

PROGEA

AGeSPI

Associazione Gestori servizi Socio-sanitari e cure Post Intensive



Per una politica di qualità nei Servizi Socio Sanitari

Studio AGeSPI/Progea
Novembre 2013



Per una politica di qualità nei Servizi Socio Sanitari



Prima edizione: novembre 2013
Tutti i diritti riservati a AGeSPI.
Via Bernardino Telesio, 4
00195 Roma

<http://www.agespi.it>

E' vietata la riproduzione, anche parziale, ad uso interno o didattico,
con qualsiasi mezzo effettuata, non autorizzata da AGeSPI.

Studio AGeSPI/Progea
Novembre 2013

Indice

Pag. 1

1. A cosa serve questo documento. Dichiarazione di intenti

Pag. 2

2. Gli anziani e la cronicità nell'attuale sistema organizzativo

2.1 Contesto demografico: ultimo censimento ISTAT

2.2 Gli anziani e la cronicità nel SSN

2.3 Evoluzione in atto: alcune esperienze che meritano attenzione

2.4 Evidenziare le criticità per ripensare il modello

Pag. 30

3. Cosa imparare dalle esperienze internazionali

Pag. 34

4. Gli elementi caratterizzanti la proposta di una nuova visione dei servizi

4.1 Valutazione dei bisogni e orientamento ai servizi

4.2 Articolazione e differenziazione dei servizi

4.3 Continuità della presa in carico e percorso nei servizi

4.4 Approccio olistico-esistenziale alla persona

4.5 Ripensare il modello di funzionamento attuale:

filiera delle responsabilità e regole del sistema

4.6 Modus operandi: sperimentare, valutare, istituzionalizzare

PREMESSA

Questo studio ha preso l'avvio, vari mesi fa, dalla constatazione che la riduzione dei trasferimenti finanziari dal Ministero della Salute alla Regioni aveva costretto quest'ultime – tutte non solo quelle obbligate a piani di rientro - a fare virtù della sostenibilità economica del sistema, dando luogo a un'intensa attività riformistica del modello di funzionamento/organizzativo/economico del SSN.

I tecnici degli Assessorati preposti si sono mossi e stanno tuttora agendo sui tre livelli essenziali: cure primarie; rete ospedaliera; rete territoriale socio-sanitaria. In quest'ultima realtà hanno preso protagonismo le post-acuzie e le sub-acuzie, mentre si è rafforzato e specializzato il contrasto alle fragilità, sia nel suo complesso sia in declinazioni specifiche, a cominciare da quelle degli anziani.

Si è cercato pertanto di comprendere le linee di lavoro in atto e tendenziali sull'intero territorio nazionale e in particolare in alcune Regioni, quelle che ci sono sembrate innovative in recenti provvedimenti, mettendole anche a confronto con quanto si sta realizzando in altri Paesi, purché tali esperienze estere potessero risultare di riferimento per l'Italia.

Lo sforzo di approfondimento ha condotto alla stesura del capitolo 4 concernente gli elementi caratterizzanti la proposta di una nuova visione dei servizi sociosanitari.

Antonello Zangrandi

Antonio Monteleone

1. A COSA SERVE QUESTO DOCUMENTO DICHIARAZIONE DI INTENTI

Il presupposto di partenza che ha fatto ravvisare la necessità di scrivere il presente documento risiede nel riconoscimento delle difficoltà che l'attuale modello di funzionamento/organizzativo/ economico del SSN nelle sue molte declinazioni regionali sta attraversando. Questo impone da una parte una presa di coscienza, dall'altra parte reali contributi al dibattito in corso, perché ci sia più materiale su cui ragionare ed effettuare ponderate scelte il cui impatto ricade sul futuro del Sistema Sociosanitario Italiano.

Il modello istituzionale deve ulteriormente adeguarsi con una moderna concezione di servizio sanitario. Certamente il panorama italiano è caratterizzato da punte di forte messa in discussione del sistema e di conseguenti slanci verso l'innovazione. Alcune regioni sono una fucina di quelle innovazioni e di quelle buone pratiche.

La crisi, e il conseguente ridimensionamento delle risorse, obbliga tutti, a tutti i livelli di responsabilità, ad aprirsi al confronto e a dare un apporto sulla base della propria esperienza e delle proprie competenze.

Questo documento vuole essere un contributo reale allo sforzo di analisi in corso sull'evoluzione del sistema.

Poiché per migliorare il sistema è indispensabile conoscerlo e metterlo a confronto con altre realtà, il documento è logicamente organizzato nei seguenti punti:

- approfondimento del tema degli anziani e dei cronici nell'attuale sistema organizzativo: a partire dall'evoluzione del contesto demografico ed epidemiologico, per approfondire le regole che governano il sistema, con un approfondimento sulle esperienze regionali innovative;
- approfondimento sintetico delle esperienze internazionali di integrazione e coordinamento;
- proposta di rinnovamento del sistema sintetizzate in 7 punti.

2. GLI ANZIANI E LA CRONICITÀ NELL'ATTUALE SISTEMA ORGANIZZATIVO

2.1 Contesto demografico: ultimo censimento ISTAT

La pubblicazione da parte dell'Istat dei risultati dell'ultimo Censimento della popolazione dei comuni italiani, permette di avere un quadro piuttosto preciso delle dinamiche demografiche del nostro paese. Per uno studio completo si rimanda al documento ufficiale, di seguito si propone una breve sintesi dei dati salienti¹.

La popolazione censita negli 8.092 comuni italiani ammonta a 59.433.744 unità. Tale popolazione si distribuisce per il 45,8% nell'Italia Settentrionale, per il 19,5% in quella Centrale, per il restante 34,7% nell'Italia Meridionale e nelle Isole. Più del 50% dei residenti è concentrato in 5 regioni, una per ciascuna ripartizione geografica (Lombardia, Veneto, Lazio, Campania e Sicilia). Rispetto al precedente censimento si registra un incremento complessivo di 2.438.000 individui (4,3%); considerato il lieve calo della popolazione di cittadinanza italiana, tale incremento è da attribuire esclusivamente alla componente straniera.

La struttura per genere della popolazione residente si caratterizza per una maggiore presenza della componente femminile. Le donne, infatti, sono 30.688.237 (pari al 51,6% del totale) e superano gli uomini di 1.942.730 unità. Questa differenza di genere, dovuta al progressivo invecchiamento della popolazione e alla maggiore speranza di vita delle donne, fa sì che in Italia si contano 93,7 uomini ogni 100 donne.

Per quanto riguarda il fenomeno dell'invecchiamento, l'osservazione della piramide per età della popolazione residente, con un confronto con il censimento precedente (2001), fornisce interessanti spunti di riflessione sul trend nonché sulla portata del fenomeno (Fig. 1).

La percentuale di popolazione di 65 anni e più è passata dal 18,7% (10.645.874 persone) nel 2001 al 20,8% nel 2011 (12.384.963 persone). L'aumento è stato sensibile anche per le età più avanzate: la popolazione di 75 anni e più è passata dall'8,4% del 2001 (4.762.414 persone) al 10,4% del 2011 (6.152.411 persone). Anche i "grandi vecchi", ovvero gli ultra 85enni, incrementano il loro peso percentuale sul totale della popolazione residente (dal 2,2% del 2001 al 2,8% del

2011) ma, se si analizzano le variazioni percentuali all'interno di questo sottoinsieme di persone, risulta che l'incremento maggiore si registra nella classe 95-99 anni (+78,2%) e in quella degli ultracentenari (+138,9%). In valore assoluto questi ultimi sono 15.080, un numero inferiore del 6,6% a quello della popolazione anagrafica calcolata all'1 gennaio 2011 appartenente alla stessa classe di età (16.145).

L'analisi territoriale mostra una geografia dell'invecchiamento abbastanza variabile. Considerando l'età media della popolazione residente, che per l'Italia nel suo complesso si attesta a 43 anni (Fig. 2), Liguria e Friuli Venezia Giulia si caratterizzano per l'età media della popolazione più alto rispetto alla media italiana nello specifico 48 e 46 anni.

Il progressivo invecchiamento che caratterizza la popolazione italiana è ancor più evidente tramite l'analisi di due indici sintetici (Fig. 3). Il confronto tra la numerosità degli anziani (65 anni e più) e quella dei bambini sotto i sei anni di età, che caratterizza lo squilibrio della piramide per età della popolazione, mostra che per ogni bambino con meno di sei anni si contano sempre più anziani (1,1 anziani per 1 bambino nel 1971, 3,8 anziani per un bambino nel 2011). Stesso trend è confermato dall'indice di vecchiaia che misura il rapporto tra la popolazione con 65 anni e più e quella con meno di 15 anni (46,1% nel 1971, 148,7% nel 2011).

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è accompagnato dall'aumento della cronicità. Per patologia cronica si fa riferimento a una patologia permanente, che non ha quindi risoluzione, necessita di trattamenti continui e tende a sviluppare un tasso di disabilità variabile². Nella cronicità l'obiettivo è il miglioramento della qualità della vita, attraverso la prevenzione dell'insorgenza di fatti acuti o delle complicanze correlate grazie a una corretta e tempestiva gestione.

In Italia, nel 2011, la popolazione che ha dichiarato di essere affetta da una patologia cronica è stata pari al 38,4%. La fascia di popolazione che presenta una maggiore incidenza di patologie croniche è quella degli ultra 75enni (86,2%) nonché quella compresa tra i 65 e i 74 anni (76,4%). Lo stato di buona salute dei cronici diminuisce significativamente all'aumentare dell'età: il 30,7% nella fascia di età 65-74 anni³.

In Italia le malattie croniche rappresentano oggi oltre l'ottanta per cento delle cause di morte.

² Lo stroke è la principale causa d'invalidità in Italia. L'ictus è più frequente dopo i 55 anni e la sua prevalenza raddoppia successivamente a ogni decade. Il 75% dei colpiti sopravvive con qualche forma di disabilità.

³ "XI Rapporto azionale sulle politiche della cronicità 2012", Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati cronici (CnAMC) - Cittadinanza attiva

¹ Istat, 2011 "15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni 9 ottobre 2011 Struttura demografica della popolazione Dati definitivi."

L'analisi della mortalità per causa conferma che le malattie del sistema circolatorio sono la prima causa di morte con 224.830 decessi (38,2%), seguite dai tumori con 174.678 decessi (29,7%). Tra le donne, le malattie cardiovascolari si confermano essere la principale causa di morte con 127.060 decessi (42,1%), mentre i tumori rappresentano la seconda causa con 76.112 decessi (25,2%). Tra gli uomini, la prima causa di morte è rappresentata invece dai tumori con 98.566 decessi (34,4%), seguita immediatamente dalle malattie del sistema cardiocircolatorio con 97.770 decessi (34,1%). Le malattie del sistema respiratorio in Italia sono la terza causa di morte, responsabili di 39.949 decessi (6,8%), di cui 22.329 tra gli uomini e 17.620 tra le donne. I dati Istat 2011 indicano che la prevalenza del diabete mellito in Italia è in regolare aumento nell'ultimo decennio. Risulta, infatti, diabetico il 4,9% della popolazione (5,0% nelle donne, 4,7% negli uomini), pari a circa 3 milioni di persone. La prevalenza del diabete aumenta con l'età fino al 19,8% nelle persone con età uguale o superiore ai 75 anni⁴. Il diffondersi delle patologie croniche ha anche un impatto economico sul SSN. I soggetti affetti da cronicità consumano una parte consistente di risorse sanitarie e sociali. Secondo stime OMS il 50% delle attività sanitarie è rivolto alla cura delle condizioni croniche e si arriverà al 60% nel 2020.

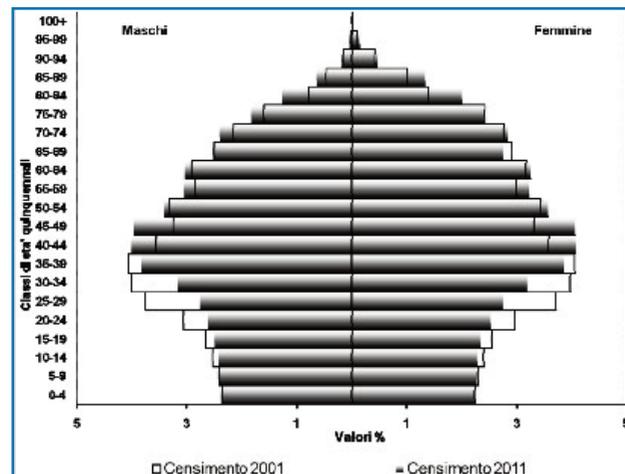


Fig. 1
Piramide per sesso ed età della popolazione residente ai censimenti del 2011 e del 2001

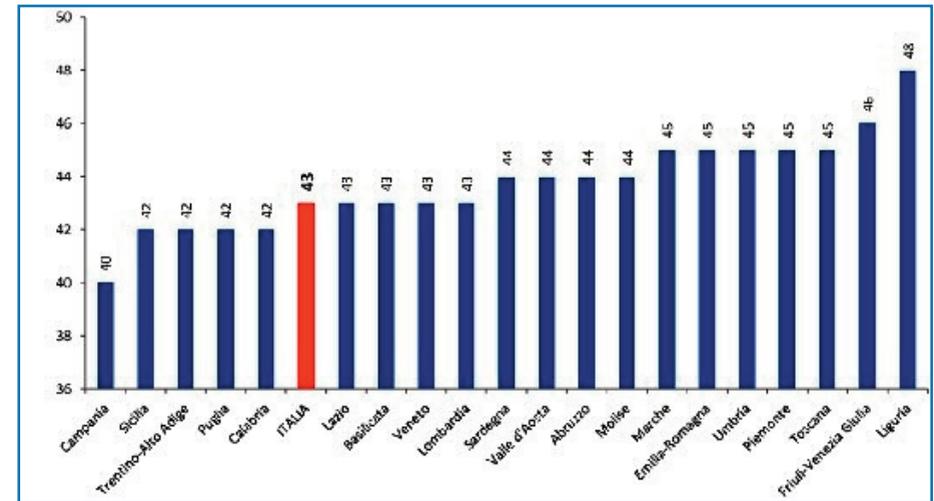


Fig. 2
Età media della popolazione residente per regione. Censimento 2011

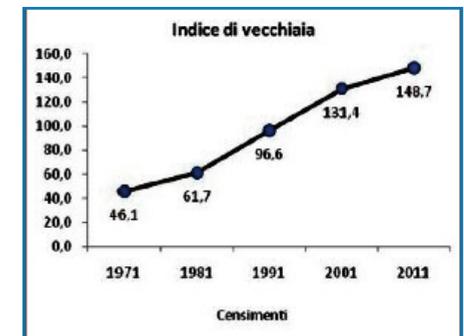
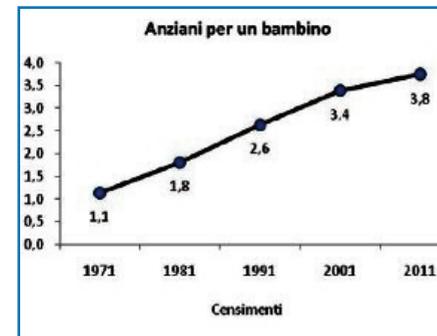


Fig. 3
3 Indicatori strutturali della popolazione residente: anziani per bambino e indice di vecchiaia ai censimenti dal 1971 al 2011

⁴ Relazione sullo stato sanitario del Paese 2011

2.2 Gli anziani e la cronicità nel SSN

L'attuale modello organizzativo del SSN prevede l'articolazione in rete di offerta sulla base di quanto stabilito nei Livelli essenziali di assistenza (Lea). I Lea, a cui si rimanda per un approfondimento dettagliato, prevedono l'articolazione in tre aree: 1. Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro⁵, 2. Assistenza distrettuale⁶, 3. Assistenza ospedaliera⁷. Questa articolazione comporta una verticalizzazione del settore sanitario con conseguente collocazione della cura del momento acuto e post acuto nell'area dell'assistenza ospedaliera mentre la presa in carico del paziente non acuto fa riferimento all'assistenza distrettuale.

A livello di assistenza ospedaliera l'approccio tradizionale del SSN prevede la distinzione tra momento acuto e momento post acuto⁸, mentre a livello di assistenza distrettuale l'approccio tradizionale prevede la distinzione sulla base del target di pazienti (anziani, disabili, psichiatrici, terminali).

Gli anziani

Le politiche di assistenza agli anziani, come schematizzato in tabella, comprendono tre tipologie di offerta: trasferimenti monetari, servizi domiciliari e servizi residenziali e di assistenza ospedaliera post-acuta.

⁵ Profilassi di malattie infettive e diffuse; tutela dei rischi connessi all'inquinamento ambientale; tutela dei rischi connessi agli ambienti di vita e di lavoro; sanità pubblica e veterinaria; tutela igienico-sanitaria degli alimenti; attività di prevenzione rivolte alla persona; servizio medico-legale.

⁶ Assistenza sanitaria di base; attività di emergenza sanitaria territoriale; assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali; assistenza integrativa; assistenza specialistica ambulatoriale; assistenza protesica; assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare; assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale; assistenza termale.

⁷ Pronto soccorso; degenza ordinaria; day hospital; day surgery; interventi ospedalieri a domicilio; riabilitazione; lungodegenza; raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali; attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti; attività di trapianto di organi e tessuti.

⁸ Nel 2010 i posti letto negli ospedali italiani, così come rilevato nell'Annuario statistico del SSN, erano 247.399, di cui 3,5 per 1.000 abitanti per acuti e 0,6 per 1.000 abitanti per non acuti (unità spinale, riabilitazione, lungodegenza, cure palliative).

Area d'intervento	Intervento
Trasferimenti monetari	- Indennità di accompagnamento - Voucher, assegni di cura e altri trasferimenti comunali
Servizi domiciliari	- Assistenza Domiciliare Integrata - Servizio di Assistenza Domiciliare
Servizi residenziali e di assistenza ospedaliera post-acuta	- Presidi sociosanitari e socio-assistenziali - Ass. regime ospedaliero: reparti lungodegenza e riabilitazione post acuzie

Tab. 1
Assistenza continuativa a titolarità pubblica per anziani non autosufficienti
Fonte: Terzo Rapporto sulla Non Autosufficienza in Italia 2011

Di seguito si propone un approfondimento sintetico delle diverse tipologia di offerta⁹.

Trasferimenti monetari

Tra i trasferimenti monetari figurano l'indennità di accompagnamento, gli assegni di cura e i cosiddetti voucher, erogati dalle ASL e/o dai Comuni. L'indennità di accompagnamento ha un'estensione nazionale e consiste nell'accordare un contributo economico (€492,97 mensili) a quanti, per la loro totale invalidità civile hanno bisogno di aiuto per deambulare e per le ADL. La sua concessione non sottostà a filtri di reddito e il suo impiego prevalente è il compenso dell'assistente familiare (badante).

Gli "assegni di cura locali" sono contributi economici offerti ai familiari (in qualche caso a vicini o amici) o agli stessi anziani per finanziare l'assistenza di questi ultimi. Sono forniti da Comuni o ASL e la loro peculiarità risiede nell'essere erogati prevalentemente in alternativa ai servizi alla persona, domiciliari o residenziali. Generalmente ne fruiscono anziani con rilevante grado di non autosufficienza e con reddito inferiore a una certa soglia. Gli assegni possono essere utilizzati per acquistare assistenza sul mercato, rivolgendosi a operatori professionali a pagamento, oppure essere mantenuti all'interno della famiglia come contributo per l'assistenza fornita da un familiare o da un accuditore informale.

⁹ Per un approfondimento si rimanda a "Le politiche di long-term care in Italia. I principali nodi del dibattito di Luigi Mauri e Alessandro Pozzi" e a "Terzo Rapporto sulla Non Autosufficienza in Italia 2011".

I voucher, invece, sono forniti dall'ente pubblico e attribuiscono il diritto ad acquistare determinati servizi presso gli erogatori accreditati (pubblici o privati).

Interventi domiciliari

I servizi domiciliari possono avere una connotazione pubblica o privata, secondo la natura dell'erogatore: ai servizi domiciliari pubblici vengono ricondotti il SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare) e l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata).

Il primo, si connette operativamente con presidi e interventi di cure domiciliari sanitarie, ma in se stesso offre un'assistenza alle persone con problemi di mobilitazione, nell'esecuzione delle normali attività della vita quotidiana e a rischio isolamento. Tale servizio è erogato dai Comuni attraverso le figure professionali dell'assistente sociale, che rileva il bisogno e formula il progetto di intervento, e dell'operatore d'assistenza, il quale si reca a casa dell'anziano realizzando interventi di assistenza e di tutela igienico-sanitaria della persona (alzata dal letto, pulizia della persona, mobilitazione, aiuto nel vestirsi, nel mangiare, ecc.), di governo e conduzione della casa (pulizia dell'alloggio, preparazione o fornitura pasti, servizio lavanderia), di segretariato sociale ed interventi tendenti a favorire la vita di relazione.

A differenza del SAD, l'ADI è invece caratterizzato da prestazioni sanitarie e socio assistenziali, coordinate tra di loro in un programma personalizzato di assistenza. L'ADI è gestito dall'ASL che assicura al paziente prestazioni infermieristiche (es. attività di prelievo, mobilitazione, somministrazione di terapie) riabilitative, mediche (es. visite specialistiche, esami diagnostico-strumentali) terapeutiche (es. ossigenoterapia, nutrizioni enterali). Le prestazioni invece di natura socio assistenziale (es. igiene personale e dell'ambiente, sorveglianza per terapie farmacologiche, attivazione pasti a domicilio, trasporto) sono erogate dai servizi sociali comunali in accordo con il Distretto.

In genere, la presa in carico della persona da parte dell'ADI avviene su segnalazione del MMG e può iniziare a seguito di uno studio della situazione presentata attraverso l'Unità di Valutazione Geriatria (o Multidimensionale), che definisce il singolo programma di intervento assistenziale (tipologia, quantità e frequenza degli interventi sociali e sanitari) da prestare a domicilio.

Il sistema di ADI nelle Regioni Italiane è molto differenziato con un impatto rilevante sulla popolazione. La Fig. 4 e l'elaborazione effettuata dall'Ufficio di Statistica del Ministero della salute rappresentano questo fenomeno.

L'assistenza domiciliare privata ha assunto negli ultimi anni un rilievo sempre

maggiore, tanto da divenire oggetto di attenzione specifica da parte delle scienze sociali. Essa è fornita a pagamento generalmente da singoli operatori su richiesta degli anziani (o delle famiglie). L'accesso all'assistenza domiciliare

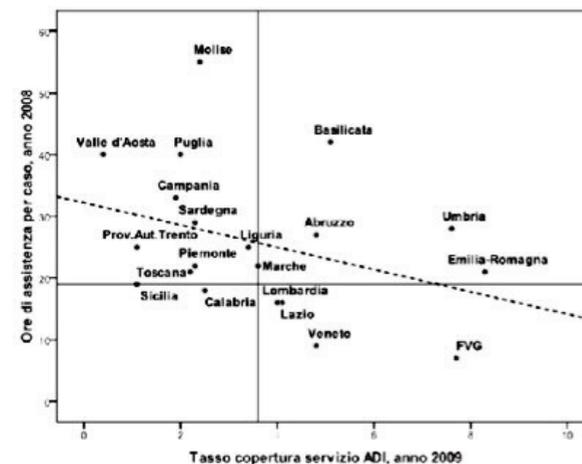


Fig. 4
Copertura (2009) e intensità (2008) del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) nelle Regioni italiane

Fonte:
Terzo Rapporto sulla Non Autosufficienza in Italia 2011

Codice	Regione	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
010	PIEMONTE	1,81	1,53	1,77	1,92	2,31	2,16	2,00
020	VALLE D'AOSTA	0,15	0,20	0,31	0,45	0,38	0,43	0,36
030	LOMBARDIA	3,27	3,52	3,66	4,01	4,11	4,27	4,14
041	P.A. BOLZANO	0,31	0,40	0,55	0,00	0,41	0,42	0,41
042	P.A. TRENTO	0,85	1,33	1,02	1,04	1,10	3,57	3,62
050	VENETO	5,06	5,14	6,42	6,07	4,85	5,55	5,44
060	FRIULI V.G.	9,16	8,64	8,32	8,43	8,82	6,78	6,03
070	LIGURIA	3,17	3,07	3,23	3,23	3,45	3,46	3,76
080	EMILIA ROMAGNA	5,41	5,59	5,72	6,08	8,36	11,60	10,62
090	TOSCANA	2,99	2,13	2,12	2,02	2,22	2,31	2,36
100	UMBRIA	4,16	4,06	4,32	5,08	7,60	7,67	7,21
110	MARCHE	3,37	3,66	3,89	4,14	3,63	3,53	3,43
120	LAZIO	3,88	3,53	3,88	3,51	4,00	4,68	4,98
130	ABRUZZO	2,09	3,45	3,66	4,21	4,78	4,91	4,66
140	MOLISE	6,10	5,44	3,72	2,16	2,44	3,30	3,51
150	CAMPANIA	1,39	1,16	1,63	1,75	1,86	2,12	2,42
160	PUGLIA	2,05	1,63	1,62	1,86	2,05	1,80	2,00
170	BASILICATA	3,92	4,35	4,32	4,01	5,07	5,03	5,91
180	CALABRIA	1,64	2,49	2,76	2,56	2,54	2,82	2,87
190	SICILIA	0,80	0,96	1,02	0,95	1,08	1,52	2,14
200	SARDEGNA	1,10	1,29	1,20	2,06	2,37	2,52	3,81
	ITALIA	3,06	3,04	3,28	3,35	3,67	4,12	4,12

Fig. 5
Percentuale di anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (≥ 65 anni) per Regione: Anni 2005 - 2011

Elaborazioni: Ministero della Salute - Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario - Ufficio di statistica

Fonti: Modello FLS21 - quadro H; Casi anziani trattati in ADI.

Rete di assistenza: Corrispondenze ASL-Comuni

Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio 2011 di età superiore o uguale a 65 anni

privata, che è strettamente associata alle condizioni economiche delle famiglie, sta crescendo in alternativa o in sostituzione delle reti informali.

I servizi residenziali e di assistenza ospedaliera post-acuta

Per quanto concerne le strutture residenziali e semi-residenziali, la residenza sanitaria assistenziale (Rsa) è definita come forma alternativa al mantenimento dei pazienti al proprio domicilio. Si attiva quando restare a casa propria si configura come confinamento e rende complessi se non inutili i processi di assistenza e cura.

Il Progetto Obiettivo Anziani ha posto come indice di fabbisogno nazionale di posti letto in strutture residenziali il 2% della popolazione ultrasessantacinquenne. Le Regioni hanno aggiornato l'indice di fabbisogno sulla base delle specifiche peculiarità. In particolare, la Regione Lombardia, in considerazione del cambiamento dello scenario demografico, assume, già da numerosi anni, come indice di fabbisogno il 7% degli ultrasessantacinquenni. In coerenza con le scelte regionali, si propone un confronto sui livelli di offerta in relazione alla popolazione anziana ultrasessantacinquenne e ultrasessantacinquenne. La tabella prossima (tab. 1) sintetizza i livelli di offerta rapportati alla popolazione residente, in termini di posti letto in strutture residenziali (RSA) e utenti. I dati proposti sono rilevati dall'Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale e si riferiscono all'anno 2010.

La Regione Lombardia presenta i più elevati livelli di offerta in strutture residenziali, sia in valori assoluti (57.000 p.l circa nelle circa 650 Rsa diffuse sul territorio) pari ad un terzo dell'offerta nazionale, che in termini relativi. Si riporta qui, pertanto, una breve nota sul Sistema socio sanitario lombardo.

Il Sistema sociosanitario lombardo

La Regione Lombardia è quella che maggiormente si discosta dal modello di Rsa delineato dal Legislatore nazionale. L'aspetto più rilevante, che sintetizza la posizione della Lombardia rispetto al rinnovamento del settore socio-sanitario, riguarda il principio del libero accesso del cittadino alle strutture.

Nel Sistema lombardo, il governo della domanda è realizzato attraverso il sistema tariffario, che crea negli erogatori (Rsa) meccanismi di convenienza ad accogliere ospiti con livelli di compromissione maggiori, per i quali è riconosciuta una maggiore remunerazione. La Lombardia ha apportato molti altri cambiamenti a questo sistema, che possono essere ricondotte all'adozione di una specifica scheda di classificazione degli ospiti e di finanziamento: il Sistema

Sosia (Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza). Gli aspetti innovativi collegati all'introduzione di uno strumento come questo sono molteplici; in particolare sono interessanti lo sforzo di collegare il sistema di finanziamento del servizio erogato, al livello di intensità dell'assistenza, e la creazione di una base dati informativa epidemiologica sugli aspetti clinici degli ospiti.

L'accesso alla Rsa avviene attraverso una domanda specifica della persona, secondo il principio della libera scelta del cittadino. La valutazione dell'appropriatezza della richiesta è affidata alla Rsa, ma sistematicamente e rigidamente verificata dai servizi di vigilanza e controllo delle ASL.

Gli ospiti sono classificati, sulla base del livello di fragilità, attraverso la scheda Sosia, in otto classi sulla base dei seguenti tre indicatori:

- mobilità, valuta l'autonomia nell'utilizzo degli arti (cammino, gestualità, etc.);
- cognitività e comportamento, valuta il livello di coscienza e di orientamento mentale;
- comorbilità, valuta lo stato di salute e le patologie complessive.

Il sistema di finanziamento, a tariffa, è collegato al livello di fragilità degli ospiti. Gli ospiti entrati in Rsa dopo l'1 maggio 2003, classificati quindi con il nuovo sistema, hanno avuto riconosciuto tariffe progressive dalla classe 8, che esprime il minore livello di fragilità, alla classe 1 che esprime il livello di maggiore compromissione dell'ospite. Tali tariffe nella delibera delle regole di sistema del 2011¹⁰ sono state così ridefinite:

- **Classe A (Sosia 1 e 2): 49 euro al giorno**
- **Classe B (Sosia 3,4,5,6): 39 euro al giorno**
- **Classe C (Sosia 7,8): 29 euro al giorno**

Lo standard minimo di personale, espresso come tempo di assistenza dedicato a ogni ospite, è fissato in 901 minuti settimanali¹¹, nell'ambito dei quali i gestori hanno una certa autonomia nella gestione del personale pur nel rispetto di alcuni vincoli.

¹⁰ Delibera 9/937 del 1 dicembre 2010

¹¹ Deve essere obbligatoriamente garantita la presenza almeno delle seguenti figure professionali: medico, infermiere, fisioterapista, animatore od operatore socio educativo o educatore professionale, ausiliario socio assistenziale/operatore tecnico ausiliario.

	Strutture semiresidenziali		Strutture residenziali		UTENTI PER 100.000 ANZIANI
	POSTI	UTENTI	POSTI	UTENTI	
PIEMONTE	275	464	22.313	26.622	2.622
VALLE D'AOSTA	5	36	135	35	26
LOMBARDIA	5.911	9.353	57.541	79.666	4.052
PROV. BOLZANO	3.871	4.252	4.730	120	363
PROV. TRENTO	4.385	4.666	4.611		
VENETO	1.192	2.073	26.701	38.069	3.902
FVG	112	138	7.844	18.069	6.256
LIGURIA	589	1.004	6.136	12.952	2.988
ER	3.085	5.882	16.095	27.177	2.758
TOSCANA	1.273	1.851	11.704	16.329	1.883
UMBRIA	216	371	2.196	3.595	1.724
MARCHE	50	78	1.503	4.034	1.153
LAZIO	50	90	4.924	7.840	698
ABRUZZO	30	169	1.494	2.818	990
MOLISE	16	16	23	-	
CAMPANIA	75	59	639	780	84
PUGLIA	35	22	1.468	2.360	317
BASILICATA	190	357	302	11	45
CALABRIA	1.346	1.690	450	140	62
SICILIA	736	3.426	369	9	179
SARDEGNA	25	9	483	518	162
ITALIA	12.918	21.563	171.590	255.272	2.091

Tab. 2

1 Offerta e attività strutture per anziani residenziali e semiresidenziali – anno 2010
Fonte: Annuario statistico del SSN [anno 2010]

I pazienti cronici

Nell'ambito della cronicità le regioni italiane hanno promosso e implementato scelte che presentano un elevato, livello di differenziazione. Di seguito si propone una breve sintesi finalizzata all'inquadramento concettuale di alcune regioni del centro nord¹².

Emilia Romagna

La Regione Emilia-Romagna ha cominciato a investire¹³ nella ricerca di assetti innovativi per la gestione delle cure primarie, puntando sull'integrazione strutturale del sistema territoriale mettendo al centro la Casa della salute, come evoluzione della diffusa e consolidata esperienza dei Nuclei di cure primarie (Ncp).

Il NCP va inteso come unità base dell'organizzazione del Dipartimento delle Cure Primarie, la cui finalità principale è quella di portare le cure all'interno dell'ambiente di vita del cittadino, in modo da creare le condizioni per una presa in carico globale dei principali problemi di tipo cronico e per un corretto accesso ai servizi specialistici, operando in stretta integrazione con i servizi sociali e con i servizi sanitari di secondo e di terzo livello. Il NCP è pertanto uno strumento organizzativo e operativo strutturato e accessibile dell'assistenza, all'interno del quale si vuole realizzare l'integrazione dei professionisti e dei servizi, per fornire al cittadino il massimo della capacità di risposta ai diversi bisogni associato al massimo dell'accessibilità.

L'evoluzione dei NCP è la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie, come luogo di riferimento certo per i cittadini, cui ci si può rivolgere in ogni momento per trovare risposta ai problemi di salute e la cui diversa complessità è in relazione alle caratteristiche geografiche del territorio e alla densità della popolazione.

Tali strutture, che devono pertanto diventare un punto di accoglienza e orientamento ai servizi per tutti i cittadini, prendono il nome di "Casa della Salute" (di cui alla DGR n. 291/2010) ed erogano servizi rivolti alla popolazione dell'ambito territoriale di riferimento del Ncp.

¹² Per un approfondimento si rimanda a "XI Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità 2012" del Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC)

¹³ Si rimanda a "Piano sociale e sanitario 2008-2010" della Regione Emilia-Romagna (Dgr 175/2008).

La Casa della salute fornisce orientamento sui servizi, assicura presa in carico fin dal momento dell'accesso, garantisce assistenza per problemi ambulatoriali urgenti, per la gestione delle patologie croniche, per il completamento dei principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale.

Lombardia

Nel Piano Sociosanitario Regionale 2010-2014 sono posti i presupposti per una nuova gestione delle cronicità in ambito regionale. Nello specifico la Regione ha previsto l'attivazione di 1.145 posti letto per le cure sub acute in tutta la Lombardia e la sperimentazione¹⁴ in 5 Asl del nuovo modello organizzativo per coordinare e integrare i servizi extraospedalieri a favore dei pazienti cronici: *Chronic Related Group* (CREG)¹⁵. La sperimentazione prevede l'individuazione a livello di distretto del "soggetto gestore"¹⁶ in grado di garantire la continuità del percorso e della presa in carico dei pazienti, interagendo con tutti gli attori coinvolti nella gestione della patologia e assicurando le necessarie competenze di tipo amministrativo, organizzativo e gestionale".

Il CReG è presentato come "una innovativa modalità di presa in carico del paziente che, a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse (tariffa CReG) deve garantire senza soluzione di continuità e cali di cure, tutti i servizi extraospedalieri necessari per una buona gestione clinico-organizzativa delle patologie croniche. L'insieme di attività servizi e prestazioni previste nel pacchetto CReG è specifico per patologia ed è finalizzato ad assicurare i livelli essenziali di assistenza". In sostanza, si tratta della valorizzazione di un pacchetto di prestazioni, una sorta di Drg applicato all'assistenza primaria, finalizzato a fare tutto ciò che serve per curare al meglio una persona con patologia cronica, rinviando il più possibile il momento della non autosufficienza, ma controllando anche il ricorso a ricoveri o a esami non appropriati.

¹⁴ Sono state definite alcune patologie di prioritario interesse (scompenso cardiaco, diabete, ipertensione e BPCO) ed alcuni ambiti territoriali (5 ASL: Bergamo, Como, Milano Città, Melegnano, Lecco) in cui sperimentare, monitorare e valutare l'applicazione dei CReG.

¹⁵ Decreto n. 4383 del 16 maggio 2011 "Determinazioni in materia di CReG (Chronic Related Group), in attuazione della DGR n. 9/1479 del 30.3.2011".

¹⁶ Soggetti, individuati e governati dalla ASL (Reti MMG, ONLUS, Fondazioni, Cooperative, Società ed Aziende di Servizio, Aziende Ospedaliere, Strutture ambulatoriali accreditate e a contratto sia intra che extraospedaliere ecc.), che si faranno carico di garantire, previa sottoscrizione di specifico accordo con la ASL stessa, la piena adesione dei pazienti reclutati al percorso del CReG.

Il CReG non è pensato quale strumento alternativo all'attuale organizzazione delle cure primarie, rappresenta invece una prassi innovativa per affrontare sul territorio il tema della cronicità, in collaborazione attiva e proficua del sistema delle cure primarie. Nella identificazione del "soggetto gestore", si indica una sorta di "diritto di prelazione" per i medici di medicina generale: dal momento in cui la Asl comunica l'avvio della sperimentazione i MMG hanno 30 giorni di tempo per segnalare la propria adesione. Se scelgono di non assumere in proprio, o come avviene più spesso in forma di associazione, i Creg, possono allora intervenire gli altri possibili "soggetti gestori" o "provider", ovvero, secondo quanto indicato dalla delibera "Onlus, Fondazioni, Aziende Ospedaliere, Strutture sanitarie accreditate e a contratto sia intra che extraospedaliere ecc."

I requisiti del soggetto gestore sono:

- Unico gestore per coordinare tutte le prestazioni concernenti i pazienti cronici;
- Possibilità di 2-3 gestori all'interno dello stesso distretto ASL;
- Prestazioni sui pazienti registrate su supporto elettronico;
- Centro servizi attivo 12 ore al giorno con modalità codificata di gestione per tutti gli operatori;
- Presenza di personale formato dallo stesso provider;
- Presenza di coordinatore medico responsabile del progetto clinico per patologia;
- Presenza di case manager per ogni caso clinico;
- Responsabilità per fornitura, consegna e installazione di eventuali apparecchiature di monitoraggio della salute del paziente assistito a casa con rispetto di protocolli di installazione relativi;
- Capacità di trasmettere alla regione in tempo reale dati su telesoccorso e di gestione allarmi, smistamento dei casi verso punti di contatto;
- Presenza di servizio per la compliance farmacologica e per la personalizzazione del farmaco;
- Presenza di protocolli con relativi attori da coinvolgere nella gestione dei Creg.

Toscana

La Regione Toscana¹⁷ ha introdotto la sanità d'iniziativa come modello di futuro sviluppo delle cure primarie territoriali, con l'intento di presa in carico multi-professionale dei pazienti affetti da malattie croniche.

¹⁷ "Piano Sanitario Regionale per il triennio 2008-2010" approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 53 del 2008

La sanità d'iniziativa è un modello assistenziale in grado di intervenire quanto possibile prima dell'insorgere della malattia e di gestire la malattia stessa in modo tale da rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio.

A livello territoriale, il modello di riferimento per l'attuazione della sanità d'iniziativa è costituito dal *Chronic Care Model* (CCM). Tale modello prevede, a livello di cure primarie, un *team multi professionale proattivo*, nel quale il medico di famiglia, nello svolgimento del proprio ruolo clinico decisionale, è affiancato da infermieri e altre figure di supporto, nell'ambito delle rispettive professionalità. Il team ha il compito di attuare, sotto la supervisione del medico di famiglia, gli interventi resi necessari dai bisogni della specifica patologia e dal livello di rischio, con modalità che garantiscano il coordinamento degli interventi (sia all'interno del team, sia nei confronti di altri livelli del sistema socio-sanitario) e la continuità del percorso di salute del paziente tra territorio e ospedale. Coordinamento e continuità sono realizzati mediante l'applicazione di protocolli operativi per le diverse patologie croniche (*percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali*), condivisi a livello aziendale e coerenti con le linee di indirizzo definite a livello regionale.

Questo modello è stato avviato in fase sperimentale dall'anno 2009-2010: inizialmente ha riguardato i pazienti con diabete o scompenso cardiaco, successivamente i pazienti con problemi di ipertensione arteriosa di grado medio-grave, ictus cerebrale, insufficienza respiratoria in broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Al fine della sperimentazione era richiesto ai Mmg di aderire ad una aggregazione strutturale, i moduli, con determinati requisiti organizzativi¹⁸.

18 Elementi caratterizzanti di un modulo:

- una popolazione di riferimento di circa 10.000 assistiti;
- una sede unica o principale (tra due o più sedi) per lo svolgimento dell'attività del team;
- la presenza di un infermiere e un operatore socio sanitario con formazione complementare in area sanitaria in rapporto alla popolazione di riferimento (1/10.000);
- una infrastruttura informatica in grado di consentire la registrazione dei dati di attività da parte di tutti i componenti del team;
- la formazione specifica del personale di cui al punto precedente sui percorsi assistenziali condivisi a livello aziendale, con la partecipazione della Medicina Generale;
- il supporto da parte dell'azienda sanitaria di riferimento per le altre figure professionali coinvolte, secondo quanto previsto dai percorsi assistenziali.

Veneto

Il Piano Sanitario Regionale 2012-2014 (Dgr 15/2011), pone l'attenzione sul tema della gestione integrata del paziente.

Una gestione integrata del paziente richiede l'implementazione di modelli organizzativi sia a livello gestionale che professionale, atti cioè a garantire la continuità dell'assistenza con un impiego coordinato ed uniforme delle risorse. Per quanto concerne nello specifico la cronicità s'individuano tra i macro-obiettivi delle scelte regionali: il potenziamento dell'assistenza territoriale, consolidando il ruolo del Distretto socio-sanitario, sviluppando e diffondendo modelli di gestione integrata della cronicità, implementando modelli organizzativi a rete fondati su team multiprofessionali, qualificando le forme associative della Medicina Convenzionata, ridefinendo una filiera per l'assistenza extraospedaliera con particolare riferimento all'assistenza in strutture di ricovero intermedie; il perfezionamento delle reti assistenziali sia orizzontali che verticali, orientando il sistema verso un modello circolare dell'assistenza, garantendo la continuità dei percorsi attraverso l'integrazione delle funzioni e delle competenze e, più in generale, secondo il paradigma che attribuisce l'acuzie all'Ospedale e la cronicità al territorio.

Nell'area dell'assistenza al paziente cronico si ritiene, infatti, di particolare importanza:

- l'implementazione e la diffusione dei PDTA condivisi e di riconosciuta efficacia con riferimento al paziente diabetico, al paziente oncologico, al paziente con scompenso cardiaco e BPCO;
- l'assunzione di responsabilità e l'educazione terapeutica del paziente cronico e della sua famiglia al fine di migliorare i processi di autocura e di gestione attiva della malattia;
- il consolidamento delle cure palliative, con strutturazione dell'attività ambulatoriale;
- l'individuazione del corretto setting assistenziale e dell'appropriato approccio terapeutico nella gestione dei pazienti affetti da patologie reumatiche, anche alla luce dell'introduzione dei nuovi farmaci ad alto costo in grado di modificarne il decorso;
- lo sviluppo dei team della medicina e pediatria di famiglia, sviluppando il ruolo dell'infermiere e del personale di studio, e con gli specialisti ambulatoriali interni ed ospedalieri ed altri operatori del sistema.

Per la gestione della cronicità il sistema veneto si è orientato quindi verso un modello di assistenza integrato, le cui dimensioni strategiche sono:

- l'organizzazione in team multiprofessionali composti da medici, infermieri ed altri professionisti, strutturata su una chiara divisione del lavoro, fondata sulla pianificazione delle attività e del follow up, garantendo l'integrazione attraverso l'implementazione di appositi PDTA;
- il supporto all'autocura attraverso cui il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali, coinvolgendo e responsabilizzando il cittadino nelle decisioni che attengono alla propria salute;
- il supporto sistematico ai professionisti nelle decisioni assistenziali anche attraverso il potenziamento dei sistemi informativi in grado di seguire il cittadino nel suo percorso assistenziale e nel contatto con tutti i servizi socio-sanitari del Distretto;
- l'adozione di linee guida basate sull'evidenza ed il potenziamento della formazione continua che rappresentano per il team gli strumenti necessari per fornire un'assistenza
- il coinvolgimento attivo delle risorse della comunità, stabilendo solidi collegamenti fra organizzazioni sanitarie e comunità locali attraverso programmi di partecipazione (es. la messa a disposizione di strutture, ecc.). Nella gestione integrata della cronicità il medico/pediatra di famiglia rappresenta il principale referente e corresponsabile della presa in carico, in grado di svolgere la funzione di accompagnamento dei pazienti, con l'obiettivo di conseguire la migliore adesione ai percorsi assistenziali on il pieno coinvolgimento dei pazienti stessi. Questo approccio presuppone una medicina di famiglia organizzata e coadiuvata da personale infermieristico, di supporto ed amministrativo, una collaborazione funzionale con gli specialisti territoriali ed ospedalieri, la messa a punto di un sistema informativo integrato.

Per rendere operativo il modello di presa in carico della cronicità è stato necessario implementare in modo diffuso su tutto il territorio regionale *le Medicine di Gruppo Integrate*, forme associative più evolute, esito del perfezionamento e consolidamento dei processi di sperimentazione avviati nel corso degli anni. Si tratta cioè di radicare stabilmente un modello organizzativo che propone una rimodulazione dell'offerta assistenziale non solo in termini di accessibilità (ampliamento degli orari di apertura degli studi medici), ma anche rispetto al conseguimento di specifici obiettivi di salute.

Puglia

La Regione Puglia ha posto fra gli obiettivi del PSR la centralità del territorio cui solo afferisce la competenza della risposta appropriata e non differita alle condizioni di cronicità, non autosufficienza e fragilità dei cittadini delegando all'Ospedale esclusivamente l'acuzie.

Con DGR n.691 del 12 aprile 2011, a fronte della L.R. n.23/08 (Piano Regionale di Salute 2008-10 che individua l'integrazione sociosanitaria tra i principali obiettivi della riorganizzazione della rete di assistenza territoriale), Assessorato alle politiche per la Salute e Assessorato al Welfare hanno condiviso e approvato "Le Linee guida per l'accesso ai servizi sociosanitari territoriali ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari"¹⁹:

Considerata: "in materia di integrazione sociosanitaria ... la necessità di addiventire ... ad una strategia programmatica condivisa ... il luogo principale per la realizzazione dell'integrazione è il distretto sociosanitario ...; la programmazione regionale in materia di salute e benessere sociale ... indica quale ambito specifico d'intervento sul quale sviluppare prioritariamente l'integrazione sociosanitaria, il welfare di accesso e la valutazione multidimensionale" al fine di "semplificare l'accesso al sistema dei servizi, ricondurre ad unità il percorso di cura della persona, migliorare l'appropriatezza della risposta assistenziale e garantire la continuità delle cure"

Il modello organizzativo-funzionale prevede oltre alla Porta Unica di Accesso (PUA), l'Unità di Valutazione Multidimensionale, un'equipe multiprofessionale di tipo funzionale (Infermieri, Ass. Sociali, Ass. Sanitari, Psicologi, Medici).

L'UVM in concorso con la PUA:

- effettua la valutazione multidimensionale, utilizzando gli strumenti di valutazione e le procedure previste a livello regionale;
- verifica la presenza delle condizioni socio-economiche, abitative e familiari di ammissibilità ad un determinato percorso di cura e assistenza per garantire l'appropriatezza della presa in carico;
- elabora il progetto socio-sanitario personalizzato (Piano di Assistenza Individualizzato) condiviso e sottoscritto dall'utente e/o dal suo nucleo familiare e dal MMG dell'assistito;

¹⁹ Documento tecnico contenente le linee d'indirizzo in materia di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari territoriali che fissa priorità di azione per l'integrazione, linee d'intervento e modalità organizzativo-gestionali per l'accesso alla rete dei servizi.

- individua il care giver, il case manager e il responsabile clinico del caso (care manager);
- definisce tempi e modalità per la verifica del PAI;
- verifica periodicamente l'andamento del PAI al fine di aggiornarlo e/o prorogarlo;
- procede alla dimissione concordata;
- identifica la Struttura/Servizio della ASL deputata alla presa in carico;
- implementa i flussi informativi relativi ai servizi sociosanitari previsti nel l'ambito del NSIS (Sistema Informativo per la Non Autosufficienza).
L'approccio non solo multidimensionale ma anche multiprofessionale e multidisciplinare consente una attenta pianificazione delle attività e del follow up e la garanzia dell'appropriatezza della risposta nel rispetto del gradimento e della libera scelta della persona fragile. Peraltro, e non meno importante.

Gli obiettivi di servizio sono:

- favorire il più a lungo possibile una idonea permanenza presso il domicilio;
- perseguire il rientro al domicilio dopo la permanenza in strutture residenziali;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità della vita nei servizi (residenziali, semiresidenziali e domiciliari);
- promuovere azioni atte ad utilizzare al meglio le risorse territoriali;
- ottimizzare la spesa sociosanitaria in un'ottica di efficienza nel rapporto costi-benefici, tenendo conto non solo degli oneri finanziari ma anche dei vantaggi a lungo termine riferibili a risorse sia familiari che sociali.

2.3 Evoluzione in atto: alcune esperienze che meritano attenzione

Il quadro descritto nel paragrafo precedente evidenzia le rigidità dell'attuale sistema di offerta in coerenza con il modello descritto negli anni '90 dal legislatore nazionale. Alcune Regioni, sicuramente quelle più orientate al rinnovamento, nel pieno rispetto dell'autonomia riconosciutagli dalla riforma del titolo quinto della costituzione, negli ultimi anni hanno introdotto innovazioni il cui filo conduttore è la continua ricerca di modalità organizzative sempre più coerenti con la complessa evoluzione dei bisogni.

Tra le regioni orientate al rinnovamento, la Lombardia, la Toscana e il Veneto, sono sicuramente in prima linea, nella ricerca di soluzioni innovative.

Lombardia

La delibera 3229/2011 "Linee guida regionali per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare" è un esempio concreto della forte spinta verso il futuro della Regione Lombardia. Tale provvedimento ha, infatti, finanziato sperimentazioni innovative prospettando unità di offerta, servizi e interventi attualmente non contemplati nel sistema regionale complessivo di servizi ed interventi di welfare²⁰.

In particolare ai soggetti proponenti, sia pubblici che privati, è stato richiesto di sperimentare:

- modelli innovativi sotto l'aspetto organizzativo, metodologico, gestionale, tecnologico e di governance del sistema regionale di servizi e interventi di welfare, capaci di leggere i bisogni delle persone in condizioni di fragilità e delle loro famiglie;
- modalità innovative di presa in carico personalizzate ed integrate delle famiglie e delle persone, al fine di rendere la risposta sempre più efficace, flessibile ed aderente al bisogno.

²⁰ Tali elementi di innovazione sono stati ricercati all'interno dei seguenti ambiti di attività, già previsti dalla DGR 2633/2011, relativi, oltre che alla sperimentazione regionale sull'Assistenza Domiciliare Integrata, a:

- Area della riabilitazione ambulatoriale e diurna territoriale extraospedaliera per minori disabili
- Area delle dipendenze
- Area della fragilità e della non autosufficienza
- Area consultoriale.

Un'area della sperimentazione ha riguardato, in particolare, l'area della fragilità e della non autosufficienza stabilendo che i progetti contenessero le caratteristiche sintetizzate nella tabella successiva.

TIPOLOGIA DI DESTINATARI	COME	CHI	MODALITÀ DI ACCESSO E DI REMUNERAZIONE	COSTO A PERSONA
<p>ASSISTENZA POST ACUTA</p> <p>Persone in condizioni di stabilità clinica che hanno concluso il loro percorso clinico acuto e sub acuto, ma che necessitano di migliorare il più possibile lo stato di "salute" e che hanno bisogno di un periodo ulteriore di assistenza residenziale, a bassa intensità sanitaria e ad alta intensità assistenziale, per preparare il reinserimento nel loro contesto sociale di vita o per un "accompagnamento" verso altre soluzioni offerte dalla rete dei servizi sociosanitari.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Promozione di protocolli per le dimissioni protette con strutture di ricovero e cura (che accolgono la persona per cure nella fase di acuzie e di cure intermedie nella fase di sub acuzie) Promozione di protocolli con l'ASL per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), con il Medico di Medicina Generale, con il Comune per l'Assistenza Domiciliare (SAD) 	<p>Soggetti accreditati non a contratto e accreditati a contratto che hanno già avviato esperienze in questo ambito, gestori di RSA, di Strutture di Riabilitazione extraospedaliere.</p>	<p>Valutazione multidimensionale effettuata dall'équipe pluridisciplinare della ASL di competenza, che orienta le persone alle strutture in sperimentazione. La remunerazione avverrà tramite voucher</p>	110 €/die
<p>RESIDENZIALITÀ LEGGERA CON PROTEZIONE SOCIALE/SOCIO-SANITARIA CON CARATTERISTICHE ALBERGHIERE</p> <p>Persone con disabilità oppure anziane, fragili o con parziale e temporanea non autosufficienza, assistite dalle famiglie al domicilio. L'intervento mira a fornire periodi di sollievo alla famiglia/ caregiver, offrendo l'opportunità di trascorrere periodi di vacanza, anche insieme alla persona fragile, garantendo la necessaria "protezione"</p>	<ul style="list-style-type: none"> Promozione di legami tra i diversi attori istituzionali e le risorse locali (ad esempio, protocolli ASL, Comuni, Associazioni degli utenti e delle famiglie, Gestori di RSA, Associazione Albergatori, ecc.) Promozione delle reti sociali Modelli di intervento innovativi tesi a differenziare e raggruppare in classi a diverso impegno assistenziale gli interventi necessari 	<p>Soggetti autorizzati che hanno già avviato esperienze in questo ambito ed hanno già attivato la rete collaborativa tra soggetti istituzionali e non istituzionali</p>	<p>Valutazione del bisogno effettuata presso le équipe di valutazione multidimensionali delle ASL di competenza, che orienta le persone alle strutture in sperimentazione. La remunerazione avverrà tramite voucher</p>	12 €/die

Con la Dgr 856 del 25 ottobre 2013, inoltre, è stata deliberata la "Misura: RSA/RSD APERTA", intesa quale "presa in carico integrata della persona affetta da demenza/Alzheimer o altre patologie di natura psicogeriatrica, da parte delle RSA e RSD in una logica multiservizi."

L'azione si concretizza in un'evoluzione flessibile dei servizi/interventi/prestazioni erogabili dalle RSA/RSD, in una logica di multiservizi, per una presa in carico integrata della persona residente al proprio domicilio. Sono erogabili sia presso la RSA/RSD, sia presso l'abitazione della persona, in ottica di mantenimento e miglioramento del benessere.

Si prevedono interventi di natura sociosanitaria, quali, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, i seguenti:

- prestazioni infermieristiche, di prelievo o di assistenza tutelare, che comunque non escludono la presa in carico da parte dell'Assistenza Domiciliare Integrata;
- attività di mantenimento e riattivazione psicofisica;
- consulenze/prestazioni di personale specialistico in relazione ai bisogni della famiglia e della persona (es. psicologo, geriatra ecc.);
- consulenza per adattamento dell'ambiente domestico, soluzioni domotiche, ausili ecc.;
- addestramento della famiglia o dell'assistente personale per le attività di accudimento;
- facilitazione della famiglia alla partecipazione di gruppi di mutuo aiuto;
- periodi di sollievo/assistenza temporanea in struttura o al domicilio garantendo un assistente personale debitamente formato/aggiornato.

Le prestazioni possono essere variamente combinate ed erogate nell'arco temporale previsto dal Progetto individuale in base ai bisogni della famiglia e della persona.

Destinatari: Persone anziane affette da demenza/Alzheimer o da altre patologie gravi di natura psicogeriatrica.

Strumento: Voucher mensile di € 500 corrispondente 18 ore di prestazioni/interventi

Il riparto è effettuato in base alla popolazione residente ultrasessantacinquenne.

Toscana

La Regione Toscana ha concentrato il rinnovamento del sistema nell'ambito della continuità assistenziale attraverso l'adozione di un modello innovativo di gestione dei pazienti con dimissione complessa²¹, ovvero di coloro che possono essere dimessi solo attivando misure assistenziali di alta intensità (es. ricovero in strutture di lungodegenza o riabilitazione in regime ospedaliero) o di intensità medio-bassa (es. cure intermedie, riabilitazione residenziale extra-ospedaliera, attivazione di assistenza domiciliare).

Tale provvedimento oltre ad introdurre unità di offerta non presenti precedentemente (es: degenze a bassa intensità di cura), introduce nel sistema il concetto di gradualità di interventi differenziati in funzione del bisogno clinico/assistenziale, in una logica di gestione del percorso del paziente.

Tipologia di assistenza sanitaria	Livello di offerta
Alta intensità	Terapia intensiva
Media intensità	Terapia sub - intensiva
Media intensità	Degenza ordinaria
Bassa intensità	Ospedale e clinica convenzionata
Cure intermedie	
Ospedalizzazione a domicilio	

Viene introdotta infatti la definizione di degenze a *“Bassa Intensità di Cura”* in cui possono essere accolti pazienti provenienti dai livelli più elevati di assistenza dell' Ospedale con problematiche di ordine medico e livello di gravità NEWS1 ≤ 3 , che abbiano necessità di assistenza medica ed infermieristica continuative.

La dimissione dalla “Bassa Intensità” con evoluzione favorevole può avvenire verso il proprio domicilio oppure verso le “Cure Intermedie”, oppure verso strutture “sociali” o riabilitative, in accordo con il Medico di MG.

²¹ La Delibera 431 del 2013 “Approvazione progetti delle aziende Usl della Toscana relativi allo sviluppo delle cure intermedie e assegnazione quota di finanziamento aggiuntiva”

I pazienti a **Bassa intensità** possono essere ospitati in posti letto identificati in seguito a conversione di posti letto ospedalieri o da strutture convenzionate secondo la LR 51/1999 ed il Regolamento 61/2010. La responsabilità clinica è del Medico della struttura stessa, pubblica o convenzionata, che garantisce la reperibilità nelle 24 ore e il numero di posti letto per modulo di degenza in “Bassa Intensità” è di norma fra 20-32 e la durata di degenza non deve essere di norma superiore alle 3 settimane. Il costo della giornata di degenza è inferiore a 119 €.

Le “Cure intermedie” possono essere svolte in ambienti accreditati come sanitari (nel rispetto della L. R. 51/2009 e del Regolamento 61/2010) e accolgono pazienti in situazione di malattia, ma non tanto grave da avere necessità di risiedere in un Ospedale e ancora non è sufficientemente stabilizzato per vivere al proprio domicilio. Le “Cure Intermedie” possono fornire prestazioni anche a soggetti di provenienza territoriale, in particolare quanti sono “arruolati” nel “Chronic Care Model”, che possono evitare l' ospedalizzazione con l'applicazione delle cure possibili nei setting assistenziali “intermedi”. Obiettivo è la riduzione della “low care” ospedaliera da una parte, e dall' altra il contenimento degli accessi al Pronto Soccorso di pazienti che hanno riacutizzazioni di patologie croniche note.

2.4 Evidenziare le criticità per ripensare il modello

Le riflessioni presentate nel documento, trovano conferme in alcune recenti pubblicazioni, tra cui sicuramente un valore particolare è attribuita al 3° Rapporto sull'assistenza agli anziani non autosufficienti²² che pone alcune interessanti riflessioni. Per un approfondimento delle argomentazioni riportate nel sopracitato testo, si rimanda alla lettura integrale. Di seguito si riportano i punti salienti al fine di un ripensamento dell'attuale sistema di welfare.

• Lo scenario: le difficoltà economiche

I prossimi anni saranno dominati dalle difficoltà economiche [...] la disponibilità di finanziamenti per il settore sarà limitata, sulla linea dei provvedimenti restrittivi che alcune Regioni hanno già adottato da un paio d'anni (blocco delle tariffe, riduzione dei posti letto accreditati, blocco dell'attività delle unità di valutazione per l'accesso ai servizi, ecc.). Le difficoltà

²² Brizioli E., Trabucchi M., “L'assistenza agli anziani non autosufficienti in ITALIA - 3° Rapporto”, Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per il Network nazionale per l'invecchiamento - 2011

economiche non riguardano solo il fondo sanitario, ma anche i Comuni, ai quali sono stati ridotti drasticamente i trasferimenti.[...].

- **Lo scenario: le modificazioni demografiche e sociali e la mancanza di prospettiva politica**

Le difficoltà finanziarie dello Stato, delle Regioni e dei Comuni hanno un riflesso anche sulle difficoltà delle famiglie, pesantemente condizionate dalla riduzione dei salari e dalla disoccupazione [...]. Oggi la disoccupazione femminile ha permesso l'assistenza per un periodo più lungo dell'anziano non autosufficiente all'interno della propria famiglia; il tutto però dominato dalla sofferenza provocata da una scelta obbligata e da condizioni complessive di ristrettezze economiche. La diffusione degli assegni di cura in alternativa all'istituzionalizzazione ha illuso sulla possibilità di una riorganizzazione del sistema a costi minori; pur senza assumere un giudizio aprioristicamente negativo, l'alternativa non sembra adeguata sia rispetto alle esigenze di cura dell'anziano pluripatologico e non autosufficiente (e quindi bisognoso di interventi qualificati) sia rispetto all'organizzazione della famiglia negli anni a venire. [...]

- **Lo scenario: la crisi della medicina della cronicità**

Le difficoltà sopraindicate dovrebbero essere bilanciate da una cultura geriatrica forte, in grado di indicare strade percorribili per l'assistenza dell'anziano ammalato nella casa, negli ospedali, nelle strutture intermedie, nelle residenze. Invece si deve constatare che purtroppo manca una visione complessiva, e l'indicazione sia di quali sono gli anziani che si gioverebbero dei singoli segmenti delle rete sia di quali sono gli interventi più appropriati. In particolare per le residenze non sono disponibili linee guida e protocolli specifici, ma nemmeno studi mirati, che indichino il livello al quale collocare l'equilibrio tra l'intervento clinico rispetto a quello assistenziale e psicologico. [...]

- **Il mondo delle residenze deve pensare a se stesso: nuovi modelli organizzativi**

Da tempo si discute sull'esigenza che le residenze si trasformino in centri di servizi dove concentrare gli interventi per uno specifico territorio. Le esperienze sono molte e tra di loro diverse; manca però un'analisi critica dei risultati raggiunti sul piano qualitativo e rispetto ai bilanci della residenza. Essendo una problematica rilevante, perché la riorganizzazione in questa direzione potrebbe indurre nuova vitalità per l'intera rete dei servizi, sarebbe

opportuno sviluppare valide sperimentazioni con l'obiettivo di misurare in modo analitico i vantaggi nei diversi ambiti ottenibili attraverso la riorganizzazione [...].

- **L'assistenza a persone anziane sempre più malate e funzionalmente compromesse**

La condizione degli ospiti delle residenze [...]: sono sempre più vecchi, con gravi compromissioni dell'autonomia motoria e delle funzioni cognitive. Sono quindi cittadini che hanno l'esigenza di servizi qualificati, di alto costo e di alta qualificazione professionale. [...]vi sono molti interrogativi ai quali è necessario rispondere per delineare un futuro dell'assistenza a questa tipologia di persone: quale deve essere il livello di medicalizzazione compatibile con le risorse finanziarie, ma soprattutto con il livello di gravità clinica degli ospiti? Quale deve essere il livello di tecnologizzazione degli interventi, senza trasformare le residenze in piccoli ospedali, ma allo stesso tempo permettendo loro di gestire in modo adeguato la gran parte degli eventi medici (si veda al proposito la discussione sempre viva sul trasferimento degli ospiti in ospedale)? È opportuno riservare letti a nuclei specializzati per patologia (demenze, parkinsonismi, ictus, scompenso cardiaco, ma anche patologie meno frequenti ma complesse come la SLA, ecc.)? Quale spazio dare a letti di hospice formalizzati, tenendo conto che oggi la totalità degli ospiti muore nelle residenze? Quanti letti devono essere riservati a funzioni di sollievo e quanti a funzioni di post-acuzie, garantendo un'adeguata capacità operativa a persone che sono per definizione ancora clinicamente instabili (a meno di ridurre drasticamente il ruolo operativo dei servizi di post-acuzie)?

- **La qualità e i costi. Quale equilibrio per il futuro?**

Un interrogativo pesante che sarà sempre più presente nelle decisioni dei prossimi mesi riguarda il livello di compatibilità tra la riorganizzazione di alcuni servizi residenziali in modo da ridurre i costi e la qualità indispensabile per garantire una buona vita ed il controllo della salute degli ospiti. [...] Viene del resto da porsi una domanda: in una situazione di ristrettezze ha senso continuare a finanziare, poco e male, l'enorme numero dei posti letto necessari a rispondere ad una domanda non filtrata? O vale la pena di concentrare le energie sulle situazioni di maggior complessità cui realmente la rete familiare non è in grado di fornire una risposta? Può essere utile ri-modulare le quote di partecipazione alla spesa degli utenti in relazione inversa al grado di complessità clinica, in modo da "disincentivare" il ricovero

degli utenti con minori problematiche e focalizzare le risorse sulle situazioni a maggior complessità? [...] La dialettica è ancora aperta e non può non destare preoccupazione per l'immediatofuturo; come saranno le residenze nel 2020? Piccoli ospedali per persone molto, molto gravi? E gli altri anziani in condizioni di media complessità clinica da chi saranno assistiti se non cambia radicalmente l'attuale organizzazione della medicina di famiglia? E in quale condizione di solitudine saranno costretti a vivere? Non si dimentichi che oggi per le persone sole e non cognitivamente compromesse la residenza rappresenta un luogo di convivenza che offre un minimo di relazioni.

- **La rete dei servizi per gli anziani**

La rete dei servizi ha configurazioni assai differenti nelle varie parti d'Italia. Però – pur partendo da livelli organizzativi molto diversi – sta subendo un processo continuo di adattamento. A questo proposito vi sono due domande chiave: come si modificherà la rete dei servizi, in conseguenza dei cambiamenti che avverranno nelle residenze? Ma, anche, come le residenze vivranno i cambiamenti che stanno avvenendo nei servizi territoriali? È un ambito dominato dall'incertezza, perché una guida unitaria a livello di distretto, il quale a sua volta delega funzioni ai centri servizio/residenze, potrebbe facilitare molti atti assistenziali. [...]

La breve analisi condotta nel paragrafo precedente porta ad affermare che l'aspetto maggiormente critico dell'attuale sistema socio-sanitario è l'integrazione.

Come in precedenza articolato il sistema attuale è fortemente verticalizzato per settore/target di utenza senza che si realizzi una globale presa in carico del bisogno. La ricerca dell'innovazione non può quindi prescindere dal mettere al centro del sistema il paziente in quanto entità complessa portatore di bisogni complessi che necessitano di risposte integrate.

Il paziente anziano è tipicamente affetto da diverse patologie croniche (comorbidità) mentre il paziente cronico è destinato a convivere a lungo con la propria patologia. Da questa banale osservazione della realtà dalla parte domanda dei servizi sanitari discende la necessità di ricomporre l'offerta affinché la stessa sia in grado di fornire risposte integrate che tengano conto non solo dell'età, non solo della cronicità. Il tema della cronicità è un elemento piuttosto innovativo nell'ambito del SSN ed è tipicamente affrontato a partire dalle cure prima-

rie, attraverso da un lato il ripensamento dell'offerta, dall'altro lato, nuovi paradigmi assistenziali che prevedano forme innovative di gestione.

L'elemento deficitario nella normativa nazionale sembra però essere la presa in carico globale dell'individuo a partire dalla valutazione del bisogno per arrivare all'erogazione del servizio adeguato. Il modello istituzionale sembra non essere completamente adeguato con l'evoluzione dei bisogni e quindi con una moderna concezione di servizio sanitario. Certamente il panorama italiano è caratterizzato da punte di forte messa in discussione del sistema e di conseguenti slanci verso l'innovazione. Alcune regioni sono una fucina di quelle innovazioni e di quelle buone pratiche che talvolta si estendono come accade nel gioco del domino, a volte restano casi isolati di cui si discute nelle più moderne aule di studio o nei dibattiti intellettuali. La crisi, e il conseguente ridimensionamento delle risorse, obbliga tutti, a tutti i livelli di responsabilità, ad aprirsi al confronto e a dare il proprio contributo sulla base della propria esperienza e delle proprie competenze. A questo sentire vuole rispondere questo documento e per dare un contributo al dibattito in corso oltre alla revisione delle realtà innovative regionali nazionali si propone, nel paragrafo successivo una riflessione su come si stanno organizzando in altri contesti internazionali, soprattutto di matrice anglosassone.

3. COSA IMPARARE DALLE ESPERIENZE INTERNAZIONALI

La letteratura internazionale fornisce ottimi spunti per ripensare il modello italiano. L'aspetto interessante e innovativo riguarda il modo in cui il tema è trattato: l'attenzione viene posta sulla cura delle persone con "long term condition"²³, ovvero viene affrontata in termini globali superando gli steccati del sistema di offerta italiano.

Nello specifico il documento "Improving care for people with long-term conditions" schematizza il Sistema anglosassone.

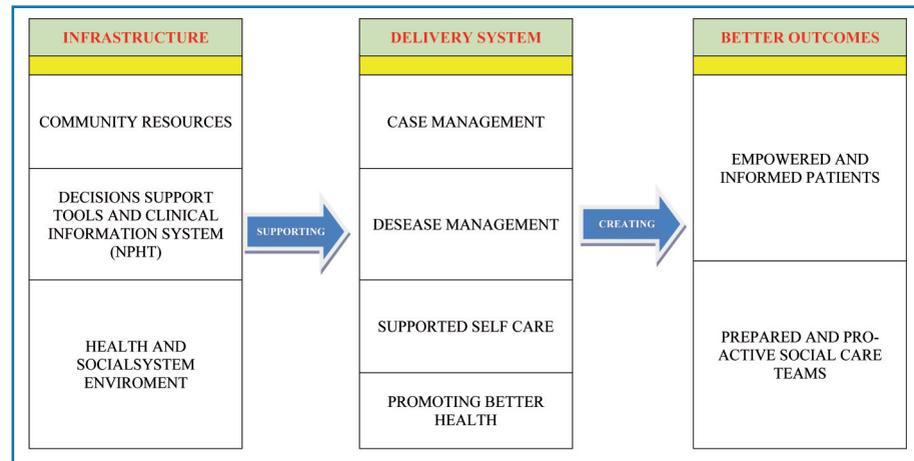


Fig. 6
The NHS and Social Care Model⁴

Gli elementi chiave del NHS e Sociale Care model sono:

- a systematic approach that links health, social care, patients and carers,
- identifying everyone with a long-term condition,
- stratifying people so they can receive care according to their needs,
- focusing on frequent users of secondary care services,

- using community matrons to provide case management,
- developing ways to identify people who may become very high intensity service users,
- establishing multi-disciplinary teams in primary care, supported by specialist advice,
- developing local ways to support self care,
- expanding the Expert Patient Programme and other self-management programmes,
- and using tools and techniques already available to make an impact.

Nella progettazione del modello integrato per la presa in carico globale dei pazienti cronici, il NHS ha potuto riferirsi ad alcuni modelli largamente descritti dalla letteratura: Kaiser, EverCare, and Pfizer approaches. Elemento comune dei 3 modelli è l'utilizzo di una qualche forma di case management nonché l'approccio proattivo alla gestione di persone con long-term conditions. La differenza più significativa riguarda il fatto che il modello sviluppato presso Kaiser permanent è focalizzato sull'integrazione dei servizi rimuovendo la distinzione tra servizi di primo e secondo livello per le persone a tutti i livelli della "Kaiser pyramid" (compresa la prevenzione), mentre gli approcci promossi da Evercare e Pfizer si focalizzano sui pazienti a elevato rischio di ospedalizzazione.

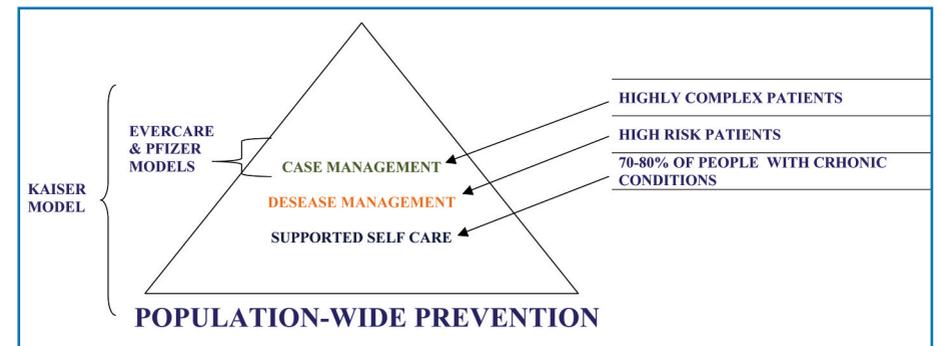


Fig. 7
The 'Kaiser Triangle' illustrating different levels of chronic care

The approach taken by Kaiser Permanente is based on the Chronic Care Model. Kaiser focus on integrating organisations and disciplines. Doctors from primary and secondary care share the same budget and function within multi-speciality centres which also house nurses, pharmacists, laboratory technicians, radiology staff and others. People with longterm conditions are stratified according

²³ University of Birmingham, Institute for innovation and improvement

to need, with intensive management targeted at those at highest risk.

United Healthcare's EverCare model targets people at highest risk using Advanced Primary Nurses as case managers (similar to community matrons). Here the focus is on integrating social and healthcare to meet an individual's needs. Once older people at high risk have been identified, Advanced Primary Nurses assess their care needs and coordinate their journey along a care pathway. The aim is to maintain health, detect changes and prevent unnecessary admissions, and facilitate early discharge when admissions occur.

The Pfizer approach also targets those at highest risk, using telephone case management to supplement existing services.

Tra le esperienze maturate nel contesto statunitense, il **Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)** merita sicuramente una seppur superficiale menzione. Tale programma, che si rivolge alle persone ultra 55enni sufficientemente fragili da poter essere inseriti in "nursing home", fornisce ai propri membri tutti i servizi sanitari inclusi: *primary and specialty medical care, nursing, social services, therapies (occupational, physical, speech, recreation, etc.), pharmaceuticals, day health center services, home care, health-related transportation, minor modification to the home to accommodate disabilities, and anything else the program determines is medically necessary to maximize a member's health.*

Il programma PACE è erogato da providers che forniscono direttamente la totalità dei servizi sanitari attraverso propri professionisti. I providers sono rimborsati a quota fissa per membro e sono responsabili di erogare tutti i servizi sanitari necessari ai propri membri. Poiché questo tipo di programma si rivolge a persone anziane, molto fragili e con diverse patologie croniche, la maggior parte dei pazienti che aderiscono a questo Programma hanno mediamente più comorbidità, tra cui le più diffuse sono: problemi cardiaci, diabete, ipertensione, malattie vascolari, si genera una positiva incentivazione a investire nella prevenzione per mantenere in salute i propri membri il più possibile evitando il ricovero in strutture a più elevata intensità e quindi a maggiori costi. Quindi il Programma è molto focalizzato sulla prevenzione attraverso per esempio frequenti check ed una particolare enfasi ai corretti stili di vita .

I Provider erogano i loro servizi in "PACE Center", che tipicamente offrono nella stessa struttura: ambulatori medici, ambulatori infermieristici, servizi sociali,

servizi riabilitativi, servizi amministrativi per 7 giorni la settimana. La cura e l'assistenza erogata a ciascun membro si basa su "Care planning". Nel 2012 ci sono 888 PACE programs operanti in 29 stati.

Le esperienze internazionali presentate hanno in comune alcuni elementi utili per mettere in discussione i nodi critici del sistema organizzativo italiano:

- Lettura integrata del bisogno
- Differenziazione e integrazione dell'offerta
- Presa in carico globale dei bisogni
- Focus sulla gestione per processi.

4. GLI ELEMENTI CARATTERIZZANTI LA PROPOSTA DI UNA NUOVA VISIONE DEI SERVIZI

Se ci si approssima al sistema socio sanitario italiano con il tradizionale modo di osservare la realtà nei termini di domanda e offerta, è evidente che abbiamo di fronte un'incoerenza. In primis, poiché in sanità l'offerta condiziona la domanda, che a sua volta risente di vari fattori (livello d'istruzione, diffusione delle informazioni, ecc.) è indispensabile ragionare in termini di bisogno e di offerta a esso coerente. Risulta chiaro, da quanto proposto nei paragrafi precedenti, che il modello descritto dal legislatore nazionale e, di conseguenza, i modelli implementati nelle regioni presentano un quadro dell'offerta non adeguato né ai bisogni dell'utenza diretta e né tanto meno a quelli dell'utenza indiretta (principalmente i famigliari, cui tocca spesso il ruolo di accuditori e ai quali di frequente si attaglia il concetto di hidden patient). Bisogni che non pienamente vanno limitati alla semplice risposta sanitaria e assistenziale di base per quanto altamente appropriata e che si estendono a quelli racchiusi nell'espressione "costi intangibili", che tentano di quantificare fattori soggettivi come la qualità della vita, il tempo libero e il dolore proprio e dei congiunti coinvolti.

L'ideale da perseguire è quello di allocare il percorso terapeutico assistenziale in un'area tematica circoscritta, in cui si ottimizzano sia assistenza e cura, ma nel contempo si minimizzano i disagi dell'utenza e degli attori della filiera di presa in carico.

Lo scenario che si presenta a un osservatore è caratterizzato da un sistema di offerta verticalizzato e frammentato (ospedale e territorio, acuti, post acuti, cure intermedie, casa della salute) che ragiona in termini di target (disabili, anziani, cronici, diabetici, ipertesi, non autosufficienti) avendo come riferimento "confini" prevalenti (quando una persona smette di essere cronica e diventa prevalentemente anziana? Se è prevalentemente disabile che peso ha l'età?), che esistono nel modello istituzionale del Servizio socio sanitario ovvero nell'organizzazione in atto dei servizi (assistenza agli anziani, assistenza ai disabili, presa in carico dei pazienti cronici), ma non hanno nulla a che vedere con le esigenze dei cittadini raffigurati negli attuali profili socio-demo-epidemiologici con sempre più elevati livelli di comorbilità, che aumentano con l'età e che dipendono anche dagli stili di vita e da diverse variabili socio-economiche, accentuate quest'ultime dalle crisi in corso.

Il ripensamento del Sistema socio sanitario, impone una riflessione ad ampio spettro che deve partire dall'analisi dell'evoluzione dei bisogni. Se si vuol tener fede alla responsabilità assegnata all'Asl di tutela della salute della popolazione di riferimento, è indispensabile che essa imposti la sua azione a partire dall'analisi e dalla conoscenza dei bisogni della popolazione cui afferisce.

Serve, dunque, un ribaltamento del paradigma secondo cui in sanità l'offerta genera la domanda, per arrivare ad affermare che l'offerta risponde ai bisogni nella loro nuova configurazione.

Se queste affermazioni sono ormai diventate patrimonio culturale nel dibattito socio politico occorre che questi principi si traducano in pratica programmatica. Da questa necessità discendono alcuni elementi innovativi imprescindibili per una proposta capace di sviluppare una vera politica capace di comprendere i bisogni e generare la programmazione dell'offerta:

1. Valutazione dei bisogni e orientamento ai servizi: analisi dei bisogni della popolazione e dell'evoluzione in atto degli stessi e indagine sulla consapevolezza circa le regole, i luoghi e le vie di accesso ai servizi;
2. Articolazione e differenziazione dei servizi: ripensamento dell'offerta nella ricerca di una loro rimodulazione maggiormente rispondente ai bisogni e loro sistemazione in aree comuni di congruenza reciproca.
3. Impatto dei bisogni di una persona sui suoi ambienti di vita, in particolare sui famigliari, distinguendo tra bisogni diretti e bisogni indiretti, quelli comunque attribuibili alla malattia originante un percorso lungo i servizi.

La rete dell'offerta, oltre ad essere ripensata in termini di coerenza tra bisogno nelle due accezioni - diretto e indiretto - e offerta, deve essere ripensata anche in termini di schemi organizzativi e gestionali. Per raggiungere l'obiettivo della globalità di risposta in termini di salute e relazionalità degli individui, dal lato dell'offerta è indispensabile ripensare, oltre alla forme organizzative, anche quelle gestionali, per passare da una logica prestazionale/erogativa di specifico servizio, ad una logica di presa in carico della globalità del bisogno nelle sue caratteristiche non di sola patologia e disabilità, ma esistenziali. Necessariamente ulteriori elementi innovativi sono:

4. Continuità della presa in carico e percorso lungo e dentro i servizi. Ovvero, superamento della logica secondo cui una tipologia di servizio/struttura/parte dell'organizzazione risponde al bisogno a vantaggio di una presa in carico globale con focus non sul prodotto ma sul processo.

5. Approccio olistico-esistenziale alla persona per rispondere contestualmente ai bisogni di natura sanitaria e a quelli di natura psico-sociale e quindi relazionali.
6. Approccio contestualizzato, che tenga in conto i disagi e le patologie – di natura internistica, psicologica e psichiatrica – suscitati dalla convivenza persistente con determinati pazienti cronici e non autosufficienti. Ma pure le difficoltà che gli attori della presa in carico possono far emergere in determinati ambiti, ad es. per distanze fisiche o carenza di determinate competenze.

Dai punti precedenti ne discende un ultimo, fondamentale, che rappresenta l'elemento più innovativo della presente proposta e che comporta le maggiori conseguenze tangibili: il ripensamento dei ruoli e delle responsabilità degli attuali livelli di gestione, nonché il cambiamento del modello di funzionamento.

7. Ripensare il modello di funzionamento attuale: filiera delle responsabilità e regole del sistema.

4.1 Valutazione dei bisogni e orientamento ai servizi

Analizziamo sinteticamente alcuni dei punti sopra elencati.

Nel paragrafo 1.1 del presente documento si è cercato di sintetizzare, rimandando a letteratura specifica per un eventuale approfondimento, l'andamento demografico della popolazione.

L'indice di vecchiaia è passato da 92,5 nel 1991 a 144,5 nel 2011, l'indice di dipendenza strutturale è passato da 47,5 nel 1991 a 52,3 nel 2011. Questo come conseguenza dell'aumento della speranza di vita alla nascita e della riduzione del tasso di natalità²⁴.

Al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione (aumento della popolazione anziana per effetto dell'allungamento della vita media) si accompagna quello dell'aumento della comorbilità, soprattutto negli ultimi anni di vita, in seguito al fatto che si vive più a lungo e paradossalmente si hanno stili di vita meno sani, con il conseguente anticipo dell'età in cui si manifesta la patologia cronica. Tra le cause delle patologie croniche sono da distinguere i fattori di rischio non

modificabili, quali etnia, età, sesso ed ereditarietà, e i fattori di rischio modificabili, sia d'ordine sanitario ovvero alimentazione scorretta, mancanza di attività fisica, consumo di tabacco o alcol o droghe, etc.; sia d'ordine sociale, i.e. solitudine, povertà, etc.

Negli ultimi anni le Regioni hanno usato l'autonomia loro concessa dalla riforma del titolo quinto della costituzione, creando sistemi regionali che, soprattutto in ambito sociosanitario, sono diversi e difficilmente raffrontabili tra di loro. A vent'anni dalla seconda riforma del SSN, che di fatto ha posto le basi per l'attuale modello istituzionale e organizzativo, il quadro demografico ed epidemiologico si è modificato, con un elevato gradiente di complessità, ed è cambiata la struttura dei servizi sociosanitari. Ciò comporta come conseguenza la necessità di riadeguare il modello alla nuova fase storica.

Ne discende che i modelli devono essere ripensati, l'ospedale deve avere un luogo in cui si approda solo per rispondere a bisogni per acuti e per l'emergenza. Da tempo, almeno da quando è stato approvato il D. Lgs sui Lea, si è stabilito almeno in linea di principio che l'ospedale deve essere utilizzato in fasi specifiche del percorso della patologia, ovvero nel momento acuto, e che il resto deve essere preso in carico dal territorio.

Quindi è necessario investire nel territorio sia in termini strutturali e ancora di più in termini di nuovi modelli organizzativi, così come alcune esperienze regionali, citate nei paragrafi ad hoc, hanno già implementato. Si deve ripensare il territorio partendo direttamente da questo, considerando il ruolo reale dell'ospedale e progettando meccanismi di coordinamento forti per ricercare l'integrazione dei servizi rispetto al bisogno.

4.2 Articolazione e differenziazione dei servizi

Riprendendo dal paragrafo precedente la riflessione sul modello descritto con la seconda riforma sanitaria, è importante sottolineare inoltre che, in quella fase storica, il legislatore nazionale aveva come obiettivo principale avviare il processo di aziendalizzazione, con la conseguente necessità di semplificare concettualmente il modello organizzativo (organizzazione dei servizi) e, forse, l'organizzazione per target di utenza rispondeva bene alla ricerca di semplificazione. Bisogna anche considerare che sono passati trentacinque anni dall'istituzione del Sistema sanitario nazionale e che, tra le tante altre

²⁴ Per un approfondimento si rimanda a Istat "Italia in cifre – 2011".

trasformazioni avvenute, anche le competenze manageriali, ovvero di lettura complessiva della realtà, trentacinque anni fa dovevano ancora affermarsi.

Negli ultimi dieci anni le Regioni, soprattutto quelle maggiormente sensibili ai cambiamenti e più proiettate verso l'innovazione, hanno modificato il modello organizzativo per dare migliori risposte ai bisogni evidenziati dentro i loro confini.

Per quanto riguarda gli anziani, è stato fatto un rilevante investimento sulle Rsa.

Oltre a modificare il target di utenza - si ricorda che inizialmente il POA (Progetto Obiettivo Anziani) indicava come target gli ultra 65enni, oggi il target di riferimento, anche se non sempre esplicitamente dichiarato, sono gli ultra 75enni - si è investito sull'ammodernamento e sul potenziamento della rete di offerta, nonché sugli standard di qualità erogati e sulle competenze dei professionisti e degli operatori a vario titolo.

Il concetto di pazienti cronici è stato invece introdotto recentemente nei documenti di programmazione regionale ed è stato legato allo sviluppo delle cure primarie e quindi alla presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche sulla base di Percorsi diagnostici terapeutici (Pdta) che si rifanno al modello gestionale del *disease management* ovvero della gestione della patologia.

Quello che sino ad ora è mancato e che a questo punto è diventato irrimandabile è la riorganizzazione dell'offerta avendo come riferimento non solo l'anziano oppure non solo il cronico affetto da specifica patologia, ma l'individuo nella sua realtà vitale.

Alcune Regioni com'è stato dimostrato nel paragrafo 2, anche sulla base delle esperienze internazionali, si sono mosse in questa direzione, andando a finanziare sperimentazioni con le quali superare gli steccati verticali caratterizzanti l'attualità e promuovere un approccio globale ai bisogni di presa in carico.

Interessante in questo ambito l'intervento normativo della Toscana che disegna un percorso tra livelli di offerta diversificati per intensità di cura, collocati talvolta in luoghi diversi della rete anche da un punto di vista fisico strutturale oltre che clinico/assistenziale, ma legati da un fil rouge che è la presa in carico globale del paziente, per rispondere all'insieme dei suoi bisogni.

La casa della salute dell'Emilia Romagna offre un valido spunto di riflessione nella misura in cui aggrega da un punto di vista strutturale e anche di presa in

carico i vari soggetti della rete (Mmg, ambulatori di specialistica ambulatoriale, servizi distrettuali, posti letto territoriali) ma è più sfumata l'idea della gradualità dell'offerta in funzione dei bisogni, anche se resta importante l'idea dell'articolazione e della differenziazione dei servizi nonché di decentramento degli stessi sul territorio.

Anche la Lombardia ha dato un significativo contributo, soprattutto per la grande portata innovativa, rivolto a valorizzare la rete territoriale delle Rsa.

Segnaliamo come particolarmente indicativa la sperimentazione di percorsi di Assistenza Post Acuta con la presa in carico del paziente in un ambiente assistenziale e sanitario residenziale a partire già dalla degenza e prima della dimissione, nel caso in cui il paziente sia ricoverato in ospedale. I destinatari di tali progetti sono identificabili quali persone prevalentemente affette da pluripatologia con bisogno di assistenza sanitaria, non ad alto contenuto tecnologico né ad alta intensità assistenziale. Oltre che per l'aspetto di recupero funzionale la sperimentazione si caratterizza per l'integrazione sociosanitaria. Infatti, c'è un costante dialogo col paziente, i suoi famigliari, il medico di base e i referenti di eventuali servizi a valle per la trasmissione di tutte le informazioni opportune. Ma si realizza anche una piena collaborazione al fine del più completo reinserimento del paziente nelle sue abituali condizioni di vita e per attenuare se non evitare completamente impicci burocratici, inconvenienti nell'affidamento ad altri attori della rete e imprevisti che vadano a ricadere sui conviventi.

Anche in Toscana le prime esperienze di cure intermedie sono state realizzate anche su posti letto di Rsa. Le Rsa sono, infatti, un patrimonio non solo strutturale ma soprattutto di esperienza e competenza nella gestione dei pazienti critici essendo aduse al lavoro in team multiprofessionali e alla visione multidimensionale, l'unica in grado di considerare tutti gli aspetti della vita quotidiana e di porre in essere misure per il rallentamento di una condizione multi-patologica e il reinserimento delle persone, quando possibile, a domicilio.

Senza dimenticare o sottovalutare l'importanza della diffusione territoriale, soprattutto in alcune aree del paese.

Il patrimonio materiale e immateriale della Rsa andrebbe messo al servizio del rinnovamento del Servizio sanitario nazionale attraverso il collegamento in rete delle strutture e dei professionisti e l'irraggiamento sul territorio delle peculiarità di competenze multidimensionali.

Questo patrimonio offre, infatti, diversi vantaggi:

- Prossimità. Le strutture sono tipicamente diffuse nel contesto di vita della popolazione o in vicinanza dei centri abitati per cui sono sotto vista e facilmente identificabili e classificabili nelle loro funzioni;
- dimensioni, sono tipicamente di ampiezza non dispersiva;
- clima umano sintonico con quello di provenienza degli ospiti;
- pluralità di servizi che possono essere erogati. Si va dai servizi tipicamente residenziali, semi residenziali, ambulatoriali a quelli domiciliari, con la combinazione di cure mediche, assistenza infermieristica, tutela sociale e la somministrazione di terapie non farmacologiche che, ormai è scientificamente assodato, si presentano come le più efficaci in soggetti cronici e non autosufficienti. Inoltre, all'interno delle Rsa, sono in corso sperimentazioni di servizi a bassa/media intensità di cura (cure intermedie, posti letto post acuti) che saranno messi a regime ordinario;
- competenze clinico e assistenziali. In alcuni contesti le Rsa gestiscono pazienti con gravi livelli di compromissione sia sul piano assistenziale, sia sul piano clinico;
- esperienza di assessment in team multi-professionali ed elaborazione di piani riabilitativi o assistenziali personalizzati col concorso di famigliari e di volontari così da inquadrarli in un "progetto di vita";
- competenze per facilitare e gestire iniziative di auto mutuo aiuto;
- competenze gestionali e organizzative. Queste strutture da tempo hanno imparato a mantenere l'equilibrio tra standard di accreditamento, livelli di qualità erogati, quindi costi sostenuti e ricavi conseguenti al finanziamento della quota sanitaria e di quella alberghiera, in un contesto caratterizzato da elementi di libera concorrenza e di libera scelta dei cittadini.

Inoltre bisogna tener presente che tale patrimonio strutturale ma soprattutto professionale delle Rsa rischia di non sopravvivere al fenomeno della riduzione dei ricoveri a sua volta determinato dalla crisi finanziaria delle Regioni e dall'impovertimento delle famiglie. Ciò comporta la disponibilità di posti letto e di professionisti, su gran parte del territorio nazionale, soprattutto nelle regioni del nord. Uno "spazio" fisico e professionale libero che potrebbe essere riempito fornendo cure e assistenza a pazienti diversi da quelli tradizionalmente assistiti in queste strutture ovvero prendendo in carico i nuovi bisogni così come sono stati descritti precedentemente nella loro complessità e globalità.

Il Sistema nel suo complesso troverebbe giovamento almeno da due punti di vista:

- sostenibilità economica;
- rinnovamento del sistema e maggiore orientamento ai bisogni;
- aggregazione spaziale.

Il concetto di presa in carico globale del paziente, a prescindere dalla fascia di età (attuale vincolo per l'accesso alle Rsa) nonché a prescindere dalla specifica compromissione è approfondito nel paragrafo successivo.

4.3 Continuità della presa in carico e percorso nei servizi

L'attuale frammentazione del modello organizzativo, sia in termini di servizi/strutture che in termini di responsabilità, comporta rilevanti problemi in merito alla continuità dell'assistenza. Negli anni si è lavorato sedimentando esperienza in ambiti specifici di competenze e finendo col rendere sempre più difficoltoso il passaggio tra i diversi segmenti dell'organizzazione.

Questo aspetto caratterizza il sistema sia in entrata che in uscita. Alcuni esempi:

- la programmazione degli interventi ospedalieri è marginale e la maggior parte dei ricoveri avvengono dal Pronto soccorso in regime di urgenza;
- le degenze ospedaliere si prolungano a causa delle difficoltà, una volta che il paziente è ricoverato, ad attivare le risorse territoriali per dimettere il paziente, con un conseguente aumento delle giornate di degenza oltre soglia. Questo fenomeno, che naturalmente incide anche sulla gestione del PS anche in termini di tempi di attesa, vede la sperimentazione di diversi interventi (case management, discharge room, domiciliarizzazione ospedaliera, posti letto post acuti) ma con risultati non del tutto confortanti. Queste difficoltà non riguardano solo le aziende ospedaliere che non hanno al proprio interno i servizi territoriali ma anche le Asl, che nonostante abbiano al proprio interno una funzione aziendale dedicata al territorio, ovvero a tutto ciò che sta fuori dall'ospedale, ha serie difficoltà a garantire la continuità della presa in carico;
- anche una percentuale rilevante di re-ricoveri è legata alla mancata continuità di presa in carico a livello territoriale, con servizi distrettuali che interpretano la loro funzione come adempimenti burocratici e Medici di Medicina Generale ancora legati ad una visione tradizionale del loro operato.

Talvolta i problemi di continuità assistenziale sono anche la conseguenza di:

- difficoltà di comunicazione e di condivisione delle informazioni;
- difficoltà di lavoro in equipe e di messa in rete delle diverse competenze e professionalità;
- difficoltà di recepimento del punto di vista degli altri professionisti e del contributo che ciascuno può dare.;
- sistema di remunerazione a tariffa per prestazione che favorisce una visione parcellizzata del processo di erogazione.

Il cambiamento necessario è il superamento del modello organizzativo per funzioni (singole prestazioni o singoli pacchetti) per tendere ad un modello per processi continui e contigui, costruito in modo tale da gestire efficacemente tutte le problematiche dell'unità bio-psico-sociale della persona. In altre parole, bisogna superare l'approccio che vede la cura del problema di salute specifico per tendere a un criterio di gestione del paziente nella sua complessità prendendosi in carico anche le comorbilità (concorrente e coesistente) nonché le problematiche psicologiche e sociali e il caregiver burden.

4.4 Approccio olistico-esistenziale alla persona

Nei servizi alla persona una dimensione rilevante nell'ambito di un più ampio concetto di qualità, è la qualità relazionale. La relazionalità positiva ha ordinariamente un peso di decisivo sulla salute e nei soggetti cronici o con compromissione della non autosufficienza acquisisce anche valore di prevenzione delle complicazioni e di rallentamento della progressione disabilitante.

Il focus sui bisogni di natura sanitaria e psico-sociale impone, quindi, una particolare attenzione al tema della relazione che si sviluppa al momento della presa in carico e che viene percepito dal fruitore del servizio come elemento discriminante. La qualità relazionale è specifica di un determinato contesto in quanto è l'effetto determinato dalle relazioni attivate dai soggetti presenti in un luogo di vita comunitaria, dai loro stili comportamentali, dalle rappresentazioni della malattia, dalla forza della rete primaria²⁵. L'input a sviluppare la qualità relazionale arriva da vari e conosciuti convegni e articoli sul welfare community e il benessere organizzativo realizzati negli ultimi anni in Italia, ma anche da

esperienze internazionali. Particolarmente interessante in questo è il concetto di "approccio ellittico" che definisce standard e promuove un modello con due fuochi: la persona fruitrice delle cure e dell'assistenza e l'accuditore principale. Tra i vari programmi merita un'evidenza il Programma Planetree²⁶ che pone tra gli elementi del modello:

1. Interazioni umane, scelta e dignità. Un ambiente di cura (per pazienti, familiari e professionisti) si realizza quando si instaura una relazione umana tra pazienti e professionisti. Questo significa fornire ai pazienti cure personalizzate e favorire un clima organizzativo che supporti e valorizzi lo staff. [...]
2. Famiglia, Amici e Relazioni Sociali. Le relazioni sociali sono fondamentali per una vita sana. Planetree incoraggia il coinvolgimento di amici e familiari, offrendo la possibilità di visitare il paziente [...]. Il programma Care Partner promuove la massima partecipazione della famiglia durante il ricovero e in convalescenza. [...]

L'attenzione a questi aspetti, irrinunciabili, impone un ripensamento dei percorsi che devono aprirsi maggiormente ad ambiti tradizionalmente sottovalutati e un ripensamento delle competenze del personale, verso lo sviluppo di sensibilità relazionale. In alcuni casi potrebbe essere opportuno l'integrazione di nuovi profili professionali tradizionalmente esclusi dal processo, ma detentori di questa sensibilità.

Per perseguire tale scopo e implementare nel sistema un approccio così focalizzato al paziente e al suo entourage e non più a uno specifico problema di salute dello stesso, è auspicabile l'integrazione strutturale e manageriale tipo "casa della cronicità e della non autosufficienza".

Il problema principale della continuità delle cure è quello del coordinamento. Date le osservazioni precedenti, forse per superare il retaggio storico di organizzazioni "organizzate" per servizio in termini verticali e frammentati, quello dell'integrazione strutturale, ovvero della condivisione dello spazio fisico, è un passaggio obbligato per perseguire l'integrazione professionale a 360 gradi. Di non trascurabile importanza sono pure i risparmi che si conseguono dal concentrare servizi e professionalità in un'unica area operativa evitando dispersioni territoriali e tempi di erogazione procrastinati dalle distanze.

²⁵ Monteleone A. (2010): "Qualità relazionale e benessere sistemico in Rsa"

²⁶ www.planetree.it

Questo passaggio potrebbe agevolare la continuità di presa in carico. Altro elemento agevolante l'integrazione e la gestione del processo di cura è l'unicità delle responsabilità.

Di questi temi che hanno come conseguenza un cambiamento del modello istituzionale se ne parlerà nel paragrafo successivo.

4.5 Ripensare il modello di funzionamento attuale: filiera delle responsabilità e regole del sistema

In questo paragrafo si affrontano i nodi cruciali dei vari elementi che caratterizzano la proposta innovativa. La riflessione che ha preso le mosse dalla ricerca di coerenza tra bisogni e offerta di servizi, alla luce della imprescindibile tensione verso il superamento di logiche gestionali settoriali, per puntare alla gestione ovvero presa in carico globale del bisogno deve necessariamente affrontare il tema del ripensamento dell'attuale modello di funzionamento.

Per modello di funzionamento s'intende:

- livelli di responsabilità
- modello di finanziamento per orientare i comportamenti (premiare qualità e continuità delle cure)
- modalità di accesso per il paziente (indirizzare la domanda o lasciare libertà di scelta)

Il tema della ridefinizione delle responsabilità è il nodo cruciale per realizzare realmente il cambiamento. Nel modello non viene messo in discussione il ruolo di tutela della salute dei cittadini da parte dell'Asl. Quello che si propone è l'inserimento nella filiera delle responsabilità di un nuovo soggetto che abbia la tutela specifica del singolo cronico. Questo nuovo soggetto, che si potrebbe configurare come "la casa della cronicità e della non autosufficienza" o per utilizzare un'espressione inglese "a place around you", dovrebbe garantire la gestione del paziente per tutti gli aspetti che riguardano il concetto di "salute allargata" e che comprende al proprio interno in una logica di multidisciplinarietà la presa in carico. La "casa della cronicità e della non autosufficienza" dovrebbe quindi farsi carico di garantire le risposte adeguate ai bisogni dei propri assistiti, attraverso:

- decodifica del bisogno;
- individuazione della risposta adeguata;
- organizzazione del percorso e accompagnamento del paziente e dei familiari in tutte le fasi dello stesso;
- valutazione dei risultati.

La "casa della cronicità e della non autosufficienza" si assume quindi la responsabilità di rispondere a tutti i bisogni dell'assistito ad eccezione di quelli che comportino un ricovero ospedaliero o prestazioni di diagnostica strumentale avanzata.

La "casa della cronicità e della non autosufficienza" eroga direttamente le prestazioni attraverso la gestione diretta di fasi della produzione o ne contratta l'acquisto da soggetti terzi.

L'Asl rispetto alla "casa della cronicità e della non autosufficienza" ha responsabilità di:

- accreditamento delle strutture e stipula del contratto di fornitura;
- individuazione dei pazienti che possono essere inseriti in questo programma e che scelgono di aderire liberamente fatta salva la verifica dell'Asl dei requisiti per aderire;
- monitoraggio e controllo della corretta gestione dei pazienti;
- utilizzo di sistemi di finanziamento focalizzati sul processo e non sulla singola prestazione.

4.6 Modus operandi: sperimentare, valutare, istituzionalizzare

L'impatto innovativo di questa proposta per lo sviluppo di sistemi integrati è decisamente rilevante.

Da qui discende l'opportunità di mettere in discussione il tradizionale modus operandi per auspicare che si realizzi una sperimentazione della progettualità. Per valutare la bontà metodologica nonché la sostenibilità di tale innovazione sarebbe appropriata la realizzazione di una o più sperimentazioni, che potrebbero essere realizzate in quei contesti organizzativi tradizionalmente sensibili all'innovazione e all'evoluzione del proprio ruolo nella rete dei servizi. Questa scelta impone la definizione di risultati attesi misurabili in termini qualitativi e quantitativi. Al termine del periodo di sperimentazione è necessaria una valutazione sui risultati raggiunti per realizzare una oggettiva riflessione sulla bontà della proposta.

PER UNA POLITICA DI QUALITÀ NEI SERVIZI SOCIO SANITARI

Finito di stampare nel novembre 2013
da Arti Grafiche Colombo s.r.l. Via M.D'Azeglio, 16 - Gessate (Mi)

PROGEA

The logo for PROGEA features the word in a bold, black, sans-serif font. Below the text is a graphic consisting of three blue, upward-curving arches that resemble a stylized bridge or a series of connected curves.

AGeSPI

Associazione Gestori servizi Socio-sanitari e cure Post Intensive