici: in questi am-

biti, sono disponibili molti deficit che possono essere facilmente utilizzati per la creazione del FI e questo può essere direttamente calcolato dal software in possesso dell'utente finale. Nel Regno Unito è stato proposto pochi anni fa un FI basato sui dati a disposizione nel software utilizzato dai MMG, ottenendo così uno strumento facile, con buona capacità di stratificazione e standardizzato per l'identificazione delle persone affette da fragilità.

La Società Italiana di Medicina Generale, in collaborazione con Italia Longeva e con il Karolinska Institutet di Stoccolma, ha recentemente intrapreso un progetto volto alla creazione di un FI (l'Health-Search Frailty Index; HS-FI) basato su un grande database proveniente dalle cure primarie e indirizzato all'integrazione dell'indice finale all'interno del principale software utilizzato dai MMG italiani. A questo scopo, sono stati identificati 101 deficit possibili, basati su codici di malattia (ICD-9), di farmacia (ATC), di esenzione (per reddito e invalidità) e di prestazione (nomenclatore tariffario nazionale). Grazie all'utilizzo di un algoritmo informatico già validato, sono stati selezionati i 25 deficit la cui combinazione fosse in grado di formare un FI caratterizzato da grande accuratezza nella predizione della mortalità, sia nel totale della popolazione over 60, sia in singoli sottogruppi eterogenei tra loro (persone con età superiore e inferiore a 70 anni, uomini e donne, abitanti nelle diverse aree geografiche italiane – nord, centro, sud e isole). L'HS-FI così ottenuto ha dimostrato anche una buona capacità di predizione del rischio di ospedalizzazione. HS-FI è stato inoltre validato in un database esterno contenente molte informazioni circa lo stato funzionale della popolazione di studio, dimostrandosi fortemente associato a indicatori di disabilità, altri strumenti di valutazione della fragilità e della sarcopenia. Infine, HS-FI ha anche dimostrato una buona accuratezza nella predizione dell'incidenza di cadute, di demenza e di disabilità fino a sei anni dopo la valutazione.

Nella Figura 3.1, si può osservare un grafico basato su valori di HS-FI (asse verticale) e di età cronologica (asse orizzontale). Le linee nere che attraversano il grafico rappresentano i vari percentili di di-

stribuzione di HS-FI nella popolazione maschile di diverse età. Ad esempio, la persona A e la persona B hanno la stessa età cronologica, ma due HS-FI diversi: A ha un valore di HS-FI superiore a quello del 90° dei maschi di 85 anni in carico agli MMG italiani, mentre B esibisce un valore di HS-FI minore e solo il 25% della popolazione dello stesso sesso e della stessa età presenta valori inferiori – quindi migliore stato di salute – rispetto al suo. La popolazione maschile di 85 anni con i valori di HS-FI mostrati da A e B è anche caratterizzata da una diversa mortalità a 3 anni, rappresentata dal colore del grafico. Dopo 3 anni dalla valutazione, infatti, uomini con HS-FI al 90° percentile e di 85 anni (come A) vanno incontro ad exitus in più del 33% dei casi. Viceversa, su 100 persone con HS-FI, età cronologica e sesso pari a quelli di B, 90 saranno ancora vive dopo 3 anni.

Questo strumento permette quindi al MMG di confrontare in modo rapido e intuitivo lo stato di fragilità di un proprio assistito con quella della popolazio-

ne italiana, ottenendo informazioni dirette anche circa il rischio di morte ed indirette circa il suo stato di funzione fisica e il rischio di sviluppare altri eventi negativi. Lo stesso strumento, inoltre, può essere utilizzato per valutare la velocità con cui una persona "invecchia". Valutazioni seriate dello stesso assistito, infatti, produrranno una serie di punti che potranno seguire il "fisiologico" invecchiamento osservato in Italia (i punti saranno allineati sulla stessa linea presente sul grafico) o mostrare un'accelerazione (o rallentamento) saltando, ad esempio da valori mediani di HS-FI a valori pari al 75° percentile per la stessa fascia di età, indicando un'accelerazione del peggioramento dello stato di salute globale.

In futuro, l'identificazione di persone con valori di HS-FI elevati, superiori a determinati cut-off, o di persone caratterizzate da un invecchiamento accelerato, permetterà di allocare le risorse in modo più efficace. Inoltre, l'HS-FI potrà essere integrato nel software di MMG con altri programmi di aiuto al

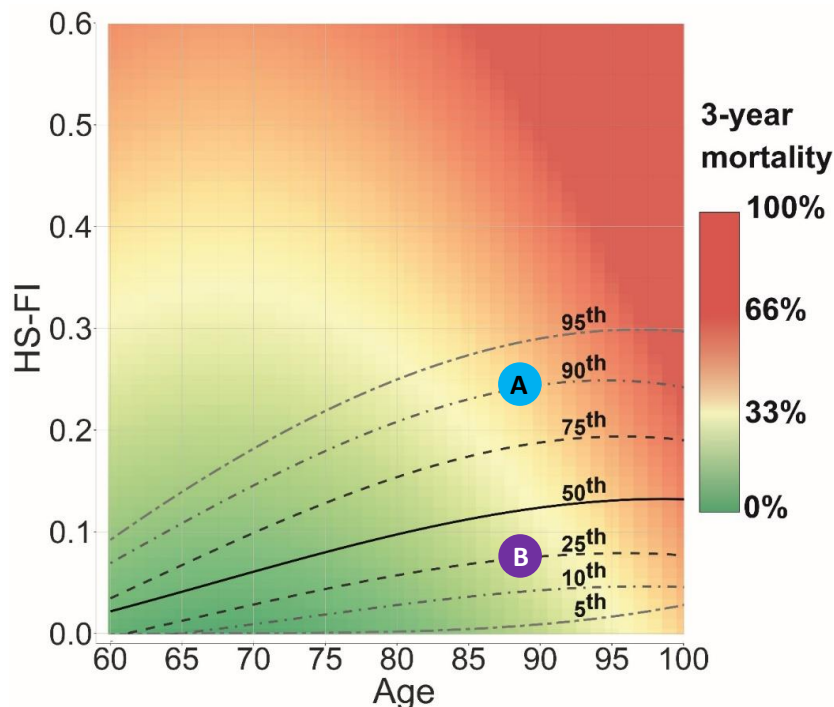


Figura 3.1. Valori di HS-FI di due ipotetici pazienti di 89 anni, A e B, che presentano un diverso livello di fragilità. La linea continua rappresenta il valore mediano di HS-FI presentato dalla popolazione in esame e le linee tratteggiate rappresentano i diversi percentili. Il rischio di mortalità a tre anni è rappresentato tramite gradiente di colore.

medico: ad esempio, il processo di revisione della terapia assunta potrà essere guidato e assistito dal programma MMG nelle persone che presentano valori di HS-FI superiori a determinate soglie. Ancora, il programma potrà consigliare di eseguire uno screening sullo stato nutrizionale o ricordare l'importanza delle vaccinazioni per quella fascia di persone più fragili e che spesso non frequentano l'ambulatorio di MMG. Ma riconoscere la fragilità non sarà sufficiente. In generale, le cure primarie avranno a disposizione uno strumento volto al riconoscimento precoce delle persone affette da fragilità, per le quali, in presenza di livelli di fragilità moderata ed elevata, sarà di primaria importanza eseguire una più accurata valutazione multidimensionale delle condizioni cliniche, funzionali, sociali e dei bisogni. A questa valutazione dovrà necessariamente far seguito la formulazione di un piano assistenziale individualizzato, con conseguente intervento di tutti gli attori facenti parte della rete della long-term care.

L' electronic frailty index in UK

L' electronic Frailty Index (eFI) è stato proposto nel Regno Unito nel 2016 da Andrew Clegg e colleghi: è stato costruito utilizzando i dati di 900.000 pazienti di Medicina Generale. L'eFI include 36 deficit (tra i quali limitazioni funzionali, malattie croniche, assunzione di un elevato numero di farmaci e un indicatore di vulnerabilità sociale – basati sui codici disponibili nei software dei MMG). L'eFI si è dimostrato discretamente accurato nella predizione della mortalità, dell'ospedalizzazione e dell'instituzionalizzazione a 1, 3 e 5 anni. Sono state inoltre identificate quattro categorie, volte a stratificare la popolazione in base alla propria vulnerabilità: in salute, lievemente fragile, moderatamente fragile o gravemente fragile. Il sistema sanitario nazionale britannico (NHS) stima che circa il 3% degli assistiti del MMG siano affetti da una fragilità grave e il 12% da fragilità moderata.

L'eFI è stato inserito dal NHS tra gli strumenti a disposizione dei MMG: per quanto l'eFI non sia l'unico strumento considerato per la valutazione della fragilità, il suo utilizzo viene fortemente consigliato. L'eFI, infatti, permette di utilizzare dati

già esistenti sul software del MMG (riducendo i tempi ed i costi), è standardizzato e validato in tutto il Regno Unito (permettendo il confronto, anche trasversalmente tra i setting) ed è già incluso in diverse linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), come quelle sulla gestione della multimorbilità. Il NHS sottolinea come l'eFI non sia uno strumento di diagnosi, bensì uno strumento volto alla stratificazione del rischio e all'identificazione delle persone affette da fragilità: in un documento ufficiale emesso da NHS viene infatti rimarcata l'importanza di integrare la valutazione derivante dall'eFI con il giudizio clinico.

NHS ha collaborato con altre Società Scientifiche britanniche (tra le quali la British Geriatric Society) al fine di fornire ai MMG strumenti di formazione per la presa in carico delle persone affette da fragilità. Ad esempio, NHS RightCare: Frailty Toolkit è un documento che riporta indicazioni circa l'importanza di personalizzare l'obiettivo di cura in base al grado di fragilità dell'assistito. Nel testo, tra le molte indicazioni, vengono sottolineate l'importanza di promuovere un invecchiamento "in salute" per le persone affette da fragilità lieve e la necessità di creare e sviluppare team multidisciplinari socioassistenziali per la cura domiciliare degli assistiti con fragilità grave. Ogni obiettivo è corredato di linee di indirizzo ed algoritmi che ne guidano il raggiungimento.

L'identificazione e la gestione della fragilità sul territorio è stata inclusa tra i nuovi obblighi contrattuali dei MMG britannici. Infatti, tutte le persone con più di 65 anni e affette da una fragilità moderata o grave in accordo all'eFI devono essere identificate. Per le persone affette da fragilità grave, il contratto impone ai MMG di eseguire una revisione completa della terapia farmacologica e del rischio di caduta almeno annualmente e di aggiornare in modo accurato il Summary Care Record (SCR - il fascicolo elettronico del paziente che contiene, oltre all'anamnesi, la terapia, le precedenti reazioni avverse da farmaci, le preferenze del paziente circa il fine vita, la lista dei supporti socio-assistenziali attivi ed i recapiti dei familiari e principali care-givers). Al MMG britannico viene inoltre consigliato di

svolgere la revisione terapeutica, la valutazione del rischio di caduta e di aggiornare la SCR anche per le persone affette da fragilità moderata. L' NHS ricorda inoltre che sia l'aggiornamento della SCR sia la revisione terapeutica possono essere svolte da un qualsiasi medico con le competenze necessarie (ad esempio, geriatria e farmacologo clinico).

La misura della fragilità in ADI e RSA

La complessità secondaria a multimorbilità e fragilità rappresenta, come già accennato, una situazione intermedia che spesso sfocia nella comparsa di disabilità. La perdita dell'autonomia funzionale implica la necessità di modificare il setting di cura: questo può avvenire sia portando valutazione e assistenza medico-infermieristica al domicilio (ADI), sia trasferendo la persona in un ambiente attrezzato per affrontare le complesse necessità assistenziali e sanitarie (RSA). Nell'ambito di setting assistenziali domiciliari o residenziale è, ancora una volta, fondamentale poter disporre di strumenti standardizzati e validi, che permettano di condurre – e confrontare tra di esse – valutazioni delle condizioni di salute di un individuo durante il suo percorso, agevolando così il buon funzionamento della "macchina" della continuità assistenziale.

La valutazione multidimensionale condotta da un team multidisciplinare è alla base della produzione di un piano di assistenza individualizzato efficiente e sostenibile. Come ripetutamente evidenziato da Italia Longeva nel corso di precedenti approfondimenti in tema di long-term care, in Italia la valutazione multidimensionale nei setting ADI e RSA non viene sempre espletata tramite strumenti validati a livello internazionale che permettono un reale follow-up degli assistiti nel loro passaggio tra i diversi setting assistenziali. È opinione condivisa dagli esperti che un solido strumento di valutazione multidimensionale, che esplori tutti i domini della salute di un anziano complesso, possa essere la base migliore per la stratificazione della popolazione e del singolo individuo in funzione del suo livello di fragilità.

Adottando una strategia analitica simile a quella del frailty index in Medicina Generale (HS-FI) e descritta nella precedente sezione, è in corso la costruzione

di un frailty index in grado di misurare lo stato di fragilità in ambiente ADI ed RSA impiegando come base la valutazione multidimensionale di terza generazione eseguita tramite strumenti InterRAI, specificatamente InterRAI Home Care (InterRAI-HC) e InterRAI Long Term Care Facility (InterRAI-LTCF). Gli strumenti della suite InterRAI sono ormai in utilizzo da tre decenni in tutto il mondo e diverse Regioni italiane hanno intrapreso il loro utilizzo. Si tratta di un'iniziativa di Italia Longeva, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, Karolinska Institutet di Stoccolma, e diversi membri internazionali del consorzio InterRAI. Le analisi finora condotte hanno portato alla definizione e validazione preliminare di un frailty index in grado di predire il rischio di mortalità di un anziano ricevente ADI o residente in RSA con la stessa accuratezza prognostica. Al momento, il frailty index è stato testato in 4274 anziani residenti in RSA umbre tra il 2014 e il 2018. Secondo questo indice solamente l'8% dei residenti in RSA umbre presentavano un grado di fragilità lieve o assente, il 38% presentava un livello di fragilità modesta, il 38% presentava una fragilità moderata e il 16% un livello di fragilità severa. La stretta correlazione tra multimorbilità e fragilità è emersa chiaramente nei residenti in RSA, tra i quali 8 su 10 presentavano almeno 2 malattie croniche.

Malattie	Prevalenza
Demenza	60%
Cardiopatía ischemica	37%
Depressione	31%
Disturbo d'ansia	30%
Deficit visivo (bbc)	29%
Deficit uditivo	27%
Ulcere da pressione	26%
Malattia cerebrovascolare	23%
Diabete	22%
BPCO	20%
Scompenso cardiaco	18%
Ipertensione arteriosa	16%
Cancro	9%

Tabella 3.1. Prevalenza di malattie croniche tra 4274 anziani residenti in RSA in Umbria nel periodo 2014-2018.

Coloro che presentavano un livello di fragilità lieve o assente soffriva in media di 2,7 malattie; coloro che presentavano un livello di fragilità modesto erano affetti da 3,4 malattie; coloro con fragilità moderata presentavano una media di 4,4 malattie; infine chi presentava una fragilità di grado severo soffriva mediamente di 5,6 malattie. Come evidente dalla Figura 3.2, il livello di fragilità era strettamente correlato al rischio di mortalità. Infatti, a sei mesi la mortalità era del 20% tra coloro con fragilità di livello moderato e addirittura del 50% tra coloro con fragilità severa. Al contrario, chi presentava i livelli più bassi di fragilità mostrava una mortalità a sei mesi inferiore al 5%. Lo stesso strumento sarà presto testato tra gli anziani riceventi servizi ADI in Italia, valutati con il medesimo strumento di valutazione multidimensionale.

Le potenzialità di una valutazione della fragilità in long-term care si presta a molteplici applicazioni con risvolti pratici sia a livello di sistema – organizzativi meso e macro – sia a livello individuale con benefici

per il singolo assistito. Conoscere la distribuzione dell'indice di fragilità dei residenti di una RSA potrebbe ad esempio essere impiegato per stimare con anticipo il carico assistenziale richiesto e le risorse da predisporre. Lo stesso vale ai livelli organizzativi superiori, come a livello di area geografica o di Regione. Il tracciamento nel tempo dello stato di fragilità medio degli assistiti in ADI di una Azienda Sanitaria aiuterebbe a descrivere quali sono i trend di salute globale tra la popolazione residente. Per il singolo assistito invece, ricevere valutazioni seriate del suo stato di fragilità, indipendentemente dal setting assistenziale in cui si trova, potrebbe aiutare i curanti a descrivere la sua traiettoria di salute e a identificare repentini discostamenti rispetto a quanto atteso oppure osservato fino a quel momento. Infine, la valutazione della fragilità nel singolo individuo in ADI o RSA potrebbe indirizzare decisioni terapeutiche e prognostiche. L'informatizzazione delle valutazioni e l'accessibilità di questo dato rappresenterà un elemento cardine per una implementazione di successo di questi nuovi strumenti di supporto clinico e assistenziale.

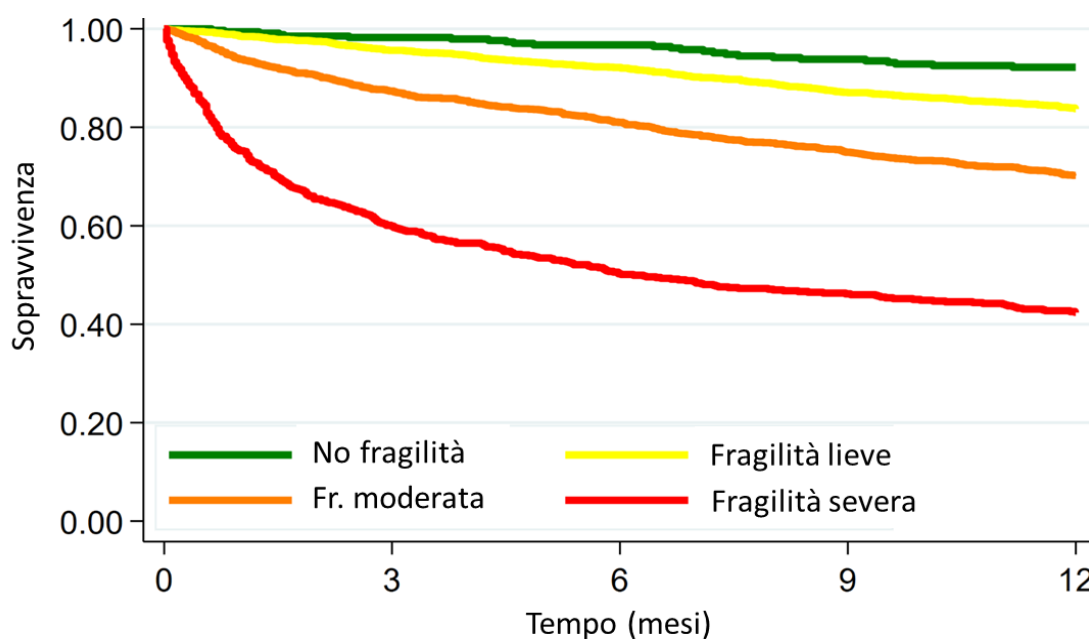


Figura 3.2. Curve di sopravvivenza per livello di fragilità di 4274 anziani residenti in RSA in Umbria nel periodo 2014-2018.

Le linee guida intersocietarie sulla multimorbilità e polifarmacoterapia

Il progressivo invecchiamento della popolazione ha determinato un crescente interesse per la formulazione di linee guida e di politiche sanitarie in grado di far fronte alla complessità clinica, sociale ed assistenziale degli anziani. Due dati, in particolar modo, giustificano tale interesse e ne sottolineano l'urgenza. Il primo dato, demografico, è rappresentato dalla stima che prevede che nel 2080 oltre un terzo della popolazione in Europa avrà un'età pari o superiore a 65 anni. Il secondo, epidemiologico, evidenzia come il processo di invecchiamento si associ ad un drastico accumulo di patologie e sindromi croniche, risultando in un progressivo aumento della prevalenza di multimorbilità e polifarmacoterapia. In particolare, se la presenza di due o più patologie croniche caratterizza già il 75% dei sessantenni (stime internazionali), tale condizione sembra colpire gli ultraottantenni nella loro quasi totalità. Una delle conseguenze della multimorbilità, la più diretta e probabilmente la più frequente nella popolazione anziana, è l'utilizzo di un elevato numero di farmaci. Questo fenomeno prende il nome di politerapia ed è comunemente definito come l'utilizzo contemporaneo di 5 o più farmaci nello stesso individuo. La prevalenza della politerapia nella popolazione anziana aumenta con l'avanzare dell'età e varia tra il 10% e 90%, con prevalenze superiori tra gli anziani assistiti in RSA. In Italia, secondo dati amministrativi OsMed, il numero medio di farmaci utilizzati da chi ha <65 anni è pari a 1.9, 7.4 nel gruppo d'età 80-84 e 2.8 tra gli ultra 95enni. Globalmente, in Italia, il 14.1% della popolazione anziana (>65 anni) utilizza 10 o più farmaci. I dati epidemiologici della recente pandemia da coronavirus hanno fatto emergere prepotentemente il ruolo giocato dalle malattie croniche e dalla multimorbilità nella prognosi di soggetti, per la maggior parte anziani, affetti da Covid-19. Ma quest'ultima vicenda non ha fatto altro che accendere i riflettori su qualcosa di già noto: la multimorbilità era già un'emergenza nel nostro paese ed è alla base dell'incremento del bisogno di cure domiciliari e residenziali, e al contempo aumenta il rischio di prognosi infausta

in individui fragili esposti ad infezioni (es. influenza, coronavirus) ed altri fenomeni quali cadute traumatiche o ondate di calore.

La multimorbilità e la polifarmacoterapia complicano non poco il corretto inquadramento dei pazienti anziani complessi e l'individuazione di un adeguato percorso clinico-assistenziale. Allo stesso tempo, l'applicazione delle attuali linee-guida per il trattamento di singole malattie croniche risulta inadeguato di fronte al malato anziano complesso, se non addirittura dannoso. Infatti, tali linee guida si basano su studi clinici di intervento che sistematicamente escludono pazienti molto anziani, fragili e complessi dai loro protocolli, lasciando irrisolto il quesito se determinati farmaci siano o meno efficaci anche in questa fascia della popolazione sempre più in espansione.

Nel 2020 – per la prima volta in Italia – sono state discusse e prodotte le linee guida per la gestione del paziente con multimorbilità e polifarmacoterapia. Si tratta di un'iniziativa della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia che ha coinvolto altre 5 società scientifiche (SIMG, SIGOT, FADOI, SIF, SIMI). Il documento è attualmente in attesa dell'approvazione del Sistema Nazionale Linee Guida e verrà pubblicato ad inizio 2021. Questo progetto ha avuto inizio nel 2019 quando il panel di esperti ha stabilito la necessità di formulare delle raccomandazioni in merito a 13 quesiti (Tabella 3.2) ritenuti rilevanti per la gestione clinica del paziente affetto da multiple patologie croniche e al contempo utilizzatore di numerosi farmaci.

A questa prima fase di pianificazione dei lavori è seguita una fase di revisione sistematica della letteratura che ha portato ad una valutazione critica delle evidenze scientifiche inerenti ai 13 quesiti. Riportiamo in Tabella 3.3 i principi emersi dalla revisione sistematica circa per la valutazione, prioritizzazione e la gestione delle cure nelle persone con multimorbilità. Tali principi hanno guidato il panel di esperti nella formulazione delle raccomandazioni contenute nel documento.

Una volta approvate, le raccomandazioni contenute nelle linee guida avranno diffusione nazionale e rappresenteranno le best practice da seguire, anche con valenza legale, in presenza

di individui multimorbidi e in polifarmacoterapia, in medicina generale così come in ambito specialistico. Queste linee rappresenteranno inoltre

un primo step per superare l'approccio focalizzato sulla singola malattia e definire un'assistenza più globale e omnicomprensiva.

	Quesiti
1	Quali principi sono importanti per la valutazione, prioritizzazione e la gestione delle cure nelle persone con multimorbilità?
2	Quale strumento identifica meglio le persone con multimorbilità a rischio di ricovero ospedaliero non pianificato?
3	Quale strumento identifica meglio le persone con multimorbilità a rischio di una ridotta aspettativa di vita?
4	Quali interventi sono efficaci nel ridurre la politerapia e ottimizzare il trattamento farmacologico?
5	Quali sono l'efficacia clinica e la costo-efficacia della riduzione della politerapia?
6	Quali sono l'efficacia clinica e la costo-efficacia della sospensione del trattamento antiipertensivo?
7	Quali sono l'efficacia clinica e la costo-efficacia della sospensione degli inibitori di pompa protonica?
8	Quali sono l'efficacia clinica e la costo-efficacia della sospensione del trattamento con statine?
9	Quali sono l'efficacia clinica e la costo-efficacia della sospensione del trattamento con aspirina o antiaggreganti piastrinici?
10	Quali sono l'efficacia clinica del trattamento con vitamina D?
11	Quali modelli assistenziali migliorano gli outcome nei pazienti con multimorbilità?
12	Quali sono l'efficacia clinica e la costo-efficacia del self-management e di programmi di pazienti esperti per le persone con multimorbilità?
13	Qual è l'efficacia della goal-oriented care per le persone con multimorbilità?

Tabella 3.2. Quesiti oggetto delle linee-guida Italiane sulla multimorbilità e polifarmacoterapia.

Paziente	Professionista sanitario	Sistema sanitario
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificare e comunicare le necessità, le priorità e le traiettorie di salute attese del paziente 2. Dare priorità alle preferenze e ai principi del paziente, accordandosi sugli obiettivi del trattamento 3. Valutare l'impatto tra condizioni di salute e relativi trattamenti sulla qualità della vita del paziente 4. Promuovere la condivisione delle decisioni mediche tra pazienti con multimorbilità, caregivers e professionisti sanitari 5. Supportare il self-management e la consapevolezza sulle proprie condizioni di salute, coinvolgendo attivamente pazienti con multimorbilità e caregivers. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interpretare le evidenze scientifiche e valutare il rapporto rischio/beneficio nell'usare LG specifiche per singole patologie 2. Supportare l'uso di un approccio di valutazione e gestione integrato per il paziente con multimorbilità 3. Valutare le interazioni tra malattie, trattamenti, e contesto di vita del paziente e la loro influenza sulla qualità di vita, sviluppando piani di cura personalizzati 4. Monitorare i pazienti nel tempo per decidere se iniziare, procedere, sospendere trattamenti usando, se necessario, sistemi di supporto decisionale validati 5. Adeguare decisioni e piani di cura tra pazienti, caregivers, e i diversi professionisti sanitari, considerando gli obiettivi, le priorità e le traiettorie di salute attese per il paziente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Migliorare la coordinazione e la continuità delle cure, ottimizzando le terapie e i piani di cura personalizzati 2. Integrare e promuovere la collaborazione tra le risorse sanitarie, sociali e territoriali 3. Sviluppare tecnologie e sistemi efficaci per la condivisione delle informazioni sanitarie 4. Promuovere l'educazione e la formazione professionale delle misure di prevenzione 5. Favorire cambiamenti del sistema sanitario e di sanità pubblica attraverso azioni di politica e legislazione, finanziamenti, e la promozione della ricerca sulla gestione della multimorbilità

Tabella 3.3. Principali raccomandazioni per la gestione della multimorbilità su diversi livelli di applicabilità

Paziente	Professionista sanitario	Sistema sanitario
<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicare con pazienti e caregivers, come parte integrante del processo prescrittivo 2. Considerare le preferenze del paziente e dei suoi familiari, l'aspettativa e la qualità della vita 3. Concordare con pazienti e caregivers obiettivi terapeutici realistici 4. Educare pazienti e caregivers sull'uso dei farmaci e sulle relative possibili reazioni avverse ed interazioni farmacologiche 5. Aumentare la consapevolezza del consumatore in merito alla polifarmacoterapia e al processo di deprescribing, promuovendo la discussione di tali tematiche con il medico prescrittore 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Discutere e concordare i piani di terapia con i pazienti, come parte integrante del processo prescrittivo 2. Evitare un approccio basato sulle singole malattie nei pazienti con multimorbilità. Valutare l'evidenza scientifica alla luce delle caratteristiche e delle preferenze del paziente 3. Utilizzare medicinali familiari al prescrittore, alla dose minima efficace e riducendo quanto più possibile la frequenza di assunzioni giornaliere 4. Prestare attenzione alle interazioni farmacologiche, alle reazioni avverse ed evitare la cascata prescrittiva 5. Eseguire periodicamente una revisione dei farmaci, valutando obiettivo, necessità, efficacia, sicurezza, efficienza, monitoraggio e, se necessario, sospendere il trattamento 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Migliorare lo sviluppo di sistemi per registrare eventi avversi legati all'uso di farmaci 2. Fornire piani di terapia con approccio multidisciplinare e personalizzato e facilitare la riconciliazione farmacologica nei passaggi tra diversi setting assistenziali 3. Promuovere la formazione sull'uso inappropriato di farmaci e fornire incentivi ai professionisti sanitari per ottimizzare la qualità nell'uso dei farmaci 4. Riconoscere e affrontare le influenze commerciali sulla polifarmacoterapia 5. Sviluppare piani strategici nazionali di ricerca su polifarmacoterapia e deprescribing, ed aggiornare le attuali LG alla luce di tali tematiche

Tabella 2. Principali raccomandazioni per la gestione della polifarmacoterapia su diversi livelli di applicabilità



Ringraziamenti

Si ringraziano per la preziosa collaborazione

Tiziana Bacelli

Servizio Mobilità sanitaria, gestione del sistema informativo sanitario e sociale - Osservatorio epidemiologico, Regione Umbria

Serena Battilomo

Direzione Generale della Digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, Ministero della Salute

Maria Donata Bellentani

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, Ministero della Salute

Paola Casucci

Servizio Mobilità sanitaria, gestione del sistema informativo sanitario e sociale - Osservatorio epidemiologico, Regione Umbria

Graziano Onder

Direzione Dipartimento Malattie Cardiovascolari, Endocrino-Metaboliche e Invecchiamento, Istituto Superiore di Sanità

Andrea Urbani

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, Ministero della Salute



Sistema Atl@nte è un'idea che si è evoluta in modello organizzativo e poi in uno strumento informativo e informatico. Un'idea di come devono funzionare i servizi secondo le migliori pratiche sviluppate nei vari contesti nazionali e internazionali. Di come vorremmo dovrebbe essere garantito il servizio: con professionalità, empatia, rispetto, comfort e senza spreco di risorse pubbliche. Nulla di trascendentale quindi, potremmo definirlo quasi buon senso.

Il modello organizzativo conseguente a quest'idea cerca di fare in modo che l'organizzazione che eroga il servizio possa plasmarsi costantemente alle esigenze delle persone assistite. Ovviamente per essere capaci di esprimere professionalità, empatia, rispetto, senza spreco di risorse occorre imparare a rilevare queste "esigenze" attraverso strumenti di valutazione e screening appropriati fiduciosi che tutto questo porterà ad un miglioramento della qualità senza un reale incremento di costi.

Su quest'idea abbiamo lavorato per 26 anni con un gruppo eterogeneo di professionisti che hanno disseminato l'idea e il modello in organizzazioni pubbliche e private italiane orientate all'innovazione, al cambiamento e alla misurazione dei risultati di salute. Organizzazioni che ovviamente hanno contribuito loro stesse a farci raffinare tale idea e ci hanno stimolato nel tramutarla in un modello organizzativo, in servizi consulenziali e formativi e in soluzioni informatiche uniche nel loro genere per completezza e capacità di realizzare un concreto modello di governance del territorio.

Diverse sono le esperienze delle organizzazioni con cui abbiamo lavorato in questi anni. Alcune delle più recenti nel contesto italiano riguardano gli effetti dell'uso di strumenti integrati per la continuità delle cure. Presso le Regioni Veneto, Lombardia, Umbria e Basilicata. In quest'ultima, in ordine di

avvio, si è prodotta una vera "rivoluzione" del sistema informativo territoriale (con impatti anche sull'organizzazione), testimoniata dalla Menzione speciale per il progetto Innovazione Sanitaria Digitale e Telemedicina nelle Aziende Sanitarie del Sud Italia, dove tutti i servizi di territorio useranno la medesima piattaforma, ovviamente differenziata per setting rispetto agli strumenti di valutazione. Nel percorso di continuità delle cure, gli stessi strumenti di screening usati in dimissione da Ospedale sono in avvio di utilizzo anche per i Medici (MMG e Pediatri) per valutare le persone eleggibili ad un percorso di cure domiciliari o di cure domiciliari palliative, nonché per l'individuazione delle persone da inserire in Attività Domiciliare Programmata. In questo modo il territorio finalmente risulterà veramente integrato.

Un altro interessante esempio è rappresentato dalla ASST di Lecco dove il percorso di continuità delle cure ha raggiunto il suo massimo livello di compimento. Il sistema prevede un'integrazione tra Ospedale e territorio che permette di attivare il territorio con le migliori risposte possibili e senza duplicazione di caricamento di dati. La soluzione prevede l'uso di strumenti di screening specifici (dotati di algoritmi proprietari) quali NecPal e InterRAI Contact Assessment, che aiutano l'operatore per: individuare la migliore servizio da attivare; l'urgenza della presa in carico territoriale; l'urgenza di procedere ad approfondimenti clinici per massimizzare i benefici per l'assistito e la famiglia. Il sistema rende anche disponibili indici prognostici e di carico assistenziale per una coerente attivazione in ambito di Cure Domiciliari.

www.sistematlante.it
www.studiovega.it



OSA - Operatori Sanitari Associati è una Cooperativa attiva nel campo dell'assistenza sanitaria e sociale dal 1985. Nata a Roma grazie all'impegno di un gruppo di medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali appena laureati che desideravano prendersi cura delle persone malate e non autosufficienti, nei primi anni di attività si occupa di offrire assistenza domiciliare ai malati di AIDS. Oggi OSA è uno dei principali player nel campo dell'assistenza domiciliare sanitaria e, nel tempo, è stata capace di diversificare la tipologia dei servizi offerti operando anche nell'ambito della residenzialità per anziani e persone con disabilità, nel settore specialistico della riabilitazione, nei servizi socioassistenziali ed educativi e nella erogazione di servizi assistenziali all'interno di importanti aziende ospedaliere.

Le persone al centro

OSA opera da oltre trent'anni nell'ambito dell'assistenza primaria, al fianco del Sistema Sanitario Nazionale o in regime privato, stabilendo un legame con il territorio e preservando un rapporto equilibrato con le istituzioni pubbliche. L'azione della Cooperativa è ispirata ai principi fondanti del movimento cooperativo mondiale e si riconosce nei valori di solidarietà, mutualità, democraticità, impegno e spirito comunitario. Una storia in costante evoluzione, con una compagine sociale sempre più grande, innovativa, professionale, capace di custodire lo spirito originario: quello di mettere sempre al centro le persone.

OSA sul territorio

La Cooperativa è presente in 6 regioni diverse (Lazio, Abruzzo, Puglia, Sicilia, Sardegna e Lombardia) dove con circa 3.600 lavoratori si prende cura di circa 47.000 assistiti, offrendo una

dimensione lavorativa e associativa caratterizzata da correttezza, professionalità e partecipazione democratica. I rapporti contrattuali che regolano l'assistenza derivano da percorsi di partecipazione a procedure di evidenza pubblica oppure, nelle Regioni in cui la normativa è stata recentemente rinnovata (Lombardia, Lazio e Sicilia), da percorsi di Accreditamento istituzionale.

Assistenza completa e di elevato livello e sistemi informativi web-based

Partendo dall'esperienza inizialmente maturata in ambito domiciliare con i malati di AIDS, OSA offre oggi ai propri utenti, spesso a elevata complessità clinica, un'assistenza completa e di elevato livello grazie anche allo sviluppo in proprio di sistemi informativi web-based che garantiscono pianificazione e monitoraggio dell'attività e consentono la gestione integrata dei vari servizi. Inoltre, consente alle Aziende committenti, ai medici curanti ed agli utenti stessi di monitorare costantemente la qualità del servizio.

L'importanza degli strumenti di Valutazione Multidimensionale

Il confronto costante con le istituzioni nazionali e regionali e i rapporti strutturali con le principali Università e con gli Istituti di ricerca hanno consentito alla Cooperativa di maturare una consistente esperienza nella gestione integrata dei pazienti complessi e multiproblematici, utilizzando strumenti di Valutazione Multidimensionale validati nei diversi setting assistenziali in cui opera (ADI, Residenze, Ospedali, Centri diurni).

La Transitional Care come investimento futuro

È proprio nello sviluppo della Transitional Care, intesa come presidio strutturato delle fasi di

passaggio fra i diversi setting assistenziali che la Cooperativa intende investire nei mesi e negli anni a venire, ponendosi nei confronti delle Regioni, delle Aziende Sanitarie e dei Distretti come partner esperto e affidabile nella gestione integrata di servizi di Assistenza Primaria.

Numeri e non solo

La Cooperativa offre servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (15 servizi), organizza servizi di Assistenza Sociale (12 servizi), gestisce in toto 3 RSA, 2 Centri specialistici di Riabilitazione e 2 Comunità Riabilitative per pazienti Psichiatrici. È inoltre presente con i propri servizi infermieristici e di supporto in 3 ospedali romani di importanza nazionale.

Nel corso del 2019 i pazienti assistiti da OSA sono stati complessivamente 47.142. Il 93% (43.839) di

questi ha ricevuto assistenza sanitaria e sociale a domicilio facendo registrare 2.126.962 accessi.

Nello stesso anno sono state erogate 2.224.213 ore di assistenza.

Nel 2019 i lavoratori sono stati 3.600, di questi 1.617 sono stati impegnati nei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata. Complessivamente le risorse impiegate direttamente nell'assistenza sono quasi il 94% del totale dei lavoratori e il rimanente 6% è addetto al coordinamento, alla direzione e alle attività impiegate.

OSA è una società prevalentemente femminile: le donne costituiscono il 67% dei lavoratori.

info@osa.coop

www.osa.coop



Vree Health Italia è un'azienda specializzata nella progettazione, sviluppo e commercializzazione di servizi e soluzioni di Connected Health.

La nostra missione è dare «più vita alla vita» offrendo servizi innovativi, basati sull'evidenza scientifica, che possano migliorare la qualità di vita e la salute delle persone.

Le nostre soluzioni consentono di generare:

- VALORE: la persona al centro. Offriamo soluzioni disegnate attorno alla persona. Un VALORE sociale, clinico ed economico comprovato da evidenze scientifiche.
- SOSTENIBILITÀ: la Salute come ricchezza. Offriamo servizi per migliori cure ad un minor costo complessivo per l'individuo ed il sistema sanitario
- INNOVAZIONE: Connected Health, il nuovo

paradigma. Ci occupiamo di Salute con rigore etico e scientifico, impiegando competenze e tecnologie di eccellenza per l'innovazione nei modelli di gestione della Salute.

Vree Health offre ad oggi 3 soluzioni:

- Chronic Plus®: servizi a supporto della presa in carico della cronicità
- Doctor Plus®: servizi per il monitoraggio della salute
- Doctor Plus® Analysis: servizi di diagnostica e monitoraggio dello stato di salute

Per maggiori informazioni visita il nostro sito:
www.vree.it

www.vree.it

ITALIA LONGEVA

PER L'INVECCHIAMENTO E LA LONGEVITÀ ATTIVA



www.italialongeva.it

SI RINGRAZIANO PER IL CONTRIBUTO NON CONDIZIONANTE

