

FRAGILITÀ, CRONICITÀ E DISEGUAGLIANZE DI SALUTE

A cura di **Giorgio Banchieri e Andrea Vannucci**

AsIQuAs

Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

Siamo in un contesto di “*tempesta perfetta*”: sindemia post pandemia da SARS-COV-2, crisi della globalizzazione e dinamiche geopolitiche che cambiano gli equilibri politico istituzionali e i ruoli globali, due guerre in atto ai confini della UE, i Paesi una volta sviluppati sono, chi più chi meno, caratterizzati da una crisi del ruolo dei ceti medi e dei ceti produttivi, crisi economica e sociale e pauperizzazione globale ... la ricchezza sempre più concentrata (1% della popolazione globale) e il restante 99% con solo l'1% (Osservatorio OXFAM 2023). Si fanno sempre meno figli e si vive più a lungo ... per ora. Aumentano le fragilità proxy di cronicità e diseguaglianze sociali, economiche e ... di salute. In questo contesto per affrontare i temi relativi a fragilità, cronicità e diseguaglianze gli autori hanno ritenuto di dovere ripartire dalle definizioni e dagli approcci.

Innanzitutto è cambiato il concetto di malattia (Bernardino Fantini, Università di Ginevra) ... sempre meno acuzie, sempre più cronicità. Il tutto in una visione che dovrebbe essere di “*One Health*” e determinare scenari di policy nella Regione WHO Europea (Chris Brown e Luigi Bertinato, WHO, sede di Venezia). Ripensare i concetti di cronicità e fragilità comporta conoscere i bisogni e saper fare analisi stratificata del rischio di popolazione (Giorgio Banchieri e Andrea Vannucci, ASIQUAS), così anche per la non autosufficienza (Franco Pesaresi, ASIQUAS).

Servono nuovi approcci al cambiamento organizzativo ripensando skill e competenze tecniche e professionali (Silvia Boni, ASIQUAS) e inducendo nuove competenze anche nella formazione manageriale (Laura Franceschetti, Università “Sapienza”), come nei modelli e negli strumenti di cambiamento organizzativo e Project e Lean management (Maurizio Dal Maso, ASIQUAS).

Una attenzione particolare viene data nell'ebook al tema della digitalizzazione nella sua dimensione attuale 4.0 sia nel suo impatto più globale sui processi di cura e di gestione (Angelo Rossi Mori, CNR), che nel suo potenziale di sviluppo tramite data analytics e predittività verso la medicina di precisione e personalizzata (Michele Fanello, Sanitova), nonché a supporto della presa in carico e gestione del paziente (Stefania Mancini, MMW.srl).

Oltre a questi “*scenari*” si è voluto tener conto dei nuovi approcci degli “*osservatori*” che si occupano di sanità e sociale quale quello del CREA (Federico Spandonaro e Daniela D'Angelo) che ha evidenziato i nuovi contorni delle diseguaglianze di salute nel nostro Paese oggi e in divenire, quale quello sul benessere e sulla vicinanza delle cure della LUISS/Fondazione “*B. Visentini*” (Duilio Carusi e Camilla Russo), quale quello sulla salute degli italiani dell'Università Cattolica (Alessandro Solipaca) e gli osservatori e i progetti di Cittadinanzattiva sulla desertificazione sanitaria e gli accessi ai servizi (Francesca Moccia), nonché una survey sull'evoluzione delle normative in materia e sulle loro criticità (Rocco Junior Flacco Ministero della Sanità).

Infine si è ritenuto utile raccogliere una serie di esperienze dai territori e dalle comunità tendo conto degli apporti sulla medicina generale e le comunità dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie/ Libro Azzurro (Fulvio Lonati), i progetti e le survey sui temi con particolare riferimento ai consumi di farmaci dell'Istituto “*Mario Negrè*” di Milano (Alessandro Nobili), sull'esperienza delle reti integrate in Toscana della Fondazione Sicurezza in Sanità (Enrico Desideri), sulla gestione delle cronicità presso la ASL di Rieti (Marinella D'Innocenzo) e sulle esperienze per l'abbattimento delle barriere e delle discriminazioni dei disabili nell'accesso ai servizi sanitari in Toscana (Maria Teresa Mechi e Virginia Serrani). L'ebook vuole essere una raccolta di esperienze, di dati e di analisi, nonché di modelli e strumenti gestionali per affrontare il tema della fragilità, della cronicità e delle diseguaglianze di salute in un approccio olistico e di “*One Health*”. In sintesi uno strumento di lavoro per gli operatori sanitari e sociosanitari interessati ai temi trattati.

INDICE

Presentazione	7
<i>Silvia Scelsi</i>	
Autori dei contributi	10
L'evoluzione dei concetti di malattia e di salute nella presa in carico della vulnerabilità e delle diseguaglianze	21
<i>Bernardino Fantini</i>	
Scenari delle fragilità, delle cronicità e delle diseguaglianze di salute	39
Le condizioni di cronicità e fragilità e le diseguaglianze	40
<i>Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci</i>	
La fragilità, la cronicità e le diseguaglianze in salute dall'indagine dell'OMS denominata: "Health Equity Status Report"	64
<i>Chris Brown, Luigi Bertinato</i>	
La non autosufficienza	75
<i>Franco Pesaresi</i>	
Stratificazione dei bisogni delle popolazioni: un nuovo modo di fare programmazione sanitaria	102
<i>Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci</i>	
Cambiamento organizzativo e competenze a supporto della presa in carico dei pazienti fragili e cronici e per affrontare le diseguaglianze	123
Gestione dei progetti e cambiamenti organizzativi: l'innovazione in sanità	124
<i>Maurizio Dal Maso</i>	
La Formazione del personale del SSN	134
<i>Silvia Boni</i>	
Nuovi bisogni di salute e modelli organizzativi in cambiamento: quale formazione manageriale sanitaria	153
<i>Laura Franceschetti</i>	
La digitalizzazione della sanità a supporto della gestione dei pazienti fragili e cronici e per affrontare le diseguaglianze	169
Tecnologie e semantica: un binomio da ripensare	170
<i>Angelo Rossi Mori</i>	

Fragilità, cronicità e diseguaglianze: definizioni e approcci. Data analytics e predittività <i>Michele Fanello</i>	181
Telemedicina e cure di prossimità per i pazienti cronici e i soggetti fragili <i>Stefania Mancini</i>	202
Fragilità, cronicità e diseguaglianze di salute: il contributo degli Osservatori sulla sanità	215
Il rilievo della fragilità nell'attuale contesto del Servizio Sanitario Nazionale. Considerazioni giuridiche e prospettive di riforma <i>Rocco Junior Flacco</i>	216
Le sfide future per la sanità pubblica: invecchiamento, risorse economiche e disuguaglianze <i>Alessandro Solipaca</i>	225
Diseguaglianze di salute: <i>performance</i> regionali ed equitative <i>Daniela d'Angela, Barbara Polistena, Federico Spandonaro</i>	244
Vicinanza della salute: un nuovo approccio per interpretare e gestire le trasformazioni in atto <i>Duilio Carusi e Camilla Russo</i>	251
Diseguaglianze di accesso ai servizi per la salute: gli esiti del Rapporto civico sulla salute 2023 <i>Francesca Moccia</i>	270
Fragilità, cronicità, diseguaglianza di salute: esperienze nei territori	291
Riformare le Cure Primarie, chiave necessaria per affrontare le sfide emergenti: cronicità, fragilità, disuguaglianze di salute <i>Fulvio Lonati</i>	292
Multimorbilità e polifarmacoterapia: strumenti e prospettive per migliorare l'uso dei farmaci nel paziente anziano <i>Marina Azab, Chiara Elli, Alessandro Nobili, Luca Pasina</i>	302
Il cambiamento organizzativo necessario per garantire equità e sostenibilità <i>Enrico Desideri</i>	315
La gestione della cronicità nella ASL di Rieti <i>Marinella D'Innocenzo</i>	324
Barriere e discriminazioni dei disabili nell'accesso ai servizi sanitari <i>Maria Teresa Mechi, Virginia Serrani</i>	338

Presentazione

Silvia Scelsi

Presidente Nazionale ASQUAS

Cronicità, fragilità, diseguaglianze, politiche sanitarie, nuove metriche e valutazioni delle performance, esperienze singolari ed innovazioni sono le parole chiave di questo libro voluto da ASQUAS in coincidenza del suo quarto Congresso Nazionale con significativi contributi da parte di Università, Centri di Ricerca, Osservatori, WHO e Associazioni dei cittadini e malati.

Cronicità, fragilità, e diseguaglianze sono condizioni strettamente correlate nel contesto della salute e del benessere sociale. La caratteristica delle malattie croniche è quella di richiedere cure a lungo termine ed avere un impatto duraturo sulla qualità della vita.

La gestione di queste condizioni può essere complessa e dispendiosa. Le malattie croniche possono provocare condizioni di fragilità.

Il concetto di fragilità si riferisce in sostanza alla vulnerabilità delle persone, soprattutto anziane, che diventano più suscettibili a malattie, disabilità e peggioramento delle loro condizioni di vita a causa della presenza di malattie croniche.

Proprio tra loro si riscontra poi un più alto tasso di diseguaglianze. Le disparità socioeconomiche possono influenzare l'accesso alle cure sanitarie e la gestione delle malattie croniche aggravando la loro situazione e perpetuando un ciclo di diseguaglianza. In sintesi, le diseguaglianze sociali aumentano la fragilità, che a sua volta peggiora la gestione delle cronicità, esacerbando le disparità.

Per rispondere a tali criticità, che stanno aumentando e ancora di più lo faranno in assenza di politiche sanitarie adeguate, dobbiamo adottare nuove metriche e nuovi metodi di valutazione delle performance per promuovere una governance efficace dei servizi sanitari attraverso alcune azioni strategiche:

1. *Miglioramento della misurazione dei risultati*: utilizzare nuove metriche che vanno oltre i tradizionali indicatori clinici (come mortalità e morbilità) per includere misure di qualità della vita, soddisfazione del paziente e impatto sociale delle cure. Queste metriche possono fornire una visione più completa della qualità dell'assistenza sanitaria e aiutare a identificare aree di miglioramento.

2. *Valutazioni basate sui dati*: implementare sistemi avanzati di raccolta e analisi dei dati che permettano di monitorare in tempo reale le performance dei servizi sanitari. Ciò consente una governance più reattiva e basata su prove, dove le decisioni politiche possono essere guidate da dati concreti e aggiornati.
3. *Promozione dell'equità*: integrare metriche che misurano l'equità nell'accesso e nella qualità delle cure, concentrandosi sulle diseguaglianze socioeconomiche, geografiche e demografiche. Questo aiuta a indirizzare risorse e interventi verso gruppi svantaggiati, migliorando l'equità nel sistema sanitario.
4. *Valutazione dell'efficienza economica*: incorporare valutazioni del valore espresso, come l'analisi costo-efficacia, per determinare come le risorse sanitarie possono essere allocate in modo più efficiente. Questo può ottimizzare l'uso delle risorse, riducendo gli sprechi e migliorando l'efficacia complessiva dei servizi.
5. *Coinvolgimento dei pazienti e delle comunità*: sviluppare metriche che valutino il grado di coinvolgimento dei pazienti e delle comunità nelle decisioni sanitarie. Questo promuove una governance inclusiva, dove le politiche siano più allineate ai bisogni reali delle persone.
6. *Trasparenza e responsabilità*: utilizzare le nuove metriche per migliorare la trasparenza e la responsabilità nei servizi sanitari, pubblicando regolarmente i dati sulle performance e rendendoli accessibili al pubblico. Questo può incentivare una gestione più responsabile e orientata ai risultati.

Implementando queste strategie, le politiche sanitarie possono migliorare la qualità, l'efficienza e l'equità dei servizi sanitari, contribuendo a una governance più efficace e responsabile.

Se vogliamo vincere la sfida che l'aumento delle malattie croniche e dei soggetti fragili ci pone dobbiamo diventare padroni delle idee e delle tecnologie nuove per saperle implementare e così migliorare la cura dei malati cronici, gestire le situazioni di fragilità e marginalità e ridurre le diseguaglianze tra i cittadini.

Gli strumenti di cui possiamo disporre, alcuni dei quali sono in fase di approntamento anche grazie alla disponibilità dei fondi del PNRR sono la *Telemedicina e la Teleassistenza*, le *Cartelle Cliniche Elettroniche (EHR) Integrate* ed in particolare il *Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)*.

La telemedicina offre un accesso remoto alle cure mediche, consentendo ai pazienti cronici e fragili di ricevere consultazioni, monitoraggio e supporto senza dover viaggiare.

La telemedicina riduce le barriere geografiche, facilita il monitoraggio continuo delle condizioni croniche e diminuisce il rischio di ospedalizzazione.

È particolarmente utile per i pazienti anziani o con mobilità ridotta.

L'uso coordinato ed integrato delle EHR e del FSE possono creare un unico database accessibile e aggiornato in tempo reale.

La sua disponibilità migliora la continuità delle cure, riduce gli errori medici e facilita la condivisione delle informazioni tra specialisti, migliorando la gestione delle malattie croniche.

L'*Intelligenza Artificiale (IA)*, da utilizzare anche ai fini di analisi predittiva consente a partire da grandi quantità di dati clinici e sociali di prevedere le complicazioni nelle malattie croniche e intervenire precocemente. Come risultato si ha un miglioramento della capacità di prevenzione, riducendo i costi sanitari e offrendo una cura più proattiva e tempestiva, specialmente per i pazienti più fragili.

Oltre le novità offerte dal progresso della tecnologia ci sono le innovazioni del pensiero e dell'azione non solo sanitario ma anche sociale come, ad esempio:

-
- *Modelli di Cure Basate sulla Comunità*, cioè iniziative che coinvolgono attivamente le comunità locali nella gestione delle cure, come gruppi di sostegno, educazione sanitaria e reti di volontariato. Si rafforza così il supporto sociale, migliora la compliance terapeutica e si affronta la marginalità sociale, riducendo l'isolamento dei pazienti fragili e vulnerabili.
 - *Piani di Cura Personalizzati*: strumenti digitali che consentono la creazione di piani di cura personalizzati, adattati alle specifiche condizioni e necessità del paziente e assicurano che le terapie e le strategie di gestione siano mirate ed efficaci, migliorando l'aderenza al trattamento e la qualità della vita dei pazienti.
 - *Accessi Facilitati ai Servizi Sanitari*, grazie all'Implementazione di politiche e strumenti che facilitano l'accesso ai servizi sanitari, come servizi mobili, assistenza domiciliare e punti di accesso sanitario nelle aree svantaggiate. Questi interventi sono in grado di ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure, portando servizi essenziali a chi è più difficile da raggiungere, migliorando l'equità sanitaria.
 - *Programmi di Educazione alla Salute*, per fornire informazioni sui corretti stili di vita e sulla gestione delle malattie croniche attraverso app, piattaforme online e workshop comunitari.
 - *L'obiettivo è quello di aumentare l'empowerment dei pazienti*, promuovere l'autogestione della malattia e ridurre le complicanze, migliorando la qualità della vita e riducendo il peso sulle strutture sanitarie.
 - *Supporto psicosociale integrato*, e quindi Integrazione di servizi di supporto psicologico e psicosociale nei percorsi di cura per malati cronici e fragili, utilizzando anche strumenti digitali come chat e video-consulenze. Con ciò dovremmo riuscire a migliorare il benessere mentale, affronta la marginalità sociale e supporta i pazienti e le loro famiglie nella gestione delle malattie croniche.
 - *Politiche di Sostegno alla Longevità Attiva*, con l'implementazione di politiche che promuovono l'invecchiamento attivo attraverso attività fisiche, sociali e culturali, e che offrono servizi di prevenzione mirati agli anziani. Questi interventi possono ritardare l'insorgenza di fragilità, migliorare la qualità della vita e ridurre la dipendenza dai servizi sanitari, promuovendo una vita più sana e autonoma.

L'adozione di tutte queste pratiche e strumenti innovativi permette di migliorare significativamente la gestione delle malattie croniche, ridurre la fragilità e marginalità sociale, e combattere le disuguaglianze.

Queste strategie promuovono un sistema sanitario più equo, efficiente e centrato sul paziente, capace di rispondere alle sfide complesse della sanità moderna.

Di molte di queste opportunità, e anche di altro, si tratta in questo *e-book* che vede il contributo di numerose competenze ed esperienze.

Quindi un grazie sentito a tutti coloro che hanno offerto con generosità i loro contributi e all'editore che pieno di entusiasmo ha deciso di pubblicarli ed infine un fiducioso auspicio che ci saranno lettori che apprezzeranno gli intenti di questo lavoro.

Autori dei contributi

Silvia Scelsi

Presidente Nazionale ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale, Presidente Nazionale ANIARTI, Società scientifica degli infermieri di area critica, Presidente IRC, *Italian Resuscitation Council*, Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche, Diploma in master di Management sanitario e di specializzazione clinica, Direttore del Dipartimento delle Professioni Sanitarie dell'Istituto "G. Gaslini" in Genova, già Responsabile della Programmazione e direzione delle professioni sanitarie e ausiliari dell'ARES 118 del Lazio, già responsabile Formazione ECM presso AO "San Camillo Forlanini" di Roma, già

responsabile del coordinamento dei mezzi di soccorso dell'AO "San Giovanni Addolorata" di Roma, responsabile, coordinatrice didattica e docente di diversi master sui servizi di emergenza e urgenza presso Università "Sapienza" e Università Cattolica "A. Gemelli" di Roma. Referente di diversi progetti nazionali di ricerca sull'organizzazione dei servizi di emergenza e urgenza e sugli skill professionali correlati. Ha scritto articoli e studi su testate impattate e con Editori specializzati.

Bernardino Fantini

Professore Emerito di Storia della Medicina e della Sanità, Facoltà di Medicina, Università di Ginevra. Dopo un dottorato in Biochimica alla Sapienza Università di Roma nel 1974, ha conseguito un dottorato in Storia e Filosofia delle Scienze della Vita all'EPHE-Sorbonne, Parigi, nel 1992.

Professore ordinario di Storia della Medicina e della Sanità all'Università di Ginevra dal 1992 al 2013; Direttore del Centro Collaboratore dell'OMS per la Ricerca Storica sulla Sanità Pubblica, dal 2005 al 2013.

I suoi temi di interesse sono la storia delle epidemie e delle politiche di sanità pubblica, la storia della biologia molecolare, la filosofia delle scienze della vita, Storia dei determinanti sociali, geografici e culturali delle malattie e della salute; le Medical Humanities, lo studio teorico e sperimentale delle relazioni fra musica, scienza e medicina.

Luigi Bertinato

Da Novembre 2023 a tutt'oggi è Senior Consultant per l'Ufficio Europeo per gli Investimenti per la

Salute e lo Sviluppo dell'OMS a Venezia, Italia. In precedenza è stato dal 2019 fino all'ottobre 2023 Responsabile della Segreteria Scientifica dell'Istituto Superiore di Sanità.

Ha lavorato per l'Organizzazione Mondiale della Sanità in Africa (Zimbabwe) dal 1988 al 1990 in PHC, per l'UNESCO come consulente nel campo dell'educazione preventiva a Parigi nel 1994 e per la UE nel gruppo di esperti dell'UE sugli Investimenti in salute a Bruxelles nel 2009.

Già valutatore esterno dei programmi dell'OMS sulle malattie trasmissibili (Copenhagen 1999), è stato membro del comitato scientifico dell'Osservatorio Europeo per i Sistemi e le Politiche Sanitarie di Bruxelles (2006-2010) e del comitato scientifico consultivo dell'Ufficio Europeo per gli Investimenti per la Salute dell'OMS a Venezia (2004-2010).

È stato anche Direttore Sanitario dell'Unità Sanitaria n.22, un vasto territorio nella provincia della città di Verona in Italia, comprendente attività ospedaliera ed extra-ospedaliera, dal 2013 al 2016.

Dal 1998 al 2010 è stato Direttore dell'Ufficio per i rapporti internazionali della Regione Veneto, responsabile del progetto dell'OMS "The Verona Initiative" sui determinanti socio-economici della salute (1998-2000). È stato il liaison officier tra la Regione Veneto e Ufficio OMS di Venezia dal 2003 al 2010.

Dal 1995 al 1996 è stato membro della Segreteria Tecnica del Ministro della Salute, Prof. Elio Guzzanti a Roma presso il Ministero della Salute.

Laureato in Medicina nel 1982 presso l'Università di Padova, con specializzazione in Medicina Interna presso l'Università di Verona, E' autore di oltre 120 pubblicazioni scientifiche.

Christine Elisabeth Brown

Head, WHO European Office for Investment for Health and Development, WHO Regional Office for Europe. and is a visiting professor at the Glasgow Caledonian University, UK.

Responsible for leading the technical, scientific, partnership and management activities of the WHO Europe Venice Centre of Excellence on the Social Determinants of Health, Wellbeing Economy, Health Equity and Cross Sectoral Policies for health and wellbeing.

The Venice Office was established in 2003. Chris leads the work of the WHO European Regional Health Equity Status Report Initiative (HESRI) which is connecting policy makers with the solutions to accelerate healthy prosperous lives for all. Under the Initiative the Venice Office is responsible for developing the 1st ever WHO European Health Equity Status Report. Released in September 2019, the HESR Report uses innovative methods to analyze within country trends in health equity & wellbeing, underlying determinants and progress to implement government-wide policies for health equity. The initiative includes a new Health Equity Alliance and a Health Equity Solutions platform to support the generation, uptake and adaptation of solutions to key health equity challenges

The Venice Office Is the home of 2 pan-European networks i) The Small Countries Initiative of 11 small countries with a population under 3 million and ii) The Regions for Health Network - supporting policy makers in 45 regional health authorities, across 35 countries to scale-up and adapt the best practices in services and approaches that promote healthy prosperous lives for all.

Giorgio Banchieri

Segretario Nazionale del CDN ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale; Docente presso il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Progettista e Coordinatore Didattico dei Master MIAS, MEU e MaRSS, Università "Sapienza" Roma; Responsabile "Area Sanità",

progettistica didattica e docente di master di 1 e 2 Livello presso la Business School LUISS in Roma. Già Direttore dell'Osservatorio della Qualità del SSR del Molise.

Docente ai master e Direttore di progetti di ricerca e di consulenza organizzativa e gestionale in aziende sanitarie (Asl e AO) presso Università Politecnico della Marche, presso Università del Salento, presso l'Università del Molise. Consulente su progetti per "ORACLE", "Simens Italdita", "AKROS Informatica", "Data Management", "Società Italiana di monitoraggio SPA". Coordinatore della Redazione prima di "Covid 19 Review" e poi di "ASQUAS Covid 19 Review". Direttore di "www.osservatoriosanita.it"; già Direttore FIASO, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, membro Comitato Programma Nazionale Esiti – PNE; Membro Comitato del Tavolo Tecnico AGENAS e Regioni Re.Se.T., Reti per i Servizi Territoriali. Già Direttore della FIASO, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, Direttore di "Sanitalia Lazio", Direttore di "IFA International Foundation of Angiology". Socio e membro del CDN di SIQUAS VRQ.

Andrea Vannucci

Membro Comitato Tecnico Scientifico di ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale Specialista in Igiene e Medicina preventiva; Corso di Perfezionamento "Igiene, Architettura, Edilizia e Impiantistica sanitaria" - Università Cattolica del Sacro Cuore – I.R.C.C.S. Istituto Europeo di Oncologia; Docente di Organizzazione e programmazione delle aziende sanitarie Università di Siena; Già Direttore dell'Agenzia regionale di Sanità della Toscana, Coordinatore della Commissione Qualità e Sicurezza del Consiglio sanitario regionale e Rappresentante per la Regione Toscana nel Comitato Scientifico del Programma Nazionale Esiti – PN; numerose esperienze nella direzione sanitaria di ospedali pubblici e privati e nella consulenza alla progettazione ospedaliera.

Franco Pesaresi

Membro Comitato Direttivo Nazionale di ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale Direttore dell'Azienda servizi alla persona (ASP) «Ambito 9» di Jesi (An). È stato direttore di Zona dell'ASUR Marche e direttore dell'Area Servizi alla persona del Comune di Ancona. Recentemente ha pubblicato *Il manuale del caregiver familiare* (Maggioli, 2021), *Il Manuale del centro diurno* (Maggioli, 2018), *Quanto costa l'Rsa* (Maggioli, 2016), ha curato il volume *Il nuovo Isee e i servizi sociali* (Maggioli, 2015) ed ha collaborato al volume *Il reddito d'inclusione sociale* (Reis) (Il Mulino, 2016). È componente di "NNA-Network Non Autosufficienza" che cura annualmente il *Rapporto sulla non autosufficienza in Italia*. Blog: <https://francopesaresi.blogspot.com/>.

Silvia Boni

Socio fondatore ASIQUAS, esperta di Formazione per la salute e Project manager E' stata Collaboratore AGENAS nel periodo 2016-2019, in particolare ha operato come Referente per la Ricerca e, tra gli altri progetti, ha curato la Partecipazione al Progetto "Support for the Health Workforce Planning and Forecasting Expert Network" (SEPEN), in cui Agenas è stata partner. In seguito, è Project Manager, per la prima annualità, del Progetto Nazionale Operativo "Affrontare la sfida della cronicità con il supporto dell'ICT", 2018-2023, curandone la messa a punto e approvazione da parte del Ministero della Salute, Direzione della Programmazione, della Autorità di Gestione e dell'ente intermedio Dipar-

timento Funzione Pubblica. Project Manager anche della prima annualità del Progetto *Portale per la trasparenza dei servizi per la salute*, 2018- 2021, in cui ha elaborato il Progetto esecutivo, il progetto operativo e il relativo budget. Precedentemente (2009-2015) ha operato, in qualità di Dirigente dell'U.O. Politiche Sociali e Sanità presso Formez PA, dove è stata Responsabile di numerosi progetti nazionali e Europei svolti per il Ministero della Salute.

Laura Franceschetti

Direttore del Master di II livello in Management e Innovazione nelle Aziende Sanitarie della Sapienza Università di Roma. Insegna “Sociologia dell’amministrazione” e “Istituzioni pubbliche, comunicazione e nuove tecnologie” nei corsi di laurea triennali e magistrali del Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche. Si occupa di processi di riforma della pubblica amministrazione e nuove tecnologie; strategie di comunicazione pubblica; processi di innovazione organizzativa in sanità, nuovi modelli di governance e analisi delle politiche pubbliche. Ha partecipato a reti di progetto europee per l’analisi delle politiche di digitalizzazione della PA, a gruppi di valutazione sulla qualità della comunicazione on line per la salute e a team di ricerca-azione sui processi di innovazione manageriale nelle strutture sanitarie.

Maurizio Dal Maso

Membro Comitato Direttivo Nazionale di ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria e Sociale. Ha svolto la sua attività professionale come medico clinico dal 1979 al 1999. Successivamente come medico di Direzione sanitaria e Project Manager aziendale, Direttore Sanitario aziendale, Direttore Generale e Commissario straordinario. Dal luglio 2019 svolge attività di consulente in Organizzazione aziendale e formatore in Project Management per Accademia Nazionale di Medicina. Dal febbraio 2021 è Direttore Sanitario dell’Istituto Ricerche Cliniche Fanfani di Firenze.

Angelo Rossi Mori

Membro di ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria e Sociale. Ricercatore presso l’Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali del CNR. A livello nazionale, ha collaborato con Ministeri e Regioni sull’innovazione in sanità (telemedicina, FSE). In ambito internazionale, ha collaborato con Ministeri e Agenzie pubbliche di diversi Paesi, accademici, organizzazioni professionali e di pazienti, multinazionali e PMI per la stesura di standard internazionali su terminologie e codifiche per l’informatica sanitaria (HL7, CEN, SNOMED, LOINC). Negli ultimi 30 anni ha partecipato a numerosi progetti europei su: interoperabilità semantica, cartella clinica elettronica (EHRS), strategie per l’introduzione bilanciata e pervasiva della salute in rete nei Paesi tecnologicamente avanzati, processi di *change management*.

Recentemente si è occupato della descrizione dei modelli organizzativi supportati dalle tecnologie digitali, nel Partenariato Europeo dell’Innovazione sull’Invecchiamento Attivo e in Salute (EIPonAHA), nell’Action Group B3 “*Replicating and tutoring Integrated Care for chronic diseases*”.

Michele Fanello

Laurea in chimica pura con indirizzo organico biologico. Dirigente del “Gruppo Menarini Farmaceutici”. Co-fondatore e Dirigente di “Duncan Farmaceutici”, società del “Gruppo Glaxo Wellcome”. Direttore Generale in “Blue Chip”. Manager Consultant in “Sistemi Informativi” e “IBM Consulting”. Socio e Di-

rettore Generale in “*Videopress Perseo*”. Business Developer per “*Compus Group Medical*”. Co-fondatore di “*Sanitanova*” società di consulenza e formazione manageriale in ambito farmaceutico e sanitario, di cui assume prima la carica di CEO e poi di COO Co-fondatore di “*BI Health*”, una società che si occupa di Data Analytics e servizi di Intelligenza Artificiale in sanità. Esperto di farmaceutica e di sanità svolge attività di consulenza manageriale e di formazione anche con incarichi universitari. Esperto AGENAS.

Stefania Mancini

Cresciuta nel mondo delle tecnologie informatiche, ma con una laurea in lettere. Co-fondatrice di 3 aziende innovative, apprezzate dal mercato con importanti exit. In particolare, è importante menzionare I-Tel srl Società Benefit, completamente dedicata alla Sanità Digitale e alla Telemedicina.

Oggi, cerca di unire due mondi apparentemente diversi: tecnologia e femminile, perché è convinta che le donne possano dare un reale valore aggiunto nella realizzazione di soluzioni innovative, in quanto il loro naturale “*occuparsi*” e “*preoccuparsi*” degli altri, le porta a sviluppare sistemi che siano veramente inclusivi, creativi e semplici da utilizzare anche per chi non è proprio preparato digitalmente.

E così arriva *Inspiring Fifty* che l’ha premiata tra le 50 donne di riferimento in Italia per la tecnologia e che l’ha iniziata al mondo dell’associazionismo e all’importanza di fare rete.

E quindi *Inclusione Donna, 100 Donne per Tutte*, e poi, ancora, *Donne Protagoniste in Sanità*, ASSD e AISDET, ma anche *Club TI Milano* e *CDTI Roma, Soroptimist Italia, PA Social*.

Perché certe battaglie si vincono solo se c’è davvero un’idea condivisa sulle donne e sulle loro competenze.

Duilio Carusi

Socio ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale; Adjunct Professor presso Luiss Business School; Coordinatore Scientifico dell’Osservatorio Salute Benessere e Resilienza per la Fondazione per la Ricerca Economica e Sociale E.T.S. (già Fondazione Bruno Visentini); Docente di Management sanitario e Project Governance all’interno dei master di II livello della Luiss; Docente di Pianificazione strategica e Project Governance per l’Istituto Superiore Antincendi del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco; Consulente Luiss Business School presso le Pubbliche Amministrazioni centrali e periferiche sui temi della riprogettazione dell’impianto di valutazione dei sistemi sanitari regionali e del coordinamento delle attività formative in materia contabile e gestionale. Per l’Istituto Superiore di Sanità è stato coordinatore del Gruppo di lavoro ISS per il progetto It-DRG per la ricalibrazione dei pesi dei DRG a livello nazionale. Sempre per Iss durante la pandemia è stato economista sanitario esperto sui temi di Preparedness e di Aggiornamento scientifico Covid-19.

Camilla Russo

Dottoressa magistrale in Scienze politiche presso l’università LUISS Guido Carli, ha conseguito un master di II livello in Economia e Politiche dello Sviluppo presso la LUISS School of Government, Assistente di cattedra in Demography and Social Challenges nel corso di International Relations presso l’università LUISS Guido Carli, Research Team Leader Osservatorio Salute Benessere e Resilienza della Fondazione per la Ricerca Economica e Sociale Ente del Terzo Settore, Project Assistant ad Italiacamp, Componente del Comitato tecnico-scientifico “Valutazione dell’impatto delle riforme in materia di pubblica amministrazione” dell’Osservatorio nazionale del lavoro pubblico.

Alessandro Solipaca

Dirigente di ricerca all'Istituto Nazionale di Statistica. Direttore scientifico dell'Osservatorio Nazionale sulla salute nelle Regioni italiane – Istituto di Sanità Pubblica – Sezione di Igiene - Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Direttore del Centro Studi dell'Osservatorio Nazionale sulla Antibiotico Resistenza. Laureato in Scienze statistiche e demografiche, svolge attività di ricerca nel settore sanitario, con riferimento alla spesa pubblica, analisi della domanda e dell'offerta nel mercato sanitario, modelli comportamentali di consumo e determinanti socio-economici di salute. Ha preso parte, in qualità di Advisor, a progetti internazionali finanziati dalla Commissione europea, ha svolto attività di docenza presso l'Università "La sapienza" di Roma, Facoltà di Medicina e Chirurgia. Attualmente è docente alla Scuola Nazionale dell'Amministrazione, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri. E' autore di numerose pubblicazioni su riviste scientifiche nazionali e internazionali.

Rocco Junior Flacco

Funzionario giuridico esperto in sanità presso la Direzione Generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute, auditor/valutatore degli Organismi Tecnicamente Accreditanti iscritto al relativo Elenco Nazionale è componente del Tavolo Nazionale dell'Accreditamento, si occupa prevalentemente degli aspetti legislativi e regolamentari dei rapporti pubblico-privato in sanità, con particolare riferimento al sistema dell'accreditamento istituzionale. Avvocato e Dottore di ricerca in diritto amministrativo, è autore di diverse pubblicazioni scientifiche in materia di diritto sanitario, di diritto dei contratti e dei servizi pubblici e diritto amministrativo, svolge regolarmente attività di docenza in master e corsi di perfezionamento sui temi del diritto sanitario e del diritto pubblico italiano ed europeo.

Federico Spandonaro

Professore aggregato presso l'Università degli studi di Roma "Tor Vergata", Presidente del Comitato Scientifico di C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità).

Attività didattica: : Economia Sanitaria, Economia del Sistema Sanitario Pubblico, Management Sanitario, Politica Economica Sanitaria, Regulatory and Pharmacoeconomic Aspects.

Già membro di Comitati Scientifici a supporto del Ministero della Salute (Direzione della Programmazione, Commissione Unica per i Dispositivi Medici, Commissione Sistema Nazionale di Verifica e Controllo dell'Assistenza Sanitaria), dell'AgeNaS, della Regione Lazio (Comitato Tecnico Scientifico), dell'OIV di varie Aziende Ospedaliere, di Federsanità-ANCI (Forum dei Direttori Generali e Enti Locali), dell'Italian Barometers Diabetes Observatory Foundation, oltre che membro del comitato scientifico del Fondo Sanitario Metasalute, consulente della Commissione parlamentare bicamerale "antimafia", revisore per il MIUR dei programmi e dei prodotti della ricerca.

Pubblicazioni: Curatore del Rapporto Sanità dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e autore di numerose pubblicazioni scientifiche su temi di politica, economia e management sanitario, farmaco-economia e HTA (dettagli nella pagina pubblicazioni).

Svolge attività di formazione nel campo dell'economia e management sanitario, farmaco-economia, HTA, modellistica finanziaria e tecniche di valutazione per i sistemi di protezione sociale; Ha svolto docenze per numerose Università italiane e straniere, per il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, la Scuola Nazionale dell'Amministrazione, la Scuola di Direzione Sanitaria (Reg. Lombardia), il CEFPAS (Reg. Sicilia), ASL, Ospedali, Aziende Farmaceutiche e dei Dispositivi Medici, Società

Scientifiche delle Professioni Sanitarie (dettagli nella pagina didattica).

Ha partecipato e coordinato numerose ricerche per enti pubblici e per organismi internazionali (Ministero della Salute, AgeNaS, CNR, MIUR, EU-CEE, Min. Funz. Pubblica, etc.).

Affiliazioni scientifiche: AMASES (Associazione per la Matematica Applicata agli Studi Economico Sociali), AIES (Associazione Italiana di Economia Sanitaria), IHEA (International Health Economics Association).

Daniela D'Angela

Ingegnere biomedico. Professore incaricato presso l'Università degli studi di Roma "Tor Vergata" e Presidente del C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità).

Svolge attività di insegnamento nel campo dell'economia e management sanitario, economia ed organizzazione aziendale, HTA, equità in sanità; ha svolto docenze in corsi di laurea e Master per numerose Università italiane, per il Ministero della Salute, il CEFPAS (Reg. Sicilia), l'AgeNaS, Aziende sanitarie, Regioni, Aziende Farmaceutiche e di Dispositivi Medici.

Già membro del tavolo tecnico sui Dispositivi medici del Ministero della Salute e componente nucleo di valutazione di diverse Aziende Sanitarie.

Curatore e coordinatore del Rapporto sulle Performance socio-sanitarie Regionali (XII ed. nel 2024) e del Rapporto Sanità (19° nel 2024), redatti dal C.R.E.A. Sanità, e autore di numerose pubblicazioni scientifiche internazionali su temi di politica, economia e management sanitario, farmacoeconomia e HTA. Ha partecipato a diverse ricerche per il Ministero della Salute e l'AGE.NA.S.

Barbara Polistena

Statistico. Professore incaricato presso l'Università degli studi di Roma "Tor Vergata", dottore di ricerca in "Metodi Di Ricerca Per L'Analisi Del Mutamento Socio-Economico" e Direttore scientifico del C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità).

Svolge attività di insegnamento nel campo dell'economia e management sanitario, economia ed organizzazione aziendale, statistica sanitaria e farmacoeconomia; ha svolto docenze in corsi di laurea e Master per numerose Università italiane, per il Ministero della Salute, l'AGENAS, Aziende sanitarie, Regioni, Aziende Farmaceutiche e di Dispositivi Medici.

Curatore e coordinatore del Rapporto Sanità (19° nel 2024) e del Rapporto sulle Performance socio-sanitarie Regionali (XII ed. nel 2024), redatti dal C.R.E.A. Sanità, e autore di numerose pubblicazioni scientifiche internazionali su temi di politica, economia e management sanitario, farmacoeconomia e HTA.

Ha partecipato a numerose ricerche per il Ministero della Salute e l'AGE.NA.S.

Francesca Moccia

È Vice Segretaria Generale Vicaria di *Cittadinanzattiva*, movimento di partecipazione civica nato nel 1978 per la tutela dei diritti, la cura dei beni comuni e il sostegno a soggetti in condizione di debolezza. Laureata in *Giurisprudenza*, con un master in *Tutela internazionale dei diritti umani*, ha sviluppato la sua sensibilità e maturato la sua esperienza nel campo della tutela della salute, affermandosi nel 2006 come coordinatrice nazionale del *Tribunale per i diritti del malato* e dirigendo fino al 2019 l'*Agenzia per la valutazione civica* di *Cittadinanzattiva*. Attualmente coordina il programma sulla salute globale

di Cittadinanzattiva il cui manifesto può considerarsi contenuto nella prima *Carta civica della salute globale* di Cittadinanzattiva.

È anche membro del coordinamento del *Forum Diseguaglianze Diversità*, del Consiglio direttivo della *Fondazione per la Cittadinanza Attiva*, del Comitato scientifico di *Next Nuova economia*, del gruppo di lavoro *ASviS* sul Goal 3 Salute e del Comitato Tecnico-Scientifico dell'Intergruppo parlamentare "One Health" per un approccio integrato di salute umana, animale e ambientale.

Fulvio Lonati

Medico dal 1978.

Presidente di APRIRE, Assistenza PRIMaria In REte - Salute a Km 0 , associazione che coordina una rete per identificazione, costruzione collaborativa e diffusione di idee, documenti, strumenti di lavoro, percorsi formativi, eventi informativi, nell'ambito dell'Assistenza Primaria. Portavoce della Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia, cui aderiscono 19 organizzazioni. Dal 2000 al 2014 Direttore del Dipartimento Cure Primarie e, ad interim negli ultimi tre anni, Direttore del Dipartimento Programmazione Acquisto Controllo della ASL di Brescia.

Alessandro Nobili

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Milano nel 1990, si è specializzato nel campo della farmacoepidemiologia e farmacologia clinica presso l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS di Milano, dove dal 2021 è Capo del Dipartimento di Politiche per la Salute (<https://www.marionegri.it/dipartimenti/politiche-per-la-salute>) e fondatore del Centro Studi di Politica e Programmazione Socio-Sanitaria (<https://www.marionegri.it/centro-studi-di-politica-e-programmazione-socio-sanitaria>). Esperto in valutazione e programmazione di interventi socio-sanitari, nelle metodologie di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, del rischio iatrogeno con particolare riferimento alle interazioni tra farmaci e alle reazioni avverse a farmaci. Ha sviluppato e coordina diversi progetti di ricerca nel settore della farmacologia clinica geriatrica per l'implementazione dei criteri dell'appropriatezza prescrittiva nell'anziano fragile e in politerapia, oltre a progetti di valutazione della qualità dei servizi in collaborazione con enti pubblici e privati nazionali e internazionali. Docente e coordinatore di corsi di formazione per il personale sanitario sulle metodologie di valutazione della qualità dei servizi e dell'appropriatezza prescrittiva. È autore di oltre 250 pubblicazioni su riviste internazionali e più di 100 a carattere divulgativo.

Marina Azab

Laureata in Farmacia e Farmacia Industriale presso l'Università degli Studi di Milano, ha conseguito un Master di II° livello in Farmacovigilanza e Discipline Regolatorie del Farmaco ed è abilitata alla Professione di Farmacista. Dopo il tirocinio per il progetto di tesi di laurea in collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, ha lavorato presso Pharma D&S S.r.l. come Drug Safety Officer. Dal 2023 svolge l'attività di ricercatrice presso l'Istituto Mario Negri, nel Dipartimento di Politiche per la Salute, Laboratorio di Farmacologia Clinica e Appropriatezza Prescrittiva, dove si occupa principalmente di valutare e migliorare l'appropriatezza prescrittiva nei pazienti anziani, anche residenti in RSA, attraverso studi epidemiologici osservazionali che promuovono il deprescribing in politerapia.

Chiara Elli

Laureata in Farmacia presso l'Università degli Studi di Milano nel 2020, specializzata in Ricerca Biomedica nel 2023 e abilitata alla professione di Farmacista. Ricercatrice biomedica presso l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri nel laboratorio di farmacologia clinica e appropriatezza prescrittiva del Dipartimento di Ricerca Politiche per la Salute. Partecipa a progetti di farmaco-epidemiologia e farmacovigilanza, con un focus particolare sul corretto utilizzo dei farmaci e sul rischio di interazioni farmacologiche negli anziani; si occupa dello sviluppo e aggiornamento di un sistema informatico finalizzato a supportare i professionisti sanitari durante la pratica prescrittiva. Autrice di diverse pubblicazioni scientifiche.

Luca Pasina

Luca Pasina ricopre dal 2003 il ruolo di ricercatore presso l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS di Milano. Attualmente è Responsabile del Laboratorio di Farmacologia Clinica e Appropriatezza Prescrittiva. Il suo lavoro si concentra principalmente su progetti di farmaco-epidemiologia mirati alla valutazione e al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva. È responsabile dello sviluppo e dell'aggiornamento di INTERCheck (www.intercheckweb.it), uno strumento progettato per supportare la prescrizione ottimale dei farmaci, bilanciando rischi e benefici attraverso una valutazione multidimensionale della farmacologia. Questo strumento è particolarmente adatto per valutare le terapie complesse nei pazienti anziani in politerapia. Le sue principali aree di ricerca includono la valutazione del rischio di eventi avversi correlati alle interazioni farmacologiche. Segue inoltre progetti volti a razionalizzare la prescrizione dei farmaci in ambito ospedaliero, territoriale e nelle residenze sanitarie assistite attraverso la formazione del personale sanitario.

Enrico Desideri

Dal marzo 2016 al marzo 2019 Direttore Generale Azienda USL Toscana Sud Est. Dal maggio 2009 al febbraio 2016 D.G. AZ. USL 8 (Arezzo) Dal marzo 2004 al novembre 2006 D.G. AZ OSP - Univ di PISA.

Dal dicembre 2000 al marzo 2004 D.S. Az. OSP UNIV CAREGGI –Firenze. Dal settembre 1994 al dicembre 2000 D.S. AUSL 9 di Grosseto. Dal 1988 al 1994 Direttore Unità Operativa Complessa (primario) Serv. Prev. Ig. Sic. Luoghi Lav. (GR). Incarichi di studio-ricerca- sviluppo modelli organizzativi per assistenza e la cura.

Dal giugno 2023 (DM 9/6/23): Esperto del Ministro Salute per programmazione -gestione Az. sanitarie Dal novembre 2017 a tutt'oggi: Presidente Fondazione Innovazione e Sicurezza in Sanità Sede: presso I.S.S. ROMA. Luglio 2008: Incarico AGENAS di ricerca su “Strumenti e Modelli per le Reti Ospedaliere”.

Marzo 2007: Incarico di redazione del nuovo piano sanitario Reg. Toscana (2008-2010). Attività di docenza in varie Università italiane ed Istituti. AUTORE di oltre 150 pubblicazioni scientifiche su riviste italiane ed inglesi

Maria Teresa Mechi

La formazione post universitaria è stata rivolta dapprima all'acquisizione di competenze in ambito epidemiologico con particolare interesse all'epidemiologia applicata ai fini della pianificazione dei servizi

sanitari e dello sviluppo di sistemi di sorveglianza. Dal 1993 ho iniziato ad occuparmi di miglioramento della qualità e di organizzazione di servizi sanitari e ho seguito numerosi corsi di formazione in Italia e all'estero.

Dal 30 aprile 2021 Direttore sanitario dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi di Firenze

Dal dicembre 2015 ad aprile 2021 Responsabile del Settore Qualità e Reti cliniche della Regione Toscana. In virtù di tale incarico mi sono occupata della programmazione della rete dell'assistenza ospedaliera, delle reti cliniche, della rete dell'emergenza ospedaliera e materno infantile.

Direttore Sanitario AOU Careggi dall'agosto 2013 al novembre 2015 Responsabile del Settore Diritti e Servizi sociosanitari della persona in ospedale della Regione Toscana dal settembre 2010 al febbraio 2013.

Direttore della S.C. Innovazione e sviluppo dei servizi sanitari dell'Azienda Sanitaria di Firenze dal dicembre 2008 e project leader del Progetto OLA (Organizzazione Lean dell'Assistenza) per la riorganizzazione delle attività ospedaliere dell'Azienda Sanitaria di Firenze.

Virginia Serrani

Architetto, Dottore di ricerca, Socio fondatore di DSP Srl, una società di progettazione specialistica integrata nei settori sanitario, sociosanitario e ospitalità, con una particolare attenzione alla qualità degli spazi per la cura e il benessere delle persone con fragilità. In qualità di responsabile delle attività di ricerca e progettazione di DSP, ha maturato una elevata esperienza nella progettazione di spazi per persone con bisogni speciali (disabilità complessa, fine vita) perseguendo obiettivi di umanizzazione, qualità e funzionalità. Ha inoltre sviluppato interesse e competenze nell'ambito della comprensione delle trasformazioni organizzative, morfologiche e tecnologiche in atto, in particolare nel settore sanitario e socio-sanitario, con l'obiettivo di definire indicazioni, strumenti, sistemi e componenti per la progettazione e l'adeguamento di edifici ad elevata complessità.

Fornisce consulenze tecnico-scientifiche per Enti pubblici e privati e collabora con centri di ricerca internazionali e universitari come la Clemson University (USA). È referente della Regione Toscana e di ARS – Agenzia Regionale di Sanità – Toscana per l'innovazione dei Dipartimenti di Emergenza e nell'ambito della progettazione per persone con disabilità fisiche e intellettive.

Marinella D'Innocenzo

Socia fondatrice ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Già Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale di Rieti – Regione Lazio 2017-2023. Già Direttore Generale per la Salute, Politiche per la Tutela della Salute ed Assistenza Socio-sanitaria – Regione Molise 2014-2017. Già Direttore Generale della Giunta Regionale del Molise, 2015 al 2016. Dirigente dell'Area "Formazione" della Direzione Regionale "Salute e Integrazione Socio-Sanitaria" presso la Regione Lazio 2013-2014. Direttore di UOC Controllo di Gestione ASL ROMA C. DG Azienda Regionale Emergenza Sanitaria, ARES 118 – Regione Lazio. DG dell'A O "S. Anna - Regina Margherita" di Torino, Regione Piemonte. Direttore Responsabile Area Analisi organizzativa, valutazione, sviluppo e programmazione delle risorse, in staff Direzione Generale presso la ASL ROMA C di Roma. Direttore UOC Politiche del Personale ASL ROMA C. Dir Responsabile UOC Controllo di Gestione ASL ROMA B. Dir Responsabile UOC Servizio Assistenza ASL ROMA B. Docente e Progettista in numerosi Corsi di laurea e nei Master di II livello in diverse Università italiane. È Coordinatore dei Corsi mana-

geriali per DG e direttori di struttura complessa presso l'Istituto Jemolo di Roma.

Ha conseguito Master di 2 livello MIAS, MARSS e MEU, MBA, Epidemiologia e MES e ha svolto Corso Manageriale per DG, DS e DA del SSR Lazio presso Istituto "Arturo Carlo Jemolo". È Presidente dell'Associazione L'Altrasanità. È stata Consulente presso il Ministero della Sanità e Delegata del Sindaco di Roma per la Sanità.

L'evoluzione dei concetti di malattia e di salute nella presa in carico della vulnerabilità e delle disuguaglianze

Bernardino Fantini

La storia delle malattie e la transizione epidemiologica

L'affermazione della nosografia scientifica e della specificità delle malattie hanno portato allo studio della 'storia naturale' delle malattie, la ricerca della diffusione epidemiologia delle singole malattie e anche, tramite la storia della medicina e della paleontologica, a ricostruire la presenza dell'insieme delle diverse patologie nel passato.

Nel mondo contemporaneo, anche per effetto dello sviluppo economico e della medicina scientifica, l'esperienza della malattia e della morte hanno un ruolo nuovo e sempre più centrale nella società e nella vita individuale, con profondi cambiamenti in ambito sociale, politico ed economico, di realtà o di attitudini, tra i quali si possono ricordare la crescente medicalizzazione della società e della sfera delle emozioni; l'aumento dell'attesa di vita alla nascita; la diminuzione impressionante della mortalità infantile; la transizione demografica che ha modificato in profondità la struttura per età delle società moderne ed infine l'aumento della qualità della vita anche in età avanzata.

La frequenza delle malattie è cambiata solo da poco più di un secolo, e solo nei paesi industrializzati. Prima del 1850 la maggior parte delle morti erano causate dalle epidemie (con diffusioni esplosive di malattie infettive, limitate nel tempo e spesso ricorrenti) o dalle endemie, cioè sempre malattie infettive, ma presenti costantemente in una popolazione. Per designare i grandi cambiamenti nella distribuzione delle malattie nelle popolazioni umane, in un articolo del 1971 l'epidemiologo Abdel R. Omran ha introdotto formalmente l'espressione '*transizione epidemiologica*' o sanitaria, mettendo in relazione la struttura demografica di una popolazione con la tipologia delle malattie presenti in essa¹.

Omran distingue nella storia delle popolazioni umane tre fasi, separate da due transizioni.

Nella prima fase si osserva la presenza di un'alta mortalità, dovuta in gran parte alle malattie infettive, bilanciata da un'alta natalità, il che produce una notevole stabilità demografica, a basso livello.

Nella seconda fase lo sviluppo economico, il miglioramento delle condizioni di vita e l'introduzione di mi-

¹ A.R. Omran, "The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change." *Milbank Memorial Fund Quarterly* 49 (1971), pp. 509-38.

sure sanitarie adeguate producono una drastica riduzione della mortalità mentre il tasso di natalità rimane inalterato.

La combinazione dei due andamenti produce di conseguenza un forte incremento demografico. Lo sviluppo della seconda fase porta successivamente alla riduzione della natalità, anche grazie all'educazione sessuale e al controllo delle nascite, con una nuova stabilità (o talvolta riduzione) della dinamica demografica, caratterizzata da bassa natalità e bassa mortalità.

Nel mondo contemporaneo, nelle diverse situazioni geografiche ed economiche, le popolazioni si trovano in fasi diverse della transizione epidemiologica. I paesi industrializzati sono nella fase tre, con un sistema sanitario efficiente, un elevato tenore di vita e una bassa natalità, mentre molti paesi del terzo mondo sono nella fase uno, con una forte mortalità, soprattutto infantile, e un elevato tasso di fertilità. Infine, molti paesi '*in via di sviluppo*' si trovano nella fase due, caratterizzata da un'intensa crescita demografica.

Il concetto di transizione epidemiologica caratterizza tre ere della storia delle popolazioni umane e dipinge un grande affresco storico o piuttosto un *trittico*, con un primo quadro dominato dalle malattie contagiose, dalla fame, dalla povertà, un secondo dinamicamente centrato sulla crescita economica, culturale e demografica, ed infine un terzo quadro, con una demografia caratterizzata dall'aumento considerevole della durata della vita, una curva demografica con una dominanza dell'età avanzata e matura e con una diminuzione drastica della mortalità infantile. Come tutti i grandi affreschi storici, questo '*trittico*' può essere considerato certamente approssimativo e troppo unificante, dato che coglie alcuni elementi fondamentali, trascurando le grandi variabilità e specificità dei diversi luoghi e delle diverse epoche storiche.

Tuttavia, questo modello permette di cogliere i profondi mutamenti che si sono storicamente realizzati e succeduti nella storia naturale e sociale delle popolazioni umane.

Un aspetto centrale di questo tipo di analisi è la presa in considerazione della storia delle popolazioni nel loro insieme e non come una sommatoria di singole storie individuali.

La patocenosi e la sindemia

L'applicazione del pensiero popolazionistico alle malattie è il nucleo centrale di un concetto introdotto nel 1969 dalla storico della medicina Mirko D. Grmek, che ha coniato il termine '*patocenosi*', un concetto rivelatosi uno strumento particolarmente efficace per descrivere le relazioni sincroniche fra le diverse malattie presenti in una data popolazione e spiegare i cambiamenti diacronici che si succedono nel tempo nella frequenza rispettiva e quindi nell'importanza delle diverse malattie presenti in una popolazione data in un determinato periodo storico².

La definizione di patocenosi proposta da Grmek si articola su tre punti:

1. la *patocenosi* è l'insieme degli stati patologici presenti in una determinata popolazione a un momento storico dato; per poterla descrivere sarà quindi necessario determinare qualitativamente e quantitativamente i parametri nosologici;
2. la *frequenza* e la distribuzione di ogni malattia dipendono, oltre che dai fattori endogeni ed ecologici, dalla frequenza e dalla distribuzione di tutte le altre malattie.

Tale '*dipendenza*' potrà prendere tre forme diverse: sinergia, antagonismo o indifferenza. In altri termini la presenza di una malattia può favorire la diffusione di altre malattie, può ostacolarla oppure la frequenza di una particolare malattia è indipendente dalla frequenza delle altre malattie.

3. la *patocenosi* tende verso uno stato di equilibrio, in particolare in una situazione ecologica stabile.

² Mirko D. Grmek, "Préliminaires d'une étude historique des maladies." *Annales E.S.C.* 24 (1969): 1473-83.

La descrizione delle *patocenosi* non può limitarsi semplicemente a stabilire un elenco delle malattie presenti in una data popolazione e valutarne la frequenza relativa, ma deve anche ricercare le relazioni che si stabiliscono fra le malattie stesse ed isolare i fenomeni causali che ne modificano la dinamica.

Di conseguenza, oltre alla situazione in un determinato periodo storico, si deve studiare la *‘dinamica delle patocenosi’*, con particolare interesse a due fasi: i periodi di equilibrio e i periodi di rovesciamento o *‘rottura’* dell’equilibrio, come la rivoluzione agricola nel neolitico, gli inizi della urbanizzazione, i periodi delle grandi migrazioni, l’espansione coloniale, la rivoluzione industriale, la rivoluzione dell’informazione attualmente.

Il concetto di dinamica delle *patocenosi* sottolinea dei processi causali, in cui delle *‘forze’* spostano gli equilibri all’interno di una realtà data. Proprio in quanto descrizione ed interpretazione causale dell’insieme delle malattie presenti in una data popolazione, la *patocenosi* ha una dimensione storica, permettendo una reinterpretazione del ruolo delle malattie, siano esse frequenti o rare, nella storia dell’umanità.

Il concetto di *‘rottura della patocenosi’*, come definito da Grmek stabilisce un parallelismo stretto con le diverse fasi della transizione epidemiologica proposta da Omran e ne sottolinea alcuni elementi essenziali.

In tale transizione si passa infatti da una *patocenosi* dominata drammaticamente dalle malattie infettive ad una *patocenosi* nella quale le malattie infettive scompaiono dalla lista delle *‘malattie dominanti’* e il loro posto viene preso dalle *«malattie degenerative»* (malattie cardiocircolatorie, malattie autoimmuni, artrite, diabete, ecc.) e dalle cosiddette *‘man-made diseases’*, le malattie create dall’uomo e dallo sviluppo economico e culturale, come gli effetti delle radiazioni, gli incidenti, i rischi professionali, i cancerogeni presenti sul posto di lavoro o nell’ambiente e gli additivi alimentari, a cui si possono poi aggiungere le dipendenze, gli eccessi alimentari, la sedentarietà, l’insieme dei comportamenti a rischio in una società industrializzata e globalizzata.

Il modo occidentale è stato caratterizzato, soprattutto dopo la seconda guerra mondiale, da un mutamento della *patocenosi*, con la presenza di relativamente poche e poco incisive malattie infettive e la diffusione di un numero elevato di *‘malattie rare’*, il cui insieme diventa tuttavia una delle cause principali di morbilità e di mortalità, con elevatissimi costi sociali ed economici.

Nel 2009 l’antropologo Merrill Singer in un libro dal titolo *Introduction to Syndemics* ha proposto un diverso inquadramento teorico per comprendere le interazioni sinergiche fra diverse malattie presenti in una popolazione. A differenza degli approcci tradizionali basati sullo studio delle singole malattie o della comorbilità o multimorbilità considerata solo come una sommatoria delle conseguenze delle singole malattie, il quadro teorico sindemico esplora gli effetti sulla salute delle complesse interazioni tra le malattie chiaramente identificate e i fattori sociali, ambientali, economici e culturali che modificano tali interazioni e amplificano le conseguenze di ogni singola malattia.

Il termine *‘sindemia’* (*Syndemics*) ha avuto una larga diffusione dopo un editoriale di Laura Hart e Richard Horton pubblicato nel numero del *Lancet* del 4 marzo 2017, seguito da un articolo di *Singer* e collaboratori. Alla base del concetto vi è l’interazione avversa tra malattie e condizioni di salute di tutti i tipi (ad esempio, infezioni, malattie croniche non trasmissibili, problemi di salute mentale, condizioni comportamentali, esposizione a sostanze tossiche e malnutrizione) che aumentano le probabilità di emergere in condizioni di disuguaglianza sanitaria causate da povertà, stigmatizzazione, stress o violenza. Si riconosce, riprendendo le argomentazioni sui determinanti sociali, che le condizioni sociali contribuiscono alla formazione, alle interazioni e alla diffusione delle malattie e, aumentando la suscettibilità e riducendo la funzione immunitaria, contribuiscono alla progressione della malattia. Il concetto di *syndemics* va oltre i tradizionali concetti medici di comorbilità e multimorbilità perché riguarda le conseguenze sulla salute di interazioni identificabili tra malattie e i fattori sociali, ambientali o economici che promuovono tale interazione e aggravano la malattia :

Il concetto di salute e i quattro livelli dei nessi causali della malattia e della salute

La salute è una relazione ecologica, con tre protagonisti, gli individui e le collettività, l'ambiente naturale (con le cause di malattia in esso presenti) e l'ambiente sociale, che produce altre cause di malattia ma al tempo stesso occasioni per la cura. La salute, che è allo stesso tempo un processo intimo di ogni individuo e una componente fondamentale della vita comunitaria, ha una duplice valenza sul piano etico: *intrinseco*, come presenza, limitazione o assenza di capacità vitale; *strumentale*, come preconditione della libertà e dell'autonomia individuale, grazie al superamento degli ostacoli posti dalla malattia e dalla disabilità alla piena realizzazione della vita individuale e collettiva.

Limitandosi all'individuazione dei nessi causali delle patologie, la complessità del '*sistema salute*' può essere disgregata in quattro distinti livelli o '*piani*', connessi fra loro da '*pieghe*' e soprattutto da '*intrecci*' che occorre svolgere per poterne comprendere l'importanza e le caratteristiche.

Due di questi livelli sono ben noti e costituiscono l'essenziale delle attività di cura e di prevenzione delle malattie e delle loro complicità.

Il primo livello riguarda le complesse interazioni e i nessi causali di tipo biologico e clinico (reti metaboliche, interazioni biochimiche intra- e intercellulari, nutrizione, interazioni e integrazioni fisiologiche e anatomiche).

Il secondo livello descrive i disturbi legati alle patologie, rilevabili nell'osservazione clinica. A questi due livelli centrali se ne devono aggiungere altri due, uno alla base, l'altro al vertice dello schema. Il livello 1 riguarda la genetica, genomica ed epigenomica delle malattie, in particolare i determinismi genetici semplici, le reti di interazione geniche, l'organizzazione del genoma nel suo complesso, le associazioni a largo raggio fra diversi elementi genomici, l'espressione funzionale ed epigenetica di tali elementi nei diversi tessuti e organi del corpo. Infine, il livello 4, il più generale, riguarda i determinanti economici, territoriali e sociali della salute, fra i quali svolgono un ruolo le strutture sanitarie presenti sul territorio, i legami familiari e di comunità, le istituzioni pubbliche, le reti sociali, le caratteristiche del territorio, le norme e i valori sociali, l'educazione, i livelli occupazionali, le diversità etniche e di genere, gli stili di vita e le tradizioni culturali.

Questi quattro livelli interagiscono causalmente fra loro, in ogni direzione orizzontale e verticale. Ogni malattia può essere definita come un sistema complesso e integrato, con interazioni causali distribuite a livello orizzontale (all'interno di ogni singolo livello) e verticale (fra i diversi livelli, verso l'alto e verso il basso).

In molte politiche di prevenzione e di cura i livelli 2 e 3 sono centrali, mentre i livelli causali appartenenti ai livelli 1 e 4 e alle loro interazioni sono in grande parte negletti.

Tale situazione è principalmente dovuta al fatto che la ricerca e la pratica clinica ai due livelli intermedi sono ampie ed approfondite, ma non altrettanto si può dire degli studi sui due livelli estremi, l'analisi del determinismo genetico e genomico e lo studio dei determinanti sociali in relazione alla diversità della distribuzione territoriale.

Nello schema a quattro livelli suggerito nel modello in discussione, i livelli 2 e 3 riguardano la gestione del presente, la cura, la presa in carico e la prevenzione secondaria, mentre i livelli 1 e 4 descrivono legami causali di diverso tipo, sui quali si può intervenire per un'efficace azione pratica di prevenzione primaria, mettendo in evidenza le basi genetiche e genomiche delle predisposizioni e delle determinazioni da una parte e dall'altra isolando i fattori causali a livello territoriale, sociale e culturale.

C'è poi un'altra differenza notevole fra i due gruppi di livelli. I livelli 2 e 3 si indirizzano pressoché esclusivamente all'individuo malato, mentre l'azione ai livelli 1 e 4 presuppone l'utilizzazione di un '*pensiero popo-lazionistico*', che mette al centro dell'analisi le popolazioni, le loro caratteristiche e i loro cambiamenti. Se il

trattamento e la presa in carico della malattia devono essere *'patient oriented'*, la prevenzione e la promozione della salute hanno necessariamente dimensioni popolazionistiche e richiedono di pensare in termini di popolazione.

Ciò che è particolarmente carente in molti progetti e piani di azione in campo sanitario è lo studio delle dimensioni verticali, le interazioni fra i diversi livelli. Si sa ad esempio molto poco sul modo in cui il contesto socio-economico e la qualità della vita incidono sull'espressione funzionale dei caratteri genetici e genomici. Risulta quindi essenziale valutare qualitativamente e quantitativamente il peso dei fattori che agiscono fra i diversi livelli e possono determinare la malattia di un individuo e la distribuzione delle patologie in una comunità.

Il diritto alla salute e l'equità

Una diagnosi medica modifica, spesso in profondità, e non sempre in diretta relazione con la gravità della malattia, il modo di vita di una persona, l'atteggiamento della famiglia nei suoi confronti, le sue relazioni con la società, nel lavoro, perché la malattia può diminuire le capacità di lavoro, alterare le capacità di relazione sociale.

Ma al tempo stesso il malato può stabilire nuove relazioni, con altre persone che si trovano nella stessa situazione o possono offrire un sostegno economico e psicologico, con il personale che intraprende le cure necessarie.

Una diagnosi di grave cardiopatia, ad esempio, oltre a modificare le relazioni individuali con il proprio corpo, modifica il modo di vita e deve essere integrata in una nuova organizzazione della vita individuale, richiede una riconversione delle relazioni con la comunità, dovuta alla presa in carico delle nuove attività necessarie al trattamento (dieta, esercizio fisico, ansietà, bisogno di controlli ripetuti, ecc.).

La sanità, la risposta alla malattia e alle epidemie, è uno specchio che permette di leggere il modo in cui una società si organizza.

La stessa definizione di malattia, che non è mai una definizione solamente biologica o fisio-patologica, incorpora il modo in cui la società si organizza e si rapporta alla realtà naturale, è il riflesso di valori, di atteggiamenti e di relazioni sociali.

La malattia è un fenomeno individuale, ma la sua definizione come la sua presa in carico è immediatamente un fenomeno sociale e il *'diritto alla salute'*, già riconosciuto dalla carta dei diritti dell'uomo prodotta dalla rivoluzione francese, negli ultimi decenni ha acquisito lo statuto di *"diritto fondamentale della persona"*.

Immediatamente dopo la fine della guerra in Europa e ancora prima della fine della guerra con il Giappone, dopo i tragici bombardamenti atomici di Hiroshima e Nagasaki, il 6 e 9 agosto 1945, i governi alleati organizzarono a San Francisco una conferenza allo scopo di elaborare una nuova base per la collaborazione internazionale, volta all'eliminazione dei rischi di nuove guerre e alla creazione di un nuovo ordine mondiale. Questa conferenza si concluse il 26 giugno 1945 con la firma di un *« Charter of the United Nations »*, il trattato che diverrà la base della creazione dell'ONU e della Corte Internazionale di Giustizia.

La Carta delle Nazioni Unite è considerato il primo trattato internazionale ad essere totalmente basato sul concetto di diritti umani fondamentali.

Il preambolo del documento, infatti, dopo aver affermato lo scopo di *« salvare le future generazioni dal flagello della guerra, che due volte nella nostra vita ha prodotto un'indicibile tristezza al genere umano »*, riafferma con forza *« la fede nei diritti umani fondamentali, nella dignità e il valore della persona umana, negli uguali diritti*

degli uomini e delle donne, delle nazioni grandi e piccole ».

Su questa base potrà essere promosso « *il progresso sociale e migliori standard di vita con una maggiore libertà* ». L'adozione da parte dell'Assemblea generale dell'ONU, riunita a Parigi il 10 dicembre 1948, della *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* riafferma, già nel preambolo, la centralità della dignità della persona come punto centrale di ogni politica nazionale e internazionale, considerando che « *il riconoscimento della dignità inerente a tutti i membri della famiglia umana, e dei loro diritti, uguali ed inalienabili, costituisce il fondamento della libertà, della giustizia e della pace nel mondo* ».

Questa proposta fu recepita e nell'articolo 13 della Carta la salute entrò a far parte degli obiettivi dell'ONU. All'Assemblea Generale viene attribuito il compito di « *promuovere la cooperazione internazionale nei campi economici, sociali, culturali, dell'educazione e della salute, e assistere nella realizzazione dei diritti umani e delle libertà fondamentali per tutti senza distinzione di razza, sesso, lingua o religione* ».

Nel successivo articolo 55 il tema viene ripreso, con l'esplicita indicazione della salute come un elemento indispensabile per raggiungere le condizioni di stabilità e benessere indispensabili per la pace.

Infine, l'articolo 57 indica direttamente la necessità di creare un'apposita organizzazione internazionale per la salute, che diventerà in pochi anni l'OMS³.

I determinanti sociali

Il rapporto pubblicato nel 2008 dalla Commissione sui Determinanti Sociali della Salute, creata dall'Organizzazione Mondiale della Salute e presieduta da Michael Marmot, indicava la possibilità di realizzare l'equità in salute in una generazione, proprio con l'azione diretta e mirata sui determinanti sociali.

Le disuguaglianze che si rivelano in ogni territorio, su scala locale o globale, nel modo in cui persone nascono, crescono, vivono, lavorano e muoiono sono un fattore decisivo nella diversa distribuzione sociale e geografica delle malattie e nell'inequale distribuzione dei mezzi di assistenza e di cura.

La conoscenza dettagliata e profonda di queste disuguaglianze e diversità è quindi un obiettivo necessario al raggiungimento di una politica sanitaria equa, efficace ed efficiente.

I legami fra territorio e salute sono divenuti negli ultimi decenni una delle maggiori preoccupazioni delle politiche pubbliche.

L'elaborazione e la valutazione delle politiche locali, regionali e nazionali di gestione urbana e territoriale, allo scopo di ridurre le disuguaglianze sociali e territoriali in campo sanitario, richiedono un'analisi attenta e approfondita dell'organizzazione del territorio, delle possibilità di accesso ai trattamenti curativi e preventivi, dell'offerta di servizi sanitari e una misura distribuita geograficamente dello stato di salute degli abitanti di un territorio, anche in riferimento ai mutamenti prodotti dalle migrazioni, dai cambiamenti urbanistici, dalla diffusione sul territorio delle reti di servizi

Creata nella Conferenza di San Francisco, una Commissione interinale fu incaricata di elaborare la Costituzione della nuova organizzazione sanitaria delle Nazioni Unite.

I lavori, pur fra contrasti accessi e di grande interesse storico, procedettero rapidamente e la costituzione venne approvata il 2 luglio 1946, entrando in vigore il 7 aprile 1948 con la ratifica da parte di 26 Stati membri dell'ONU, tra cui l'Italia⁴.

³ Health and the nations. Lancet. 1945, Aug. 11:177; Summary of actions related to public health during United Nations conference in San Francisco. Am J Pub Health. 1945;35:1106-07

⁴ World Health Organization. The First Ten Years of the World Health Organization. Geneva, WHO, 1958; Marcos Cueto, Theodore M. Brown e Elizabeth Fee, The World Health Organization: A History, Cambridge: Cambridge University Press, 2019.

I due anni trascorsi prima della ratifica segnalano comunque le difficoltà che alcuni concetti particolarmente innovativi hanno incontrato in alcuni paesi.

Tra questi punti di contrasto due hanno avuto un'importanza particolare: l'idea stessa della salute come diritto fondamentale della persona e la proposta di un Governo mondiale della salute, il solo capace di assicurare il rispetto del diritto fondamentale alla salute di ogni individuo, di ogni 'membro della famiglia umana', come si legge nella carta dell'ONU.

Molti paesi, infatti, resistevano all'idea di rinunciare alla loro autonomia nazionale, politica ed economica, nel campo della salute in favore di una organizzazione sovranazionale, in un momento in cui sempre di più si vedeva nelle politiche sanitarie uno dei settori decisivi dello sviluppo economico e del bilancio dello stato⁵. Il Preambolo della costituzione dell'OMS afferma per la prima volta con chiarezza il concetto di *'salute come diritto fondamentale'*, iniziando con il definire in maniera chiara il concetto stesso di salute :

« La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solamente nell'assenza di malattie o infermità. Il possesso del migliore stato di salute che è possibile ottenere costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, quale che siano la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica o sociale ».

Accanto alla definizione dell'obiettivo, nella Costituzione dell'OMS si indica chiaramente la responsabilità dei governi e degli stati per rendere concreto tale diritto fondamentale: *«I governi sono responsabili della sanità dei loro popoli; essi possono fare fronte a questa responsabilità unicamente prendendo le misure sanitarie e sociali adeguate».*

Ancora più innovativa è l'idea di un *'governo mondiale della salute'*, che si riflette nel suo stesso nome.

Tutte le organizzazioni che erano attive in precedenza avevano nei loro nomi il termine *'igiene'* e il termine *'internazionale'*. La scelta del termine *'sanità'* al posto di *'igiene'* segnala un importante cambiamento di accento. Mentre le politiche igieniche conservavano una disposizione largamente *'negativa'*, difensiva, ed in fondo passiva nei confronti delle malattie, la nozione di sanità, e quella connessa di salute, come si legge nella costituzione dell'OMS, *“esige un'azione positiva che metta in opera tutte le risorse della medicina preventiva e curativa e tutti i fattori di miglioramento fisico e psichico degli individui e dei popoli”*.

Di conseguenza, le finalità attribuite all'OMS superano largamente quelle molto limitate delle organizzazioni precedenti e delineano un *'governo mondiale della sanità'*, parallelo al *'governo mondiale'* in campo politico che era l'obiettivo principale dell'ONU.

Fu per queste ragioni che, già nelle discussioni preliminari, si decise nel titolo di usare per l'OMS, a differenza delle altre agenzie parallele, che si definirono internazionali, la parola *Mondiale*, sottolineando che *“non deve essere un campo internazionale da regolare mediante convenzioni o accordi diplomatici tra paesi, ma deve promuovere un diritto fondamentale di ogni individuo e di ogni paese del mondo”*.

Il diritto alla salute e la necessità di risposte politiche adeguate hanno dovuto essere riaffermate con forza in un'altra conferenza internazionale organizzata nel 1978 ad Alma Ata. Nella dichiarazione approvata alla fine della conferenza, si può leggere nel titolo I che:

« La conferenza riafferma con forza che la salute, che è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non solamente l'assenza di malattie o infermità, è un diritto umano fondamentale e che il raggiungimento del livello più elevato possibile di salute è uno scopo sociale globale della massima importanza, la cui realizzazione

⁵ Queste resistenze non sono affatto diminuite con il passare del tempo e hanno di fatto impedito la creazione di una struttura di governo mondiale delle crisi sanitarie ed epidemiche, come si vede nelle diverse situazioni di malattie emergenti, tipo Ebola, Dengue o Covid. Un indice di questa mancanza è il fatto che esistono i 'caschi blu' per gli interventi rapidi in caso di conflitto e di crisi umanitarie ma non esiste un corpo di pronto intervento (del tipo 'caschi gialli') in caso di epidemie gravi.

richiede l'azione di molti altri settori sociali ed economici in aggiunta al settore sanitario ».

E il titolo V aggiunge l'altro elemento fondamentale: « *I governi hanno la responsabilità della salute delle loro popolazioni che può essere soddisfatta solo con la realizzazione di adeguate misure sanitarie e sociali. Un obiettivo sociale prioritario dei governi, organizzazione internazionali e dell'intera comunità mondiale dovrebbe essere il raggiungimento per tutti i popoli del mondo per l'anno 2000 di un livello di salute che permetterà loro di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva (« Salute per tutti nell'anno 2000). L'assistenza sanitaria di base (primary health care) è la chiave per raggiungere questo obiettivo, come parte dello sviluppo nello spirito di giustizia sociale ».*

Nello stesso periodo in cui la Commissione Interinale dell'OMS preparava la costituzione della nuova organizzazione sanitaria, in Italia l'Assemblea Costituente, approntava la Costituzione della Repubblica Italiana

In questo documento, il diritto alla salute acquista un ruolo importante, il che non può essere considerato una coincidenza, ma il risultato di un sentire comune e diffuso nella comunità internazionale uscita dalla seconda guerra mondiale. Il riconoscimento della salute come diritto umano fondamentale, allo stesso titolo del diritto alla vita o alla libertà, si trova nella Costituzione della Repubblica Italiana all'articolo 32, che stipula:

«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

È interessante notare che questo articolo non è inserito nel titolo III (Diritti economici) ma nel Titolo II (diritti etico-sociali). La salute non riguarda gli aspetti economici e il diritto alla salute è esente da qualsiasi considerazione di ordine economico, ma fa parte dei diritti degli individui e della collettività.

Si deve anche notare una sottile, e profonda, distinzione operata nell'enunciato dell'articolo 32: la salute è un diritto fondamentale per l'individuo mentre per la collettività si parla solo di *'interesse'*.

Di solito, questa distinzione è interpretata nel senso che la salute degli individui è un interesse della collettività perché diminuisce i rischi di diffusione delle malattie.

Questo è certamente vero, ma l'enunciato costituzionale suggerisce una lettura più profonda, secondo la quale i diritti sono sempre individuali e non possono essere messi in discussione, mentre l'interesse della collettività può divenire oggetto di valutazione economica e politica.

I determinanti sociali della salute e l'equità

La creazione di condizioni sociali ed economiche atte a realizzare compiutamente il diritto alla salute è soprattutto legata ai determinanti sociali della salute e, pur con un grande ritardo rispetto agli impegni assunti nel primo dopoguerra, nel maggio del 2005, Lee Jong-Wook, Direttore generale dell'OMS, prematuramente scomparso l'anno successivo, crea la Commissione sui determinanti sociali della salute (*Commission on Social Determinants of Health*, CSDH), affidandone il coordinamento a Michael Marmot, professore di epidemiologia all'*University College London* e studioso delle disuguaglianze nella salute delle popolazioni⁶.

Alla base di questa decisione vi era la necessità di modificare profondamente le priorità attribuite sino ad allora all'OMS, che avevano in gran parte reso marginale il concetto di diritto alla salute assegnando la gran parte delle risorse finanziarie e umane disponibili alla lotta contro specifiche malattie e al sostegno dei sistemi sanitari, con l'idea che il miglioramento della salute avesse soprattutto una valenza economica, permettendo la crescita.

Nel rapporto finale, che riprende anche alla lettera le indicazioni contenute nella Costituzione dell'OMS e nel

⁶ Marmot M., Wilkinson R., *Social determinants of health*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2005.

documento finale della conferenza di Alma Ata, fin dal titolo si riafferma l'obiettivo fondamentale: ottenere l'equità agendo sui determinanti sociali della salute.

Già a partire dall'introduzione, la Commissione afferma le linee di fondo della propria proposta, legando insieme il diritto alla salute e le politiche necessarie alla sua concreta realizzazione:

«La giustizia sociale è una questione di vita e di morte, dato che determina il modo in cui la gente vive, le conseguenti probabilità di ammalarsi, e il rischio di una morte prematura. Osserviamo con meraviglia che l'aspettativa di vita continua ad aumentare in alcune parti del mondo e con allarme l'impossibilità di migliorare questo dato in altri. Una bambina che nasce oggi può aspettarsi di vivere per più di 80 anni se è nata in alcuni paesi, ma meno di 45 anni se è nata in altri. All'interno dei paesi ci sono differenze drammatiche nella salute, che sono strettamente legate al grado di svantaggio sociale. Differenze di questa entità non dovrebbero semplicemente esistere. Queste iniquità nella salute, iniquità evitabili nella salute, si producono a causa delle condizioni nelle quali le persone crescono, vivono, lavorano e invecchiano, e dai sistemi costruiti per confrontarsi con la malattia. A loro volta, le condizioni nelle quali le persone vivono e muoiono sono plasmate dalle forze politiche, sociali ed economiche »⁷.

Le raccomandazioni emesse dalla Commissione al termine dei suoi lavori hanno una forte impostazione operativa: 1. Migliorare le condizioni quotidiane di vita; 2. Contrastare la distribuzione iniqua del potere, delle risorse e del denaro; 3. Misurare e comprendere il problema e valutare l'impatto dell'azione.

Diritto alla salute e diritto all'assistenza sanitaria

La salute, come diritto fondamentale della persona, è un bene assoluto e inalienabile, un *ab-solutus*, che deve cioè essere sciolto da ogni dipendenza, e quindi non può essere diminuito o alterato, per divenire oggetto di scambio o di commercio, mentre le politiche sanitarie possono essere il risultato di mediazioni, di scelte economiche e politiche, di scale di priorità e di condizioni di opportunità.

Per questo, ad esempio, il diritto alla salute dell'operaio in fabbrica non può essere *'monetizzato'*, non può essere oggetto di contrattazione sindacale, come il diritto alla salute di ogni popolo non può essere oggetto di politiche internazionali o di globalizzazione economica.

Nel mondo contemporaneo i sistemi sanitari sono complessi, ma il diritto alla salute, pur nella molteplicità della sua definizione, non fa parte della complessità dei sistemi sanitari.

Ne è anzi un determinante esterno, intorno al quale devono organizzarsi le reti della complessità politica e pratica, un *'motore non mosso'* che modifica la dinamica del sistema complesso ma non ne è esso stesso modificato: nessun cambiamento anche drammatico o strategico nei sistemi di sanità potrà mettere in dubbio o limitare il diritto alla salute, mentre la presenza di questo ideale e la coscienza del suo valore fondamentale modifica necessariamente i parametri e il comportamento dei sistemi di sanità.

La distinzione fra *'salute'* e *'sanità'* permette anche di distinguere chiaramente fra *'diritto alla salute'* e *'diritto all'assistenza sanitaria'*, il primo relativo alla possibilità di ottenere e sviluppare tutte le potenzialità per realizzare il proprio progetto di vita, il secondo come diritto all'accesso a un'equa ed efficace assistenza sanitaria.

Tra i due tipi di diritti c'è al tempo stesso una differenza di fondo ed un legame inscindibile. Il diritto all'assistenza riguarda esclusivamente gli individui malati, mentre il diritto alla salute riguarda al tempo stesso il singolo individuo, tutta la popolazione e l'insieme dell'umanità.

La salute appartiene alla sfera dei diritti sociali, mentre l'assistenza appartiene alla sfera dei diritti umani individuali.

Il diritto all'assistenza è connesso a scelte politiche contingenti e sottoposto a relazioni di tipo contrattuale.

La sua attuazione dipende dalla convergenza di interessi fra professioni sanitarie, industrie farmaceutiche e

⁷ Commission on Social Determinants of Health. (2009). Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final Report. Geneva: WHO.

biotecnologiche, organizzazioni sociali e cittadini, per realizzare il diritto all'assistenza in forme che siano socialmente praticabili e compatibili con altre esigenze, individuali e collettive.

Il diritto all'assistenza è il diritto di poter fruire in modo egualitario e socialmente equo dei migliori atti diagnostici, terapeutici e profilattici disponibili. Se questo diritto, quando è tecnicamente e socialmente possibile, viene negato si produce una profonda ingiustizia sociale, fonte inevitabile di sofferenze individuali e di tensioni sociali.

Il diritto alla salute e il diritto all'assistenza sanitaria costituiscono le due facce della stessa medaglia, sono due obiettivi da praticare e ai quali tendere allo stesso momento.

Il diritto alla salute resta un ideale astratto senza la concreta realizzazione del diritto all'assistenza, mentre rispettare il diritto all'assistenza può soddisfare un bisogno del malato o dell'invalido, ma si può trasformare in una serie di atti terapeutici, sempre più onerosi e potenzialmente sempre più iniqui, se non si persegue la piena realizzazione del diritto alla salute.

E i due diritti, per quanto teoricamente e operativamente distinti, sono fra loro in una relazione gerarchica, dato che il diritto alla salute è di fatto alla base del diritto all'assistenza, che non ne è che una parte ed una condizione.

Le politiche sanitarie sono in effetti il risultato della relazione fra diritti, contingenze socio-economiche e responsabilità individuali, collettive e istituzionali, che si basa sulla compatibilità economica e sociale nell'uso dei mezzi destinati alla sanità.

One Health - Un solo mondo, una sola salute

Accanto ai determinanti sociali della salute, negli ultimi decenni si è sviluppata una maggiore attenzione ai determinanti ambientali e ai rischi per la salute prodotti dalla crisi ambientale e dal riscaldamento globale.

Come conseguenza dei forti movimenti in difesa dell'ambiente naturale e di fronte al moltiplicarsi di nuove epidemie dovute alle zoonosi, è stata promossa soprattutto per opera dell'OMS e di altre organizzazioni sanitarie una nuova strategia, chiamata *One Health*, una salute.

Come afferma una dichiarazione del 1° dicembre 2021 dell'*One Health High-Level Expert Panel* (OHHLEP), creato dall'OMS allo scopo di meglio definire le strategie, «*il principio One Health è un approccio integrato e unificante che mira a bilanciare e ottimizzare in modo sostenibile la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi. [Tale principio] riconosce che la salute degli esseri umani, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell'ambiente in generale (compresi gli ecosistemi) sono strettamente legati e interdipendenti.*

La tematica "*One Health*" è un concetto del XXI secolo, si è sviluppata da pochi anni ed è un concetto ancora in evoluzione, sotto l'influenza delle sfide sanitarie, dei progressi scientifici, delle politiche economiche e ambientali e delle priorità professionali.

Questo movimento ha, come si può facilmente comprendere, diverse componenti, ognuna delle quali ha una sua storia, base teorica, esigenze professionali, metodi di intervento.

Denominazioni e sigle rispecchiano tale diversità. Così, «*One World - One Health* (OWOH)» (Un solo mondo, una sola salute) si interessa ai imiti fisici e biologici del pianeta Terra, all'interno dei quali deve essere possibile vivere in salute, benessere ed equità da un punto di vista politico, economico e sociale. «*Environmental Health- EcoHealth* (EH)» pone l'accento sulla salute dell'ambiente come preconditione per la qualità della vita e la salute umana. Infine, la «*Global Health* (GH)» enfatizza la convergenza dei problemi sanitari (ad esempio i virus emergenti, la resistenza agli antibiotici, le malattie croniche) con i determinanti sociali della

salute (alimentazione, istruzione, posizione sociale, inquinamento ambientale) su scala globale.

L'analisi storica permette di isolare, anche se schematicamente, *cinque principali radici* delle strategie *One Health*.

La *prima radice* è il risultato dello choc provocato dall'emergere di nuove, gravi zoonosi, l'ultima delle quali è la pandemia di Covid19, con la conseguente necessità di prevenire nuove pandemie e limitare le malattie zoonotiche. Il concetto di OH è difatti emerso a livello internazionale, con una serie di pubblicazioni, convegni scientifici e costituzione di gruppi di lavoro, principalmente per affrontare le interazioni animale-uomo che provocano malattie zoonotiche emergenti e riemergenti.

Il controllo del rischio richiede la comprensione delle diverse fasi dei salti di specie, che vanno dal trasferimento all'adattamento del nuovo agente patogeno al suo nuovo ospite, l'uomo, in modo da conoscere i meccanismi che portano alla comparsa nelle popolazioni dell'agente patogeno responsabile di una pandemia. Una *seconda radice* spinta allo sviluppo dell'approccio *One Health* è venuta, a partire dalla fine dell'Ottocento, dai veterinari, che spingevano per un'unificazione di fatto fra la professione medica e quella veterinaria, con la parola d'ordine '*One Medicine*' (Una sola medicina).

I sostenitori della '*One Medicine*' hanno fortemente sostenuto che in effetti la medicina umana è fortemente debitrice agli animali, da cui derivano spesso le conoscenze di anatomia e di fisiologia, oltre che i vaccini e la sperimentazione dei nuovi farmaci, a partire ad esempio dalla scoperta dell'insulina con esperimenti sui cani. Il medico, patologo e politico Rudolf Virchow oltre a coniare il termine '*zoonosi*', affermava che «*tra la medicina animale e quella umana non ci sono linee di demarcazione – né dovrebbero esserci. L'oggetto è diverso ma l'esperienza ottenuta costituisce la base di tutta la medicina*»⁸.

La salute e la malattia negli esseri umani e negli animali differiscono quindi solo nei dettagli e non nella loro natura. Negli ultimi anni, poi, si è riconosciuto l'ampia gamma di benefici che gli esseri umani traggono dalle loro relazioni con gli animali e dal ruolo che gli animali svolgono nella vita quotidiana e nella società.

Si deve poi trovare una *terza radice* della *One Health* nello sviluppo dei movimenti ecologisti.

Se nell'Ottocento, con Alexandre von Humboldt, Goethe e i poeti romantici, si scopre la natura e la sua importanza per il benessere, negli ultimi decenni le crisi ambientali hanno spinto all'elaborazione di strategie per la salvaguardia degli ecosistemi.

La *quarta radice* della *One Health* è data dal riconoscimento dell'importanza dei determinanti sociali e ambientali della salute, messi in evidenza dall'apposita Commissione dell'OMS presieduta da Michael Marmot. Infine, la *quinta radice* è costituita dalla presa di coscienza che l'essere umano con le sue attività e le modifiche territoriali, strutturali e climatiche incide fortemente sui processi geologici e climatici, il che ha portato all'introduzione di un nuovo termine per indicare una nuova era geologica, l'*antropocene*, che pone con forza la questione: «*come possiamo vivere in un mondo in cui non esiste nessuna natura senza gente?*»⁹.

Si afferma quindi lo slogan «*One Health/One World*», un concetto olistico che racchiude in un'unica visione integrata l'insieme della natura: la salute umana, quella degli animali e la sostenibilità degli ecosistemi costituiscono un unico obiettivo, perché raggiungerli tutti e tre contemporaneamente è l'unico modo per raggiungere ognuno di essi.

Il celebre trattato ippocratico *Arie, acque, luoghi* è un manuale del medico che viaggia da una città all'altra e scopre popolazioni che, completamente immerse nel loro ambiente, ne sono il prodotto naturale e restano

⁸ Citato in Ackerknecht EH: Veterinärmedizin und Humanmedizin im Laufe der Geschichte. *Schweiz Arch Tierheilk* 119: 1–7, 1977; L. Z. Saunders, « Virchow's Contributions to Veterinary Medicine: Celebrated Then, Forgotten Now », *Veterinary Pathology*, 37, 2000, pp. 199-207.

⁹ Padoa-Schioppa, Emilio, *Antropocene. Una nuova epoca per la Terra, una sfida per l'umanità*, Bologna: Il Mulino, 2021.

sotto l'influsso dell'orientamento dei luoghi e delle costruzioni, del soffiare dei venti, del cambiamento delle stagioni, della qualità delle acque, tutti fattori determinanti i fenomeni fisiologici e patologici.

In questo riconoscimento delle affinità fra il pensiero ippocratico e la *One Health* contemporanea occorre tuttavia sottolineare anche le profonde differenze.

L'insistenza sul ruolo delle acque e soprattutto dell'aria come causa patogena, se da una parte favorisce una visione ecologica della salute e della malattia, ha storicamente creato il substrato teorico della teoria dei miasmi, che sarà eliminata solo nell'Ottocento con l'origine della teoria dei germi e la rivoluzione pastorianiana.

Al richiamo forte della validità dell'idea di lunga durata di una relazione profonda fra popolazioni umane, gli altri essere viventi, animali e piante, e l'ambiente si associano nel mondo moderno due elementi profondamente innovativi, che spiegano i grandi successi ottenuti dalla medicina e dalle politiche sanitarie e sono alla base delle strategie *One Health*.

Il *primo* è la necessità di conoscere con precisione la causa specifica e necessaria di ogni evento patologico, in modo che ogni intervento curativo o preventivo sia basato sulla conoscenza scientifica.

Il *secondo* è la consapevolezza che la specie umana, risultato dell'evoluzione darwiniana, è necessariamente in un equilibrio dinamico e molto delicato con le altre specie viventi e con l'ambiente che non solo la circonda ma di cui è parte.

Una sanità basata sui valori: efficienza, efficacia, equità

L'espressione "*assistenza sanitaria basata sui valori*" è stata introdotta per la prima volta nel 2006 da Michael E. Porter, prima in un libro pubblicato in collaborazione con Elizabeth Olmsted Teisberg e poi in un articolo nel NEMJ¹⁰. Non dovrebbe sorprendere che questa proposta provenga da un accademico noto per le sue teorie sull'economia e in particolare sulle strategie aziendali e sulla concorrenza.

Porter propone di misurare il miglioramento del valore delle pratiche sanitarie sulla base dei «*migliori risultati per i pazienti rispetto ai costi per ottenerli*».

Sulla base del rapporto costi/benefici si tratterebbe di misurare i risultati ottenuti dai sistemi sanitari in determinati gruppi di pazienti con una specifica condizione medica, come il cancro al seno o l'artrite al ginocchio o all'anca, oppure nell'erogazione di cure primarie e preventive per gruppi di pazienti adulti sani.

Nelle conclusioni dell'articolo Porter solleva la «*grande domanda*» se sia possibile andare «*oltre un approccio reattivo e frammentario verso una vera strategia sanitaria nazionale incentrata sul valore*», suggerendo che l'unica vera soluzione è «*allineare tutto il sistema attorno a un obiettivo comune: fare ciò che è giusto per i pazienti*».

La domanda di fondo consiste proprio nella valutazione di cosa sia 'giusto' per i pazienti: si tratta solo di valutare se l'intervento terapeutico o preventivo è stato appropriato rispetto ai costi necessari oppure il 'giudizio di valore' deve tenere conto anche di altri aspetti, oltre al valore economico?

Secondo l'economista, la valutazione è limitata al valore economico e l'efficacia dei costi gioca un ruolo quasi esclusivo nelle decisioni correnti sul finanziamento di pratiche sanitarie, istituzioni e tecnologie: «*Raggiungere un valore elevato per i pazienti deve diventare l'obiettivo primario dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, con il valore definito come i risultati sanitari conseguiti per dollaro speso*»¹¹.

In questo contesto, il "valore" nell'assistenza sanitaria deriva dalla misurazione dei risultati sanitari rispetto al

¹⁰ M.E. Porter, E. Olmsted Teisberg, *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press, 2006 ; M.E. Porter, A strategy for health care reform –toward a value-based system. *The New England Journal of Medicine*, 361, 2009, pp. 9-12.

¹¹ Porter ME. « What is value in health care? », *The New England Journal of Medicine*. 2010; 363: pp. 2477-81.

costo della loro fornitura.

Tuttavia, il rischio è quello di adottare una prospettiva puramente incentrata sul pagatore, dove “*valore*” può significare fornire servizi economici, ma mediocri, un vantaggio per i finanziatori, non per i pazienti. L’attenzione è rivolta alla minimizzazione dei costi di ogni intervento e alla limitazione dei servizi piuttosto che alla massimizzazione del valore per il paziente dell’intero ciclo di cura.

Si tratta di un giudizio con cui la medicina si è confrontata sin dalle sue origini, in tutte le tradizioni mediche. La medicina non è solo una disciplina scientifica e le sue attività devono essere valutate con due diversi insiemi di criteri, basati rispettivamente sulla conoscenza e sui valori, guardando a ciò che è ‘*vero*’ ma anche a ciò che è ‘*buono*’. Pertanto, i criteri di verità devono essere accompagnati da criteri di valore morale.

Il medico non ha come unica base per la sua decisione un ‘*criterio di verità*’ (le regole utilizzate per valutare l’accuratezza delle affermazioni e delle azioni) ma anche un “*criterio di valore*” (l’appropriatezza morale e l’utilità per il paziente).

Per questo motivo la medicina è una “*scienza applicata*”, che collega insieme conoscenza, principi etici e pratici¹². Come scienza richiede un’epistemologia, una teoria della conoscenza; come pratica ‘*applicata*’ richiede una teoria della congruenza tra azioni, possibili risultati e il loro valore etico.

Nella medicina clinica, quindi, ogni atto medico deve essere scientificamente fondato ma anche avere un valore, principalmente per il paziente.

Ogni intervento terapeutico o preventivo ha sempre un valore economico, per l’individuo e per la società, ma non può essere valutato senza tenere conto dei principi etici, in primis l’uguaglianza e il diritto alla salute. Nel 1972 Archibald Leman Cochrane espose in una conferenza i risultati della sua analisi delle attività del Servizio Sanitario Nazionale nel Regno Unito.

La sua conferenza (e il breve libro che ne derivò) era intitolata *Efficacia ed Efficienza*, e le due parole divennero le linee guida dell’assistenza sanitaria in molti paesi. *Efficacia* significa l’adeguatezza a raggiungere uno scopo e produrre i risultati previsti o attesi¹³. *Efficienza* significa eseguire o funzionare nel miglior modo possibile con il minimo spreco di tempo, sforzi e soprattutto denaro.

I trattamenti e le pratiche sanitarie devono essere misurati e valutati in base ai loro risultati e ai loro costi. La conferenza di Cochrane portò direttamente allo sviluppo della medicina basata sulle prove e indirettamente a riforme sanitarie basate sul perseguimento di risultati efficienti ed efficaci in modelli basati sul valore. Tuttavia, nel titolo della lezione e del libro è stato omissso una terza parola essenziale, che Cochrane considerava della stessa importanza delle prime due: *equità*. Cochrane ha suggerito infatti tre criteri, tre ‘*E*’ per stabilire le priorità nell’assistenza e nella prevenzione: *efficienza, efficacia, equità*.

La prima *E*, l’efficienza, comporta l’utilizzo razionale dei mezzi finanziari e tecnici disponibili; la seconda *E*, l’efficacia, valuta la validità dei risultati ottenuti, eliminando gli sprechi e gli usi impropri.

Se le prime due “*E*” riguardano il valore economico, la terza ha un aspetto etico fondamentale e un valore morale, richiede il rispetto del diritto alla salute di ogni individuo, impone che la negoziazione e l’allocazione delle risorse rispondano a criteri di giustizia sociale. Di conseguenza, qualsiasi politica e attività che comprometta l’uguale godimento del diritto alla salute e produca discriminazione nell’accesso all’assistenza sanitaria è esclusa. L’*equità*, di conseguenza, è un valore fondamentale nell’assistenza sanitaria e nella salute pubblica.

Salute e cultura

¹² Georges Canguilhem. “Le statut épistémologique de la médecine.” *History and Philosophy of the Life Sciences* 10, Suppl. (1988): pp. 15-29.

¹³ Cochrane, Archibald Leman, *Effectiveness and Efficiency - Random Reflections on Health Services*, London: Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972; trad. italiana *L’inflazione medica. Efficacia ed efficienza nella medicina*, Milano: Feltrinelli, 1978.

Nel 2014 una Commissione creata dalla rivista *The Lancet* ha suggerito un approccio culturalmente informato alla salute e al benessere, indicando che « *la sistematica negligenza della cultura nella salute e nell'assistenza sanitaria è il più grande ostacolo al progresso del più alto standard di salute in tutto il mondo* »¹⁴.

La cultura, come definita dall'UNESCO, non è un rigido insieme di idee e concetti astratti, ma un insieme di « *caratteristiche distintive spirituali, materiali, intellettuali ed emotive della società di un gruppo sociale ... [che] comprende, oltre all'arte e alla letteratura, stili di vita, modi di vivere insieme, sistemi di valori, tradizioni e credenze* »¹⁵.

La cultura inquadra il senso della realtà, determina i parametri entro cui vengono prese decisioni e svolte azioni, dando un senso di scopo e direzione alla vita.

Le organizzazioni, le istituzioni e i gruppi professionali sviluppano la propria cultura, che produce diversi schemi di pensiero e di pratiche.

I concetti di salute e malattia, e le relative credenze, fanno parte necessariamente di un quadro culturale.

I valori sono incarnati nella conoscenza medica e nelle pratiche sanitarie e costituiscono un insieme di valori condivisi, che definiscono cosa è normale e cosa è patologico, cosa è giusto o sbagliato per il paziente.

Considerare la salute e l'assistenza in termini puramente clinici lascia i sistemi sanitari mal equipaggiati per comprendere i determinanti psicologici, sociali e culturali della malattia e della salute. Lungi dall'essere un discorso puramente medico, la cultura della cura, della salute e del benessere si fonda su una base di valori e credenze condivise, di cui occorre tenere conto.

Diversi sistemi di valori e visioni della salute possono promuovere o limitare l'equa distribuzione delle risorse sanitarie. I gruppi vulnerabili incontrano molto spesso barriere all'integrazione e alla partecipazione.

La *vulnerabilità* è allo stesso tempo un termine comune di tutti i giorni e un rigoroso concetto scientifico.

Sottolinea la *fragilità fisica e mentale*, l'incapacità di lavorare, di socializzare e di realizzare il proprio progetto di vita, di costruire e mantenere reti sociali.

La *vulnerabilità* conduce molto spesso all'emarginazione e alla stigmatizzazione, alle disuguaglianze sociali e all'insicurezza sanitaria. Le popolazioni e i gruppi vulnerabili spesso non vengono coinvolti negli studi sul benessere, anche perché sono riluttanti a farlo, in particolare quando si sentono alienati o emarginati.

Come per l'intera società, spesso i più vulnerabili sono i più silenziosi.

Se la *vulnerabilità* ha un'accezione negativa e un senso passivo, un'altra parola e concetto implica un atteggiamento attivo nell'affrontare difficoltà e cattive condizioni di salute: la *resilienza*.

La *resilienza* è solitamente definita come la capacità di un individuo di adattarsi con successo ai compiti della vita di fronte a svantaggi sociali o condizioni altamente avverse.

La *resilienza* è la capacità di un individuo o di un sistema di "*riprendersi*" da un'esperienza negativa, di continuare a funzionare in situazioni mutevoli o condizioni ed eventi avversi, ristabilendo e infine sviluppando l'efficienza personale e l'integrazione sociale.

Ciò implica tre diverse modalità, collegate alla crescente difficoltà delle situazioni avverse: assorbirne le conseguenze, adattarsi ad esse e trasformare l'avversità nella possibilità di nuovi sviluppi.

Promuovere la *resilienza individuale e della comunità* di fronte alle malattie fa parte degli obiettivi di un'assistenza sanitaria basata sui valori.

Ci sono diversi fattori che possono sviluppare e sostenere la *resilienza* di una persona o di un gruppo e la mag-

¹⁴ Napier D., Ancarno C., Butler B., Calabrese J., Chater A., Chatterjee H., et al. *Culture and health. The Lancet*, 2014, 384, pp. 1609-39.

¹⁵ United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. *Universal declaration on cultural diversity*. Adopted by the 31st session of the General Conference, Paris, 2 November 2001. Paris: Unesco; 2001.

gior parte di essi sono basati sui valori: la capacità di fare piani realistici ed essere in grado di intraprendere i passi necessari per seguirli, un concetto di sé positivo e la fiducia nei propri punti di forza e abilità, capacità di comunicazione e risoluzione dei problemi e la capacità di sviluppare e controllare emozioni e sentimenti forti. La salute pubblica basata sui valori può aiutare i pazienti a migliorare la propria salute, ridurre l'incidenza e l'effetto della malattia e della condizione patologica e vivere vite più sane.

Il benessere può essere raggiunto anche in presenza di infermità o handicap.

Esistono molte pratiche culturali diverse e interconnesse che possono migliorare la *resilienza*, rendendo possibili obiettivi più ambiziosi all'interno di un paradigma basato sui valori: ridurre l'impatto della malattia sul paziente, sui parenti, sui caregivers e sulla comunità; migliorare la gestione delle condizioni di salute; migliorare la partecipazione dei pazienti nelle loro comunità, nei luoghi di lavoro, nella vita culturale e nella società in generale; sviluppare attività culturali e acquisire un maggiore riconoscimento sociale.

Per raggiungere questi obiettivi sono necessarie strategie di ricerca basate sui valori, che integrino le complessità e l'individualità delle esperienze vissute in una base ampliata di prove sulle vulnerabilità alla salute che includa valutazioni di bisogni definiti soggettivamente, grazie a una ricerca narrativa e qualitativa e a un approccio incentrato sulla cultura¹⁶.

Il paziente informato e l'accesso democratico alla conoscenza

Uno dei principali risultati del cambiamento culturale nella domanda di salute è legato al manifestarsi di un nuovo tipo di paziente, informato, consapevole, autonomo e potenziato.

L'empowerment del paziente è particolarmente importante perché può tradursi in una reale crescita della consapevolezza e della cultura della salute, con risultati positivi in termini di sviluppo della prevenzione, aumento della capacità di riconoscere sintomi e malattie, miglioramento dell'adesione alle strategie terapeutiche e gestione efficace delle condizioni di salute.

Soprattutto nel caso di una grave malattia cronica o geneticamente determinata, il ruolo del paziente diventa strategico, perché una malattia è una condizione che dura tutta la vita, con un grande impatto sulle possibilità di vita e sulle attività della vita quotidiana.

L'esito dei cambiamenti culturali sulla salute, in termini di consapevolezza e responsabilità del paziente, è uno degli aspetti più importanti che può avere un impatto non solo sui comportamenti di salute ma anche sui sistemi di cura e sugli obiettivi di salute pubblica.

La complessità delle interazioni comunicative nella relazione clinica è di molto aumentata negli ultimi decenni, grazie da una parte al ruolo crescente della medicina nella vita contemporanea (*'medicalizzazione della società'*) e dall'altro alla presa di coscienza dei diritti del malato, che hanno portato alle figure, nuove nella storia della medicina, del *'paziente informato'* e del *'paziente educato'*.

Il primo si riferisce alla necessità di dare un massimo di informazioni al paziente per farlo partecipare alle decisioni terapeutiche (consenso informato), rispettando in questo modo la sua autonomia e i suoi diritti personali.

La seconda figura è il risultato dell'aumentato ruolo delle patologie croniche che richiedono una gestione sempre più autonoma del paziente della propria malattia, e per questo richiede un'educazione ed una formazione specifica. Una persona che soffre di una malattia cronica convive con essa su periodi molto lunghi, spesso per il resto della sua vita, e vive con la propria malattia tutti i momenti, mentre ovviamente il contatto

¹⁶ Fantini, Bernardino e Concetta Maria Vaccaro. "Value based healthcare for rare diseases: efficiency, efficacy, equity." *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 55, no. 3 (2019): 251-57.

con il medico o il sistema sanitario non può essere che estremamente limitato.

Di qui la necessità di una gestione autonoma di tali malattie croniche da parte del malato e della sua famiglia, e ciò richiede l'acquisizione di notevoli conoscenze, di pratiche e metodiche di gestione (il *'paziente competente'*). La diffusione di conoscenze scientificamente valide, la partecipazione democratica all'elaborazione delle grandi scelte di politica sanitaria, il richiamo alla responsabilità individuale, ma al tempo stesso all'efficienza e all'efficacia dei sistemi sanitari sono la base per il superamento in positivo delle difficoltà relazionali in sanità. La *'cittadinanza scientifica e sanitaria'*,¹⁷ che permetterebbe al cittadino di partecipare alle grandi scelte in campo medico e scientifico, resta tuttavia per il momento un ideale ed è responsabilità delle autorità pubbliche, del corpo medico e sanitario e dei media assicurare il minimo di informazione necessaria a una presa di decisione responsabile conforme alle esigenze degli individui e della società.

L'importanza del ruolo svolto dalla scienza nella società, a tutti i suoi livelli di organizzazione, nella vita individuale e collettiva, nei processi produttivi, nella produzione di cultura e nella vita politica, richiede che l'insieme dei cittadini debba condividere la riflessione sui valori della scienza, con una assunzione di responsabilità e una partecipazione alle scelte di fondo.

Il diritto alla scienza, alla conoscenza scientifica dovrebbe avere lo stesso statuto in una società democratica del diritto alla salute.

Negli ultimi anni si sono sviluppate diverse iniziative di *'scienza partecipata'*, nelle quali anche chi non appartiene a una comunità scientifica può contribuire alla crescita della conoscenza e alla verifica di pratiche scientifiche e di strumenti tecnologici.

Senza la presunzione di possedere lo stesso livello di strumenti teorici e metodologici degli esperti delle varie discipline, la scienza partecipata può fornire dati ed elementi critici, soprattutto quando si tratta di discipline relative all'ambiente naturale, alle conseguenze dell'uso di prodotti commerciali o industriali, all'osservazione del territorio o delle popolazioni animali e vegetali.

Lo si può osservare ad esempio in campo medico, dove l'abbandono del tradizionale paternalismo da parte dei professionisti della sanità con lo sviluppo dell'autonomia dei pazienti e la creazione delle associazioni dei malati e delle loro famiglie ha permesso di meglio comprendere la variabilità individuale dei fenomeni patologici e fisiologici, la reale efficacia dei trattamenti terapeutici, le migliori forme di prevenzione delle malattie e di promozione della salute.

Se è necessario sempre sottolineare il valore della scienza, la profondità delle crisi in atto e il ruolo svolto in queste crisi dalla scienza e dalla tecnologia richiede che grandi scelte relative alle attività scientifiche siano basate sui valori fondamentali della società e sui diritti delle persone.

La scarsità delle risorse alimentari, dell'acqua e delle materie prime, la fame, la povertà, la presenza di guerre devastanti, il rischio della distruzione dell'ambiente e di nuove pandemie richiede che le priorità negli investimenti e nella creazione di strutture di ricerca siano indirizzate non alla fabbricazione di nuove armi o al profitto ma alla soluzione dei bisogni della persona e dell'umanità nel suo insieme.

Ciò comporta la necessità della trasparenza del processo decisionale, in condizioni di incertezza e di conflitto di valori, ponendo alcuni criteri fondamentali, come ad esempio il "*principio di precauzione*", il non applicare una tecnologia o un processo produttivo, utilizzare un nuovo prodotto industriale o agricolo prima di aver ottenuto, sulla base delle evidenze, il massimo della certezza della sua non pericolosità per la salute pubblica, l'ambiente naturale o il rispetto della dignità della persona.

¹⁷ Porter, Dorothy, *Health Citizenship. Essays in Social Medicine and Biomedical Politics*, San Francisco: University Of California Medical Humanities Press, 2011; Rufo, Fabrizio, *Scienza e bene pubblico. Cittadinanza, conoscenza, democrazia*, Roma, Donzelli, 2023.

È possibile e necessario che i sistemi tecnologici, le strutture di servizio, come il servizio sanitario nazionale, utilizzino criteri decisionali basati su quanto ha valore per le persone, le collettività, la vita culturale, la natura e l'ambiente, per contribuire al miglioramento delle condizioni di vita, alla salute individuale e collettiva, alla salvaguardia e sviluppo positivo dell'ambiente naturale rispettando i valori condivisi, i percorsi di vita e le visioni del mondo.

Il valore fondamentale su cui basare la ricerca scientifica e i servizi è la giustizia sociale, la riduzione delle disuguaglianze, la possibilità di offrire a ognuno la possibilità di ottenere ciò di cui ha bisogno per realizzare al meglio il proprio progetto di vita, all'interno di una società solidale e partecipativa.

Lo sviluppo economico e la vita sociale sono sostenibili se rispettano la dignità e l'autonomia della persona, permettono una vita collettiva basata su inclusione, accesso equo alle risorse e ai servizi, rispetto della diversità e della fragilità.

La scienza in questo modo incorpora i valori e le norme condivise che guidano il processo di produzione della conoscenza, aumentando la propria legittimità e assumendo le responsabilità per offrire una potenziale soluzione delle crisi in atto, attraverso gli sforzi di collaborazione tra gli scienziati e le varie componenti della società.

Questi sviluppi scientifici possono produrre un cambiamento paradigmatico nel concetto di salute e nelle strategie di sanità pubblica, grazie alla possibilità di personalizzare prevenzione, assistenza sanitaria e promozione della salute. Insieme alle tre "E" proposte da Cochrane (*Efficacia, Efficienza ed Equità*) il nuovo paradigma in una medicina che miri alla salute e all'equità potrà basarsi su 4 "P": *Preventiva, Predittiva, Partecipativa e Personalizzata*.

Scenari delle fragilità, delle cronicità e delle disuguaglianze di salute

Le condizioni di cronicità e fragilità e le diseguaglianze

Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci

Premessa

L'allungamento della speranza di vita, insieme alla riduzione delle nascite, hanno cambiato profondamente il quadro demografico, la domanda di cure sanitarie e la necessità d'interventi sociali.

L'offerta di tali servizi deve di conseguenza cambiare per offrire risposte efficaci.

Un sistema sanitario tradizionalmente basato sulle cure ospedaliere diventa inadeguato se non inserito in una rete di servizi di cure continuative saldamente integrati con cui realizzare progetti di assistenza differenziati.

L'assistenza agli anziani è l'area nella quale più profondamente si compenetrano e diventano inscindibili il bisogno sociale e quello sanitario, in una gradazione che comprende aspetti diversi e tra loro complementari come il bisogno di evitare l'emarginazione sociale, il supporto alle funzioni complesse della vita, l'aiuto quotidiano psicologico e materiale per le funzioni semplici, fino all'assistenza costante e, in alcuni casi, ad alta valenza sanitaria delle fasi di non autosufficienza.

Una gamma complessa, di bisogni, quindi, che prevede sinergie tra ruolo della famiglia e quelli della rete amicale, del volontariato e dei servizi sociali e, per quanto riguarda l'intervento più specificamente sanitario comporta alta integrazione e duttilità della risposta rispetto all'articolarsi dei bisogni.

Gli anziani fragili rappresentano una delle categorie più vulnerabili della società, spesso soggetta a diverse forme di diseguaglianza.

La fragilità negli anziani è una condizione caratterizzata da una diminuzione delle riserve fisiologiche e dalla ridotta capacità di far fronte agli stress.

Questo stato può essere associato a molteplici problemi di salute, isolamento sociale, difficoltà economiche e accesso limitato ai servizi sanitari.

Malattie come il diabete, l'ipertensione, e le malattie cardiovascolari sono comuni e aggravano ulteriormente lo stato di fragilità.

Molti anziani fragili vivono soli o hanno reti sociali limitate. Questo isolamento può peggiorare la loro salute mentale e fisica, aumentando il rischio di depressione e peggiorando le condizioni croniche esistenti.

Questa popolazione spesso incontra difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari e sociali.

Le barriere incontrate possono includere problemi di mobilità, carenze nei trasporti pubblici o limitata disponibilità di servizi domiciliari.

La fragilità economica è comune tra gli anziani, con molti che vivono con pensioni limitate o nessun risparmio. Questo riduce la loro capacità di accedere a cure di qualità e di mantenere una buona qualità della vita.

Le disuguaglianze tra gli anziani più fragili possono essere osservate su tre livelli:

- Geografico: la disponibilità e la qualità dei servizi per gli anziani variano notevolmente tra e all'interno delle diverse regioni. Le aree rurali spesso offrono meno servizi rispetto alle aree urbane;
- Socioeconomico: gli anziani con un background socioeconomico basso tendono a essere più fragili e hanno un accesso limitato ai servizi di salute e sociali;
- Genere: le donne anziane sono più a rischio di fragilità rispetto agli uomini, in parte a causa di una maggiore longevità e di condizioni economiche spesso peggiori.

La gamma degli interventi utili è multi modulare e prevede:

- Implementare modelli di assistenza integrata che combinino servizi sanitari e sociali per affrontare i molteplici bisogni degli anziani fragili. Questo include l'assistenza domiciliare, la telemedicina e i servizi di supporto comunitario;
- Mettere in atto politiche di sostegno economico, rafforzando le pensioni e fornendo sussidi per i costi sociali, in particolare quelli abitativi e di trasporto. Garantire che gli anziani abbiano accesso a risorse economiche sufficienti per mantenere una vita dignitosa;
- Promuovere programmi di prevenzione che mirano a ridurre la fragilità, come l'esercizio fisico, una dieta equilibrata e il monitoraggio delle condizioni croniche.
- Favorire il coinvolgimento sociale degli anziani attraverso attività comunitarie, volontariato e reti di supporto perché combattere l'isolamento sociale è cruciale per migliorare il benessere degli anziani fragili;
- Fornire formazione e supporto ai caregiver, che sono spesso i principali fornitori di assistenza per gli anziani fragili. Questo include formazione su come gestire condizioni di salute complesse e supporto psicologico per affrontare lo stress del caregiving;
- Migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari e sociali attraverso la rimozione delle barriere fisiche e logistiche con l'implementazione di trasporti accessibili e servizi domiciliari.

In sintesi, affrontare la fragilità degli anziani e le disuguaglianze richiede un approccio multifattoriale che coinvolga politiche pubbliche, assistenza sanitaria integrata, supporto sociale e misure economiche.

La cronicità, significato e definizioni

La cronicità, nel contesto medico e sanitario, si riferisce alla presenza di malattie o condizioni di salute che sono di lunga durata e che progrediscono lentamente nel tempo.

Queste condizioni richiedono una gestione continua e possono avere un impatto significativo sulla qualità della vita di una persona. Proponiamo alcune definizioni e concetti chiave relativi alla cronicità:

- Cronicità: la caratteristica di una malattia o condizione di essere cronica. Questo termine viene utilizzato per descrivere l'aspetto a lungo termine e spesso incurabile di determinate condizioni mediche.
- Malattia cronica: è una malattia che persiste per un lungo periodo, spesso per tutta la vita del paziente. Esempi comuni includono diabete, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie croniche e alcuni tipi di cancro.
- Condizione cronica: è invece una condizione di salute che non è necessariamente una malattia, ma che richiede comunque una gestione a lungo termine, come, ad esempio, l'ipertensione, l'obesità, e il dolore cronico.

- Comorbidità: la presenza di più di una malattia cronica nello stesso individuo. Ad esempio, una persona potrebbe avere sia diabete che ipertensione. La gestione delle comorbidità è particolarmente complessa e richiede un approccio integrato.
- Gestione delle malattie croniche: il processo continuo di monitoraggio, trattamento e supporto delle persone affette da malattie croniche. Questo può includere la somministrazione di farmaci, cambiamenti nello stile di vita, interventi chirurgici e supporto psicologico.
- Prevenzione delle malattie croniche, cioè le strategie e gli interventi volti a ridurre l'incidenza delle malattie croniche. Questo può includere campagne di sensibilizzazione sulla salute, programmi di screening, e promozione di comportamenti sani come l'esercizio fisico regolare e una dieta equilibrata.
- Qualità della vita: un concetto importante nella gestione delle malattie croniche, che si riferisce all'impatto delle condizioni croniche sul benessere fisico, mentale ed emotivo del paziente. L'obiettivo della gestione delle malattie croniche è spesso quello di migliorare o mantenere la qualità della vita del paziente.
- Approccio multidisciplinare: consiste in un metodo di gestione delle malattie croniche che coinvolge una squadra di professionisti sanitari (medici, infermieri, dietisti, fisioterapisti, psicologi) che lavorano insieme per fornire cure complete e coordinate.

La cronicità rappresenta una sfida significativa per i sistemi sanitari, poiché richiede un approccio integrato e continuo alla cura e alla gestione delle malattie e condizioni di lunga durata.

La fragilità, significato e definizioni

Il concetto di fragilità è stato oggetto di crescente interesse nell'ultimo trentennio, anche in relazione al fenomeno della "transizione demografica" (Thompson 1929) e c'è ormai accordo nel ritenere la fragilità uno stato biologico età-dipendente caratterizzato da ridotta resistenza agli stress, secondario al declino cumulativo di più sistemi fisiologici (Fried 2001) e correlato a pluripatologia, disabilità, rischio di istituzionalizzazione e mortalità (Fried 2004).

La definizione "anziano fragile" fu introdotta ufficialmente per indicare "... quei soggetti di età avanzata o molto avanzata, cronicamente affetti da patologie multiple, con stato di salute instabile, frequentemente disabili, in cui gli effetti dell'invecchiamento e delle malattie sono spesso complicati da problematiche di tipo socio-economico". Sulla base di questa definizione, "... la fragilità comporta un rischio elevato di rapido deterioramento della salute e dello stato funzionale ed un elevato consumo di risorse..." [Ministero della salute, 2011].

La comparsa dell'espressione frail elderly nella letteratura geriatrica internazionale si deve a Brocklehurst e collaboratori (1982) del Dipartimento di Medicina Geriatrica di Manchester.

Ma è nel 1992 quando Linda P. Fried organizza a Baltimora una conferenza sulle basi fisiologiche della fragilità che emerge che "la fragilità è una sindrome clinica eterogenea caratterizzata da numerosi possibili sintomi tra i quali spiccano la debolezza muscolare, la paura di cadere, e/o la perdita di peso, ed altri possibili sintomi da definire".

Viene comunque ribadito che "la disabilità, l'età avanzata o la presenza di più malattie non sembrano identificare, da sole o insieme, i soggetti fragili", dal momento che se molti soggetti disabili sono fragili o a rischio di fragilità, non sempre i fragili sono anche disabili. Per gli Autori quindi "la fragilità non è sinonimo di disabilità".

Gli anni 90 si chiudono con la proposta di Linda P. Fried e Jeremy D. Walston del Dipartimento di Medicina della John Hopkins Medical School, Baltimora, USA, di un modello concettuale di fragilità fisica in stretta relazione con disabilità, comorbidità ed invecchiamento.

Secondo tale modello la fragilità si identifica in una condizione di vulnerabilità associata all'età, risultato della compromissione delle riserve omeostatiche e della ridotta capacità dell'organismo di contrastare eventi stressanti,

come conseguenza di un processo “a spirale” di progressivo ed ingravescente declino energetico e delle riserve fisiologiche dei vari sistemi (muscolare, immunitario, neuroendocrino), di cui espressione fenomenologia e una costellazione di segni e sintomi quali debolezza, facile affaticamento, ridotto livello di attività, ridotto introito alimentare, sarcopenia, alterazioni dell'andatura e dell'equilibrio, decondizionamento fisico ed osteopenia, che, nel loro evolvere, rendono sempre meno possibile il recupero e sempre più elevato il rischio di morte.

È sulla base di questa ipotesi che ha inizio una nuova era di studi sulla fragilità, il cui obiettivo è da una parte di comprenderne sempre più le basi biologiche ed i meccanismi fisiopatologici, dall'altra di identificarne un fenotipo clinico di cui quello proposto dal gruppo della Fried ha trovato la sua validazione nel 2001 nell'ambito del Cardiovascular Health Study e, nel 2006, nel Women Health and Aging Study.

Due sono ormai i paradigmi che definiscono la fragilità:

- Il paradigma biomedico, secondo il quale la fragilità è una sindrome fisiologica caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali e dalla diminuita resistenza agli stressor, risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli che causano vulnerabilità e conseguenze avverse (Fried 2004);
- Il paradigma bio-psico-sociale, secondo il quale la fragilità è uno stato che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini (fisico, psichico, sociale), causata dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati per la salute (Gobbens 2010.)

In una visione cure/care la fragilità biologica e quella sociale concorrono a determinare le necessità della persona “fragile” che si rivolge ai servizi.

La “fragilità sociale” trova il suo ambito nella povertà, ma non coincide con totalmente con essa. Povertà è un termine familiare, ma non facilmente definibile sul singolo soggetto.

Ha una valenza comparativa, di carattere economico, facendo riferimento alla disponibilità di mezzi per il sostentamento: povertà assoluta, quella la cui capacità di spesa mensile non raggiunge la soglia minima “necessaria per acquisire il paniere di beni e servizi essenziale a uno standard di vita minimamente accettabile”; povertà relativa, correlata agli standard di vita prevalenti all'interno di una data comunità e comprendente bisogni che vanno al di là della semplice sopravvivenza.

Ci si riferisce quindi a una condizione di privazione economica e mancanza di risorse materiali. Il suo significato, rilevante per descrivere situazioni economiche complessive della popolazione, risulta più debole rispetto al singolo individuo e alla sua interrelazione con i sistemi socio sanitari.

L'“esclusione sociale” si lega strettamente alla povertà, ma sottende anche l'esclusione da benefici e servizi cui normalmente le persone e le famiglie hanno accesso; dà quindi rilievo e valore alla rete di relazioni che la persona sviluppa intorno a sé, dedica una rilevanza specifica al livello di istruzione, alla salute, alla disoccupazione, al mercato del lavoro, alla precarietà, al disagio abitativo, all'impossibilità di partecipare alla vita sociale degli individui.

Una persona “benestante” intesse generalmente o acquisisce relazioni e supporti sociali in grado di interagire con il sistema sanitario, potendo tuttavia, in condizioni di disagio e di isolamento e disadattamento, trovarsi in una situazione di esclusione sociale, malgrado il reddito.

Al contrario una persona “povera”, ma inserita in un contesto forte di relazioni (amicali, associative) come ad esempio quello proprio dei centri abitativi più piccoli, può godere di un grado di tutela sociale informale da non collocarsi nell'ambito della esclusione sociale.

Mary Tinetti in un articolo pubblicato dall'American Journal of Medicine nel 2004 “the end of the disease era” cita: “l'approccio tradizionale della medicina occidentale degli ultimi seicento anni, basato sulla diagnosi e sulla cura della singola malattia è oggi del tutto anacronistico se non addirittura dannoso. Esso, infatti, non tiene conto della comorbilità, dell'influenza dei fattori psicologici, culturali ed ambientali dello stato di salute; così come del fatto

che i pazienti, soprattutto se anziani, possono avere priorità differenti rispetto agli obiettivi storicamente perseguiti dal medico, privilegiando la qualità della vita alla sua durata”.

Le conclusioni che possiamo trarre sono quindi che la persona anziana che ha bisogno dei servizi di cura ed assistenza non è più valutabile solo in termini di malattia e/o perdita delle funzioni, ma è necessario avere un approccio e strumenti adeguati ad affrontare un contesto complesso.

La relazione tra cronicità e fragilità

La relazione tra le due condizioni è stretta e complessa, poiché entrambe le condizioni spesso si influenzano reciprocamente e possono coesistere nello stesso individuo, specialmente negli anziani. Le principali interconnessioni tra malattie croniche e fragilità sono:

Progressione e Impatto delle Malattie Croniche

Le malattie croniche, come il diabete, le malattie cardiovascolari e le malattie respiratorie croniche, tendono a peggiorare nel tempo e richiedono una gestione continua. Questa progressione può portare a un declino generale della salute fisica e funzionale, contribuendo alla fragilità.

Le complicazioni delle malattie croniche possono ridurre la capacità di un individuo di svolgere attività quotidiane, aumentare la dipendenza da altri e incrementare il rischio di incidenti, come le cadute.

Declino della Capacità Funzionale:

Le malattie croniche possono causare una diminuzione della forza muscolare, della mobilità e della resistenza, che sono fattori chiave nella definizione della fragilità. Ad esempio, la sarcopenia (perdita di massa muscolare) è comune nelle persone con malattie croniche e contribuisce alla fragilità.

Le malattie croniche possono portare a una riduzione delle riserve fisiologiche, rendendo gli individui più vulnerabili agli stress esterni, come infezioni o lesioni.

Infiammazione e Alterazioni Metaboliche:

Molte malattie croniche sono associate a stati infiammatori cronici e alterazioni metaboliche che possono accelerare il processo di invecchiamento e aumentare la vulnerabilità alla fragilità. L'infiammazione cronica può danneggiare i tessuti e gli organi, contribuendo al declino funzionale e alla fragilità.

Comorbidità e Politerapia:

La presenza di più malattie croniche (comorbidità) è comune negli anziani e può aumentare la complessità della gestione della salute, favorendo la fragilità. La politerapia, o l'uso di più farmaci per trattare diverse condizioni croniche, può portare a interazioni farmacologiche negative, effetti collaterali e una maggiore difficoltà nella gestione delle terapie, contribuendo alla fragilità.

Impatto Psicosociale:

Le malattie croniche possono influenzare negativamente la salute mentale, portando a depressione, ansia e isolamento sociale. Questi fattori psicosociali possono ulteriormente indebolire la capacità di affrontare le sfide quotidiane e aumentare la fragilità.

La fragilità, a sua volta, può limitare la partecipazione sociale e le attività ricreative, aggravando l'impatto psicologico delle malattie croniche.

Prevenzione e Gestione Integrata:

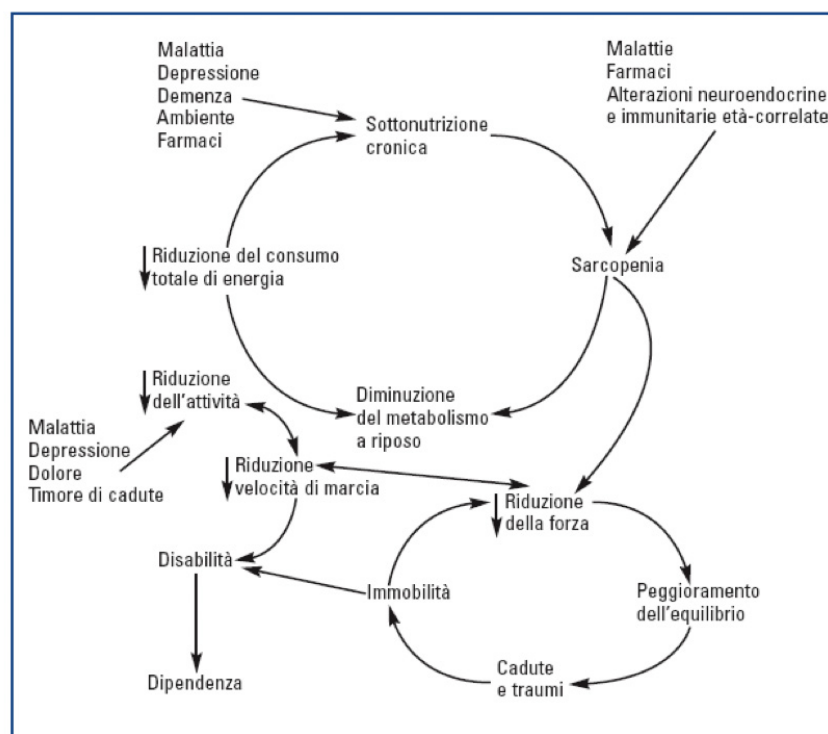
La prevenzione della fragilità può includere strategie di gestione delle malattie croniche, come il controllo glicemico nel diabete o la gestione della pressione arteriosa nelle malattie cardiovascolari.

Un approccio integrato che consideri sia le malattie croniche che la fragilità può migliorare gli esiti di salute, promuovendo l'indipendenza e la qualità della vita. Le malattie croniche e la fragilità sono strettamente interconnesse. Un approccio olistico e integrato alla cura e alla prevenzione è essenziale per affrontare efficacemente entrambe le condizioni.

I determinanti della fragilità

La ricerca gerontologica degli ultimi anni è centrata a riconoscere le caratteristiche biologiche età-correlate della fragilità e comprendere le sue determinanti fisiopatologiche. In particolare si è concentrata sull'identificazione di marcatori biologici che permettono uno screening della fragilità in fase precoce, quando vi sono maggiori possibilità di prevenzione e di intervento. Possiamo identificare le componenti della fragilità come nel ciclo pubblicato da Walston nel 2004 (Figura 1). Viene sottolineata la natura ciclica della fragilità e si nota come le perdite funzionali in una o più aree possano dare inizio o perpetuare il ciclo funzionale di tutto l'organismo.

Figura 1



Ciclo di induzione della fragilità

Il progressivo intreccio di questi elementi comporta una sempre maggiore differenziazione fra gli individui, rendendo la singola persona sempre più unica con l'invecchiamento e parallelamente complica la ricerca di

strumenti standard di valutazione.

Se clinicamente è possibile sospettare una situazione di fragilità, resta problematica la sua definizione in termini rigidamente biologici. Fried (2001) pragmaticamente propone una definizione operativa, utile sia al riconoscimento della fragilità sia alla pianificazione di un intervento di cura, configurando un “fenotipo fragile” caratterizzato da cinque punti:

1. Perdita di peso (maggiore di 4.5 Kg nell'ultimo anno);
2. Affaticamento (fatica di almeno 3 giorni/ settimana);
3. Riduzione della forza muscolare (hand – grip) (< 5.85 per i maschi e 3.37Kg per le femmine);
4. Ridotta attività fisica, valutabile con la scala PASE (Physical Activity for the Elderly);
5. Riduzione della velocità del cammino (> 7 secondi per percorrere 5 m su percorso noto).
6. Vi è fragilità se sono presenti 3 o più di questi criteri.

Secondo il Canadian Study on Health and Aging (CSHA) possono caratterizzare la fragilità 70 item comprendenti segni, sintomi e test anormali.

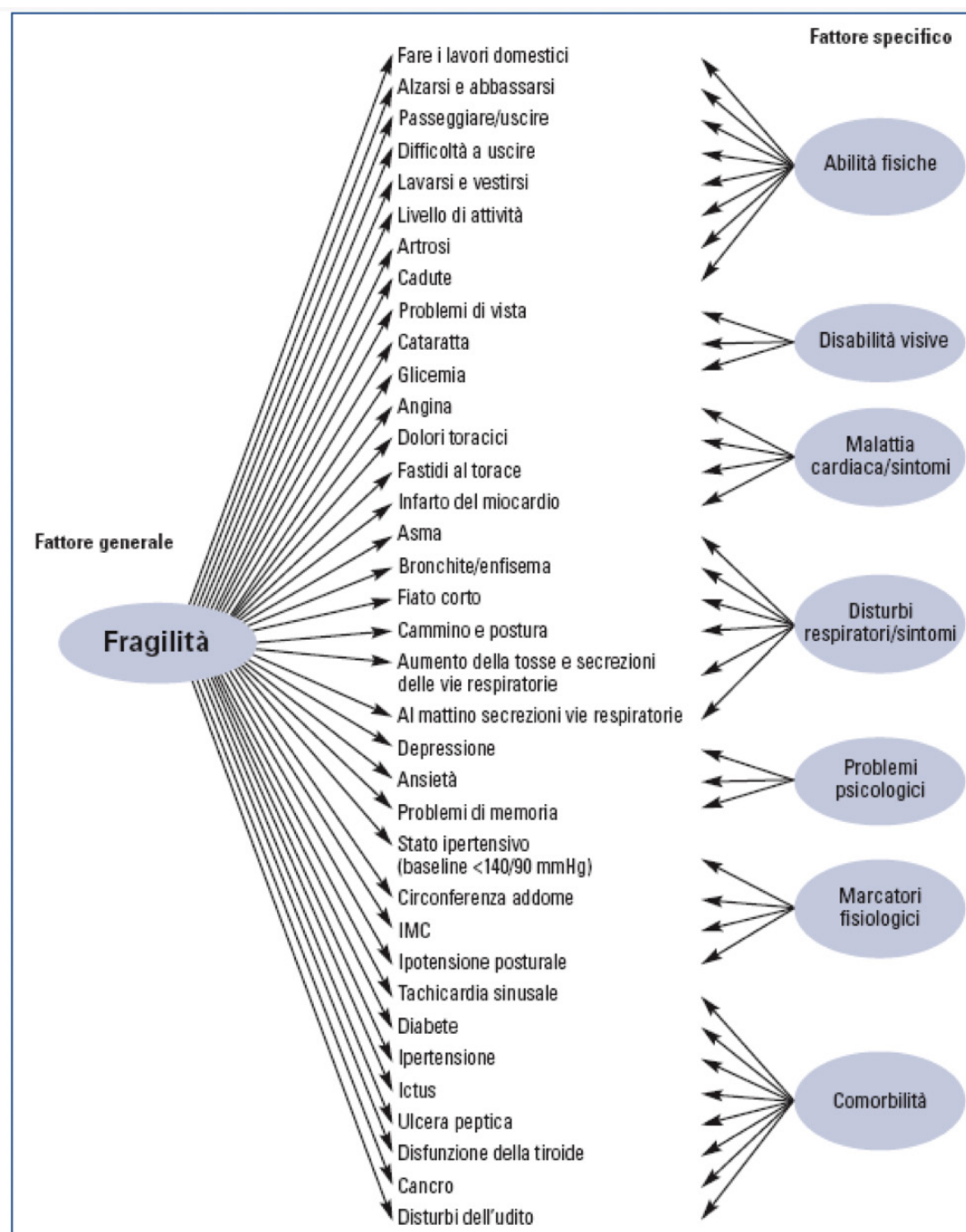
Lista delle variabili utilizzate dal CSHA per costruire l' indice di fragilità	
Cambiamenti nelle attività quotidiane	Disturbi cognitivi iniziali
Problemi alla testa e al collo	Confusione o delirium
Scarso tono muscolare del collo	Tratti paranoici
Bradichinesia facciale	Storia rilevante di disturbi cognitivi
Problemi a vestirsi	Familiarità rilevante di disturbi cognitivi
Problemi a farsi il bagno	Alterazione della sensibilità vibratoria
Problemi nell'igiene personale	Tremore a riposo
Incontinenza urinaria	Tremore posturale
Problemi ad andare in bagno	Tremore intenzionale
Difficoltà nel transito intestinale	Familiarità di malattie degenerative
Problemi rettali	Crisi epilettiche parziali complesse
Problemi gastrointestinali	Crisi epilettiche generalizzate
Problemi a cucinare	Sincope o svenimenti
Problemi di suzione	Mal di testa
Problemi a uscire da solo	Problemi cerebrovascolari
Motilità compromessa	Storia d'ictus
Problemi muscolo-scheletrici	Storia di diabete mellito
Bradichinesia degli arti	Iperensione arteriosa
Scarso tono muscolare degli arti	Perdita dei polsi periferici
Scarso coordinamento degli arti	Problemi cardiaci
Scarso coordinamento del busto	Infarto del miocardio
Scarso mantenimento della postura	Aritmia
Andatura irregolare	Insufficienza cardiaca congestizia
Cadute	Problemi ai polmoni
Problemi dell'umore	Problemi respiratori
Tristezza, abbattimento, depressione	Anamnesi di malattia della tiroide
Storia di stati depressivi	Problemi della tiroide
Stanchezza cronica	Problemi della pelle
Depressione (diagnosi di)	Tumori maligni
Disturbi del sonno	Problemi al seno
Agitazione	Problemi addominali
Disturbi della memoria	Presenza di riflesso del muso*
Indebolimento della memoria a breve termine	Presenza di riflesso palmo-mentoniero**
Indebolimento della memoria a lungo termine	
Disturbi delle funzioni mentali generali	

* protrusione delle labbra alla percussione dell'orbicolare della bocca
 ** volgimento del capo con contrazione dei muscoli del mento verso il palmo stimolato da pressione

Criteri di fragilità secondo il CSHA

Dalla correlazione di questi item, è stata costruita una scala di fragilità in 7 gradi, assunta a riferimento nella linea guida in Older Adults della British Columbia (2008)

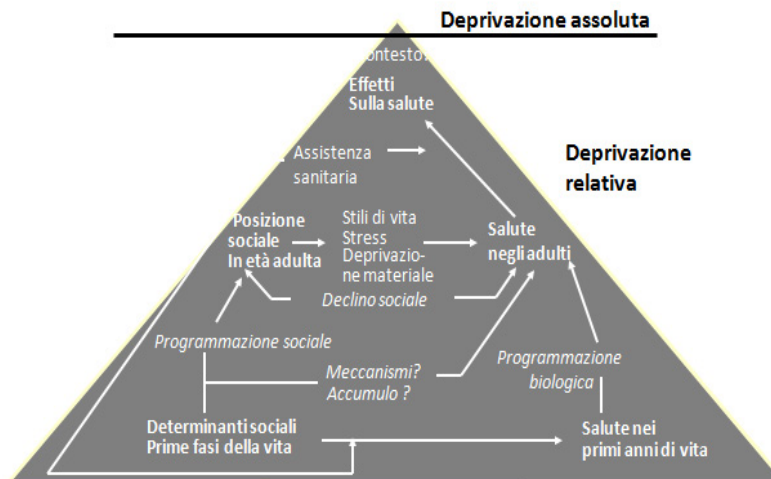
Con gli stessi criteri, Kamaruzzaman (2010) ha individuato 35 item, dalla cui ricomposizione si otterrebbero 7 raggruppamenti principali utili a individuare un indice finale di rapida applicazione, affidabile, non invasivo, da applicare nell'area delle cure primarie.



Gruppi di fragilità secondo Kamaruzzaman

La letteratura in sintesi concorda nell'individuare una situazione biologica caratterizzata da riduzione delle risorse e della resistenza agli stress, provocata dal declino cumulativo di più sistemi fisiologici (Fried 2001) e tale da determinare istituzionalizzazione, ospedalizzazione e mortalità.

Come nascono le diseguaglianze di salute



[Fonte: Algoritmo elaborato dal DEP Lazio 2010]

Successivamente il concetto di Fragilità, secondo il CSHA - Rockwood e altri, 2005 - si può declinare secondo la seguente scala di valutazione in cui i primi tre livelli sono relativi alla “bassa complessità assistenziale”, i successivi tre sono relativi alla “media complessità assistenziale” e gli ultimi tre sono relativi alla “alta complessità assistenziale”:

Clinical Frailty Scale	
<p>1. Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.</p> <p>2. Well – People who have no active disease symptoms but are less fit than Category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.</p> <p>3. Managing Well – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.</p>	<p>Bassa</p>
<p>4. Vulnerable – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being “slowed up,” and/or being tired during the day.</p> <p>5. Mildly Frail – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.</p>	
<p>6. Moderately Frail – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.</p>	
<p>7. Severely Frail – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).</p> <p>8. Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.</p> <p>9. Terminally Ill – Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy < 6 months, who are not otherwise evidently frail.</p>	<p>Alta</p>
<p>Where dementia is present, the degree of frailty usually corresponds to the degree of dementia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mild dementia – includes forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal. • Moderate dementia – recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting. • Severe dementia – they cannot do personal care without help. 	
<p>K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. <i>CMAJ</i> 2005;173:489–495</p> <p>© 2011-2012 Version 1.3. All rights reserved. Videx Canada.</p>	

L'approccio multidimensionale all'anziano fragile

Recentemente un nuovo concetto di fragilità è emerso in relazione alla sua applicabilità nella pratica clinica. Secondo questa visione, la fragilità viene interpretata come una condizione integrata e multi dimensionale in cui multipli domini (o dimensioni), come quello biologico, funzionale, psicologico e sociale, interagiscono tra loro determinando e caratterizzando la fragilità.

Poiché alla base della complessità bio-psico-sociale e clinica dell'anziano fragile vi è verosimilmente l'interazione delle diverse "dimensioni" la valutazione multidimensionale (V.M.D.) è lo strumento di scelta per la diagnosi di fragilità, in quanto in grado di esplorare la multidimensionalità dell'anziano.

Da un punto di vista operativo la V.M.D. si attua somministrando al paziente scale di valutazione specifiche per ogni campo da esplorare quali la disabilità funzionale, la cognitivtà, il tono dell'umore, lo stato nutrizionale, la comorbilità, il rischio di caduta o di comparsa di lesioni da decubito, ma anche lo stato abitativo, il contesto sociale e assistenziale del soggetto.

Il pregio di questi strumenti di V.M.D. cosiddetti di prima generazione, e che sono metodi validati in differenti tipologie di soggetti anziani, semplici e rapidi nell'esecuzione, ampiamente diffusi e quindi confrontabili sia in ambito clinico che di ricerca.

Il limite più significativo è quello che ogni strumento diagnostico è stato sviluppato e validato per esplorare una singola area (disabilità, cognitivtà, tono dell'umore, comorbilità, nutrizione, ecc.) e che pertanto per condurre una completa V.M.D. i diversi strumenti devono essere integrati tra loro spesso con sovrapposizioni di items e difficile comparazione dei risultati.

L'introduzione di strumenti di V.M.D. di seconda e terza generazione ha sicuramente migliorato i criteri di applicazione della V.M.D. in diverse tipologie di popolazione anziana; la complessa struttura di tali strumenti, tuttavia, non sempre ne rende agevole la loro applicazione in situazioni cliniche ove è richiesta rapidità ed essenzialità di esecuzione per ottenere velocemente informazioni prognostiche utili alla gestione del paziente. L'analisi dei dati raccolti con il sistema RAI-Home Care relativi ad una popolazione di quasi 24.000 anziani in assistenza domiciliare ha dimostrato che l'aggiustamento con i dati di una V.M.D. che fornisca informazioni bio-psico-sociali migliora l'accuratezza prognostica dei diversi strumenti di fragilità.

Questi dati suggeriscono che la fragilità è un concetto multidimensionale in cui diversi domini aggregano insieme e definiscono una sottostante condizione comune.

La Valutazione Multidimensionale

Ricordiamo un aspetto metodologico non secondario: a fronte di nuovi bisogni servono nuovi strumenti, primi fra tutti quelli di valutazione.

I Paesi che hanno tentato di ottimizzare le procedure valutative necessarie a mettere a punto piani individualizzati di assistenza per gli anziani hanno condotto sperimentazioni utilizzando la Valutazione Multidimensionale (VMD), una tecnica di valutazione che ha avuto grande rilevanza nell'affermazione della Geriatria come Specialità medica e come area di ricerca.

L'esperienza italiana di utilizzazione della VMD è ancora troppo limitata e va migliorata. Il suo uso sistematico è stato finora limitato ad applicazioni talvolta sporadiche, spesso disomogenee perché condotte con strumenti diversi.

Da più parti, si avverte l'esigenza di fare il punto sullo stato dell'arte sulla VMD, in termini di evidenze,

efficacia e applicabilità nella realtà Italiana

Poiché alla base della complessità bio-psico-sociale e clinica dell'anziano fragile vi è verosimilmente l'interazione delle diverse "dimensioni" la valutazione multidimensionale (V.M.D.) è lo strumento di scelta per la diagnosi di fragilità, in quanto in grado di esplorare la multidimensionalità dell'anziano.

Il Comprehensive Geriatric Assessment (in italiano, Valutazione Multidimensionale dell'Anziano, V.M.A.) è una metodologia finalizzata alla valutazione della funzione attraverso misure di performance, dati clinici, psicologici e sociali (NIH Consensus Statement, 1987). La V. M.A. si caratterizza per tre aspetti principali:

- È focalizzata sulla complessità dell'anziano, analizzando le "5 I" della geriatria (danno intellettuale, instabilità, immobilità, incontinenza, rischi iatrogeni) (Hazzard 1985);
- Misura la funzione complessiva;
- È multidimensionale, in quanto comprende, oltre alla valutazione dello stato funzionale, il profilo psicologico, cognitivo, sociale, economico e spirituale.

Da un punto di vista operativo la V.M.D. si attua somministrando al paziente scale di valutazione (S.Va.M.A., S.Va.Fra, S.Va.M.Di. ed altre) specifiche per ogni campo da esplorare quali la disabilità funzionale, la cognitivtà, il tono dell'umore, lo stato nutrizionale, la comorbilità, il rischio di caduta o di comparsa di lesioni da decubito, ma anche la condizione abitativa, economica, relazionale, il contesto sociale e assistenziale del soggetto.

Il Multidimensional Prognostic Index (MPI)

In anni più recenti è stato descritto e validato nell'anziano ospedalizzato il Multidimensional Prognostic Index (MPI), uno strumento prognostico di mortalità basato sulla esecuzione di una V.M.D. L'MPI è basato su un algoritmo matematico che include informazioni ottenute da strumenti di V.M.D. relativi ad 8 domini quali:

- Activities of Daily Living (ADL),
- Instrumental-ADL (IADL);
- Stato cognitivo valutato mediante lo Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ);
- Lo stato nutrizionale valutato con il Mini Nutritional Assessment (MNA);
- Il rischio di lesioni da decubito valutato mediante la scala di extronsmith (ESS);
- La comorbilità valutata mediante il Cumulative Index Rating Scale (CIRS);
- Il numero di farmaci assunti dal paziente;

Lo stato abitativo del soggetto (Tab. 1)

L'MPI può essere espresso sia come indice numerico continuo da 0 (assenza di compromissione) a 1 (massima compromissione multidimensionale) sia in tre gradi di rischio di mortalità: basso (MPI-1, valore da 0 a 0,33), moderato (MPI-2, valore da 0,34 a 0,66) o severo (MPI-3, valore da 0,67 a 1,0).

In tutti i contesti clinici in cui è stato applicato, l'MPI ha dimostrato una eccellente accuratezza prognostica per mortalità a breve (1 mese) e a lungo termine (1 anno).

Inoltre, il valore prognostico per mortalità del MPI è risultato significativamente superiore rispetto al valore prognostico dimostrato dai singoli parametri che sono stati utilizzati per costruire l'MPI, ad indicare che la multidimensionalità è il criterio più importante nel definire prognosticamente l'outcome clinico del paziente anziano. Per la prima volta è stato così possibile dimostrare formalmente la utilità della V.M.D. ai fini prognostici nell'anziano ospedalizzato.

Tab. I. Punteggio del Multidimensional Prognostic Index (MPI) assegnato a ciascun dominio sulla base della severità del problema.

Valutazione	Problema		
	No (Valore = 0)	Minore (Valore = 0,5)	Severo (Valore = 1)
Activities of Daily Living (ADL) ^a	6-5	4-3	2-0
Instrumental Activities of Daily Living (IADL) ^a	8-6	5-4	3-0
Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) ^b	0-3	4-7	8-10
Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) Comorbidity ^c	0	1-2	≥ 3
Mini Nutritional Assessment (MNA) ^d	≥ 24	17-23,5	< 17
Exton-Smith Scale (ESS) ^e	16-20	10-15	5-9
Numero di farmaci assunti	0-3	4-6	≥ 7
Stato abitativo	Vive in famiglia	Vive in istituto	Vive da solo

^a Numero di attività funzionali conservate; ^b numero di errori commessi; ^c numero di patologie concomitanti; ^d punteggio MNA: ≥ 24, stato nutrizionale soddisfacente; 17-23,5, a rischio di malnutrizione; < 17, malnutrizione; ^e punteggio ESS: 16-20, rischio minimo; 10-15, rischio moderato; 5-9 alto rischio di sviluppare piaghe da decubito.

Prevenire la Fragilità

L'invecchiamento è un fenomeno inevitabile e quindi come tale non è oggetto d'interventi sanitari, ma i fattori di rischio sono modificabili grazie all'educazione sanitaria e ad interventi di prevenzione secondaria. Lo scenario epidemiologico dell'invecchiamento della popolazione rivela la presenza di due gruppi distinti, che pongono diversi problemi di politica sanitaria: da una parte gli anziani più giovani, in buona o discreta salute, che all'insorgere della malattia richiedono interventi specifici e limitati nel tempo; d'altro canto esiste una popolazione di anziani fragili, generalmente più vecchi, caratterizzati da un elevato numero di patologie croniche di diversa gravità, che si giovano di interventi terapeutici talvolta di difficile caratterizzazione sul piano fisiopatologico.

Per i molti anziani privi dei marker di fragilità e con soddisfacente efficienza fisica, le strategie del medico restano quelle proprie della medicina tradizionale, cioè identiche a quelle valide per i pazienti più giovani anche se alcuni studi dimostrano come i medici trascurino l'aspetto dell'educazione alla salute nei confronti degli utenti anziani.

D'altro canto la "fragilità" è un comportamento "emergente" la cui prevenzione oggi consiste nello stabilizzare il sistema stesso nel suo insieme.

La semplice correzione di uno dei fattori implicati nel fenomeno fragilità può non essere sufficiente per correggere il fenomeno stesso e per questo, allo stato attuale, l'unica possibilità di prevenzione è il rinforzo del sistema (Fried e Coll. 2009).

A questo proposito è necessario premettere che le prestazioni sociosanitarie si rivolgono a persone definite "fragili" sul piano psico-fisico, per le quali la struttura della salute deve contenere risposte anche sotto il profilo ambientale, familiare e delle condizioni economiche.

Se gli interventi di cura non sono adeguatamente supportati da azioni che facilitano il mantenimento e/o reinserimento nell'ambiente di vita, la loro efficacia è limitata e rimane aperto il problema dell'esclusione sociale.

In sintesi, la salute deve andare di pari passo con il grado di coesione sociale ed il contrasto alle disuguaglianze.

L'integrazione tra servizi sociali e sanitari diventa quindi una necessità "imperativa" per organizzare risposte globali e integrate, così come la governance istituzionale deve guidare i processi che stanno alla base della tutela della salute e della qualità di vita delle persone fragili.

Disabilità e fragilità, pur essendo due condizioni distinte, hanno in comune molte caratteristiche: la loro prevalenza aumenta all'aumentare dell'età, hanno una natura multifattoriale e condividono alcuni fattori di rischio, oltre ad alcuni meccanismi fisio-pato-genetici.

Nonostante una generale concordanza sulle principali caratteristiche della fragilità nell'anziano, la patogenesi di questa sindrome rimane ancora da definire con soddisfacente precisione: alcuni ricercatori ritengono la fragilità un'accelerazione dei processi che producono l'invecchiamento, mentre altri hanno ipotizzato una fisiopatologia peculiare, distinta e indipendente da quella delle malattie croniche che sotto intendono alla multi morbilità.

Inoltre, dati raccolti su popolazioni diverse dimostrano come prevenzione e trattamenti efficaci possano fare molto per evitare o ritardare l'inizio delle malattie croniche e rallentarne l'evoluzione clinica.

Tuttavia, è sempre più evidente che l'approccio medico tradizionale al paziente anziano ha limitata efficacia nel rallentare il processo che conduce alla perdita di funzionalità e allo sviluppo di disabilità.

Negli anziani, e soprattutto nei molto anziani, esiste cioè una sostanziale discrepanza tra malattia e decadimento funzionale, tanto che la cura focalizzata sulle singole malattie può avere effetti modesti sulla salute globale.

La condizione di fragilità, comunque definita, è di gran lunga il fattore di rischio più importante per il decadimento funzionale sia fisico che cognitivo, indipendentemente dalla diagnosi di malattia.

Quindi, l'obiettivo degli interventi di prevenzione della disabilità nella popolazione anziana dovrebbe essere mirato a identificare i soggetti a "rischio" al fine di mettere in atto misure che possano prevenire l'evoluzione della fragilità in disabilità. Almeno teoricamente sarebbe importante anche prevenire lo sviluppo della fragilità.

Tuttavia, poiché i meccanismi che conducono alla fragilità età-correlata sono a tutt'oggi non del tutto noti, questo approccio è di difficile persecuzione, ma raggiungere risultati sulla prevenzione e sul trattamento della fragilità, comporterebbe effetti smisurati sulla salute degli anziani e sulla riduzione della spesa sanitaria.

Per questo motivo, alcuni economisti hanno sostenuto che la ricerca sull'invecchiamento e sulla fragilità rappresenta il settore più importante della ricerca biomedica e dovrebbe essere potenziata.

Quindi è compito dei servizi sociosanitari, ed in particolare dei MMG e del geriatra, identificare le sindromi che rappresentano la spia di una sottostante condizione di frailty, comprenderne i meccanismi che la determinano, e combatterne le conseguenze, quali il decadimento funzionale e cognitivo.

La cultura geriatrica si pone infatti un obiettivo diverso rispetto alla medicina tradizionale, orientata verso la guarigione della singola malattia o alla prevenzione della morte prematura; in ambito geriatrico l'obiettivo principale è prevenire la fragilità, riducendo al minimo le conseguenze cliniche delle malattie croniche e ottimizzando le funzioni residue.

Anche se l'invecchiamento non è prevenibile, è stata scientificamente dimostrata la possibilità di ritardarne gli effetti negativi. L'obiettivo si identifica, quindi, nel mantenere il maggior numero possibile di anziani entro la curva di decadimento funzionale.

Tutta la letteratura scientifica sull'argomento è concorde sul fatto che un tale rallentamento del decadimento funzionale si associa anche a una riduzione del rischio per le principali patologie cronico-degenerative, come le patologie cardiovascolari, la broncopneumopatia, il diabete e i tumori.

Sotto questo punto di vista, le strategie dimostrate utili per ritardare i fenomeni dell'invecchiamento sono anche gli interventi di prevenzione primaria nei riguardi delle principali malattie cronico-degenerative.

D'altra parte, i trattamenti utilizzati per la cura di tali malattie riducono il rischio di disabilità a esse collegato e, quindi, rallentano il decadimento funzionale legato all'età.

In ultima analisi, l'allungamento dell'aspettativa di vita viene a essere, per la medicina geriatrica, un obiettivo secondario rispetto all'ottenimento del migliore livello possibile di qualità di vita, raggiungibile con la prevenzione della fragilità e la capacità di affrontare in modo globale le problematiche connesse alla fragilità stessa.

Riconoscere questa situazione di rischio può rappresentare un punto di partenza per organizzare abitudini socio ambientali e personali finalizzate a favorire il mantenimento dell'autonomia personale e sociale.

La sua identificazione, trattamento e prevenzione sono oggi considerati il "cuore" ed allo stesso tempo la sfida principale della medicina geriatrica.

Premesso, però, che non esistono modelli organizzativi in assoluto validi e adeguati, bensì organizzazioni centrate o meno sulla popolazione a cui si rivolgono (D'Addio L. 2004), l'approccio all'anziano fragile dovrà prevedere un modello assistenziale che guardi ad interventi soprattutto preventivi, ma anche curativi e riabilitativi adeguati ed efficaci.

L'esigenza principale è quella di potenziare non solo l'assistenza domiciliare già presente sul territorio, ma anche di sviluppare modelli organizzativi diversi, definire modalità per individuare i bisogni e poter così promuovere e facilitare l'integrazione dei servizi socio assistenziali e sanitari, ben sapendo che il permanere dell'anziano al proprio domicilio è un obiettivo primario ed un risultato di grande rilievo clinico ed umano (Magnifico F. et al. 2007).

È auspicabile, quindi, un rafforzamento dei servizi sanitari e socio-assistenziali a domicilio, integrati con quelli ospedalieri e con le strutture residenziali protette (Vario M., Sansoni J. 2000), la messa in atto di nuove strategie aziendali e di governo e nuovi modelli ed orientamenti per i pazienti (Sansoni J. 2004).

Per raggiungere l'importante obiettivo di soddisfare le esigenze di questa fascia sempre più ampia di popolazione, è necessario disporre di un ampio ventaglio di conoscenze sull'invecchiamento, sui problemi che l'anziano si trova ad affrontare e delle competenze sui modelli e sui metodi di promozione della salute in questo ambito (Grano C., Lucidi F. 2005).

La prevenzione mirata all'anziano fragile non è per ora realizzata, è difficile identificare questa categoria mal definita di anziani; la mancanza di una caratterizzazione plausibile ha svilito il significato del termine "fragile", ormai sulla bocca di tutti.

Si parla spesso del problema della fragilità nell'anziano, dell'anziano fragile, del paziente anziano fragile: ma cosa significa questo abusato aggettivo? Perché il sistema di classificazione delle malattie ICD9-CM non prevede un codice specifico per questa sindrome tanto frequente?

È evidente che, in assenza di una cultura specifica, il trattamento della fragilità dell'anziano rappresenti un obiettivo di difficile raggiungimento verso il quale bisogna lavorare, vista l'importanza strategica che riveste.

Gli orientamenti EU e il PNRR

Le proiezioni demografiche mostrano una diminuzione della popolazione dell'UE e un aumento della quota di persone anziane (di età pari o superiore a 65 anni) dal 20,3 % nel 2019 al 31,3 % nel 2100 (Eurostat 2021). Alla luce di questi cambiamenti, nelle agende internazionali e nazionali vengono promosse politiche per l'invecchiamento attivo e in buona salute con l'obiettivo di creare ambienti e opportunità per il benessere e il mantenimento delle capacità funzionali.

La politica dell'invecchiamento attivo è stata rafforzata attraverso varie iniziative europee come la valutazione dei costi relativi a pensioni sostenibili, assistenza sanitaria e sistemi di assistenza a lungo termine e la creazione di un indice di invecchiamento attivo (AAI).

I recenti documenti politici della Commissione europea, il pilastro europeo dei diritti sociali e una risoluzione del Parlamento europeo sulle possibilità e le sfide relative alle politiche per l'invecchiamento dopo il 2020, mettono le sfide dell'invecchiamento attivo in cima all'agenda politica dell'Unione.

Per quanto riguarda bisogni e risposte adeguate l'Unione Europea ha raccolto idee, coinvolgendo una molteplicità di stakeholder, per sostenere iniziative per la popolazione anziana attraverso aree molteplici d'intervento: politica sociale e dell'occupazione, istruzione e assistenza sanitaria (A public debate on the future health priorities of the European Union Outcomes, insights and ideas for action, 2024)

L'impegno comunitario, all'interno del pilastro europeo dei diritti sociali, prevede azioni a sostegno agli Stati membri per promuovere l'apprendimento permanente, fornire un'adeguata assistenza a lungo termine e garantire la protezione finanziaria in età avanzata.

La Commissione Europea monitora le politiche economiche e di bilancio degli Stati membri nel tempo e formula raccomandazioni strategiche mirate per sostenere la sostenibilità delle economie europee, compreso il benessere sociale.

Oltre il supporto ad iniziative pertinenti, quali l'"Healthy Ageing" e "Più sani insieme", la Commissione produce anche pubblicazioni come il Libro verde sull'invecchiamento e le relazioni periodiche sull'invecchiamento dove si analizzano i possibili effetti dei cambiamenti demografici in tutta l'Unione.

Nell'ambito della assistenza sanitaria e sociale, esistono opportunità di finanziamento pertinenti attraverso strumenti quali EU 4Health (il programma dell'UE per la salute), Erasmus+ (incentrato sull'istruzione e inclusione sociale), il Fondo sociale europeo + e Orizzonte Europa e i fondi di coesione europea.

L'indagine Ageing policies - access to services in different Member States del 2021 è stata realizzata per fornire ai membri della Commissione per l'occupazione e gli affari sociali (EMPL) del Parlamento europeo una valutazione comparativa delle politiche per l'invecchiamento e dell'accesso ai servizi essenziali per l'invecchiamento attivo nell'UE.

Il documento guarda agli elementi fondamentali dell'invecchiamento attivo: partecipazione economica (mercato del lavoro), impegno sociale, salute e benessere, assistenza a lungo termine e ambienti di supporto (alloggio, situazione finanziaria e trasporti) e valuta l'accessibilità e – ove possibile – la qualità dei servizi.

L'analisi comprende informazioni sia quantitative che qualitative ed è supportata da otto casi di studio su Stati membri dell'UE: Austria, Francia, Germania, Italia, Lituania, Paesi Bassi, Polonia e Svezia.

I paesi sono stati selezionati per fornire un equilibrio rappresentativo basato sulla geografia, sulle diverse tradizioni dello stato sociale e sui diversi livelli di attività tra gli anziani misurati dall'AAI.

Gli studi di casi nazionali consentono l'identificazione di buone pratiche nella politica dell'invecchiamento riguardo all'accesso ai servizi e alle sfide per un ulteriore sviluppo.

Negli otto Stati membri dell'UE presi in esame, l'invecchiamento attivo rappresenta un tema rilevante nell'agenda politica che, tuttavia, richiede tempo per la formulazione di politiche dedicate.

Diversi Stati membri dispongono già di più strategie o politiche (ad esempio Austria, Polonia, Germania e Svezia), mentre in altri, come l'Italia, è in discussione la formulazione di un'unica politica per l'invecchiamento attivo.

Queste politiche mirano ad aumentare la partecipazione sociale, incoraggiare l'apprendimento permanente e l'occupazione delle persone anziane e prevenire i disturbi cognitivi e il deterioramento della salute.

I servizi a sostegno dell'invecchiamento attivo sono radicati nei sistemi di protezione sociale, compresi i

sistemi pensionistici, l'assistenza sanitaria, l'assistenza a lungo termine, l'assistenza sociale e i servizi sociali. Le parti sociali e le organizzazioni rappresentative degli anziani svolgono un ruolo importante nel sostenere politiche e programmi per l'invecchiamento attivo.

Un ulteriore dibattito dovrebbe essere intrapreso sul tema del rafforzamento e inclusione dell'invecchiamento attivo nella formazione professionale e nel sistema educativo.

I principali strumenti per stimolare la partecipazione economica delle persone anziane sono le norme relative all'età pensionabile e la riduzione delle prestazioni di prepensionamento, entrambe volte a mantenere più a lungo i lavoratori anziani nel mercato del lavoro.

Il tasso di attività del mercato del lavoro delle persone di età compresa tra 55 e 64 anni nell'UE-27 è in continuo aumento dal 2002, sebbene con differenze tra i singoli stati.

L'invecchiamento attivo

In Svezia, il 25% degli uomini e il 35% delle donne sono desiderosi di lavorare oltre l'età pensionabile prevista dalla legge, mentre in Polonia gli anziani si aspettano di andare in pensione il prima possibile.

Allo stesso tempo, più della metà dei lavoratori europei riferisce che il proprio posto di lavoro non è adeguato alle proprie esigenze, il che costituisce un ostacolo al prolungamento della vita lavorativa.

È ancora troppo presto per valutare l'impatto dello scoppio della pandemia di Covid-19 e delle rapide trasformazioni della digitalizzazione sui cambiamenti nel tasso di attività delle persone di età compresa tra 55 e 64 anni. Tuttavia, il Rapporto raccomanda il monitoraggio regolare della loro "attività" sul mercato del lavoro, soprattutto per coloro con livelli di istruzione inferiori.

L'apprendimento permanente e l'istruzione e la formazione professionale devono essere modernizzati aumentando il volume e la qualità, aprendo l'accesso ai servizi di istruzione e formazione professionale continua o introducendo nuovi pacchetti di investimento e incentivi per sostenere la partecipazione degli adulti all'apprendimento, soprattutto nei paesi in cui è attualmente molto basso.

La partecipazione alla vita sociale è uno dei prerequisiti più importanti per l'invecchiamento attivo.

Un certo numero di Stati membri ha registrato bassi livelli di partecipazione sociale tra le persone anziane, anche prima della pandemia, mentre altri (principalmente i paesi nordici) sono al di sopra della media in questo senso.

Prima del 2020, si poteva osservare un lento aumento di alcuni aspetti della partecipazione sociale, ma il Covid-19 ha inaspettatamente ostacolato l'impegno sociale degli anziani.

In futuro, le politiche per l'invecchiamento attivo dovrebbero sostenere lo sviluppo di centri diurni comunitari come strumento per stimolare l'integrazione e la partecipazione delle persone anziane in aree più remote o opportunità per anziani e giovani di incontrarsi e impegnarsi congiuntamente in attività sociali. Alcune pratiche dei tempi della pandemia mostrano che un ulteriore sostegno all'accesso a Internet nelle aree remote e per le persone con redditi più bassi, nonché un aumento dell'alfabetizzazione digitale, possono mitigare la solitudine e l'esclusione sociale delle persone anziane in futuro.

Prevenzione ed equità d'accesso

L'aspettativa di vita media è peggiorata durante la pandemia di Covid-19 nella maggior parte degli Stati membri dell'UE (ad eccezione di Finlandia e Danimarca) e il rischio di depressione e solitudine per le persone

anziane è aumentato.

Tenuto conto dei dati limitati sull'impatto della pandemia, è necessaria un'ulteriore analisi dei cambiamenti nella mortalità, nelle capacità funzionali e negli anni di vita in buona salute tra le persone anziane di età diverse.

I programmi nazionali di screening per le malattie non trasmissibili, tenendo conto dei profili di genere ed età, sono utili per prevenire un aumento della morbilità e della mortalità a causa di cure mediche rinunciate o posticipate.

Le barriere nell'accesso ai servizi sanitari per le persone anziane sono particolarmente visibili nelle aree rurali e spopolate.

Alcuni Stati membri stimolano l'accesso ai servizi introducendo quote per gli studenti di medicina che intendono lavorare nelle zone rurali e introducendo squadre mediche mobili e teleconsulti.

I sistemi informativi sanitari e le consultazioni online e telefoniche sono stati particolarmente utili durante la pandemia di Covid-19.

Gli Stati membri dell'UE devono intraprendere azioni per migliorare ulteriormente l'infrastruttura digitale, fornendo agli anziani strumenti digitali e migliorando la loro alfabetizzazione digitale.

Protezione sociale

Il monitoraggio dello sviluppo dell'assistenza a lungo termine (Long term care) nell'UE-27 è migliorato. Aumentare l'accessibilità economica della assistenza a lungo termine tramite i sistemi di protezione sociale è una necessità, poiché il 40% delle persone anziane nell'UE-27 segnala barriere finanziarie nell'accesso all'assistenza e si trova oberato di costi dell'assistenza.

Le tecnologie digitali sono uno sviluppo promettente nel sostenere la fornitura di assistenza per le persone con bisogni di assistenza bassi e moderati, ma dovrebbero essere integrate con la formazione per aumentare le competenze digitali nelle persone assistite e nelle loro carriere.

Gli investimenti nella forza lavoro LTC e la regolamentazione del lavoro di cura dei migranti sono essenziali per migliorare l'offerta di LTC per le persone anziane.

Tre sfide chiave associate all'alloggio costituiscono una minaccia per il successo dell'invecchiamento attivo. Innanzitutto, circa un terzo degli anziani nell'UE vive da solo e questo numero è in costante aumento, il che porta alla crescente domanda di servizi di assistenza domiciliare, nonché iniziative sociali e innovazioni volte a ridurre l'isolamento sociale, come le linee di supporto telefonico per le persone anziane. In secondo luogo, più di un quinto della popolazione che invecchia nell'UE deve destinare una parte significativa del proprio reddito al pagamento dell'affitto, mentre più di un decimo della popolazione soffre dell'onere dei costi abitativi.

Alcuni governi nazionali hanno introdotto una compensazione parziale per l'affitto o i costi delle utenze per aumentare l'accessibilità degli alloggi per le persone anziane.

In terzo luogo, anche se è relativamente improbabile che le persone anziane debbano affrontare sfide legate alla qualità generale degli alloggi, poche case sono adattate alle esigenze specifiche delle persone anziane.

Le misure per affrontare questa sfida includono sovvenzioni pubbliche o prestiti a tasso agevolato per adeguamenti abitativi, nonché servizi di consulenza relativi all'adeguamento delle abitazioni a esigenze specifiche.

Esistono diverse aree di intervento pubblico che potrebbero aumentare significativamente l'accessibilità dei

trasporti per gli anziani europei. Da un lato, solo alcuni mezzi di trasporto pubblico sono stati progettati per soddisfare le esigenze specifiche delle persone anziane.

D'altro canto, lo sviluppo più attivo dei servizi di navetta pubblica per le persone anziane potrebbe risolvere almeno alcune delle sfide legate alla limitata accessibilità dei trasporti, ad esempio, la minore disponibilità di trasporto pubblico nelle zone rurali, la scarsa accessibilità dei servizi di taxi o l'accessibilità significativamente ridotta dei servizi di trasporto pubblico per le persone anziane nel contesto della pandemia globale.

Per quanto riguarda la situazione finanziaria, nella maggior parte dei paesi dell'UE, gli anziani hanno meno probabilità di essere a rischio di povertà o di affrontare privazioni materiali rispetto ai giovani.

Tuttavia, alcune sfide legate all'indipendenza finanziaria delle persone anziane potrebbero richiedere una maggiore attenzione all'agenda politica. In primo luogo, alcuni gruppi demografici di persone anziane, come i migranti o i single, affrontano un rischio finanziario più elevato.

Il divario di genere diventa anche più pronunciato in età avanzata, determinato principalmente da pensioni più basse per le donne rispetto agli uomini a causa del divario retributivo di genere e della vita lavorativa più breve delle donne.

Queste sfide sono state affrontate in alcuni Stati membri attraverso l'introduzione di indennità speciali oltre alle pensioni per alcuni gruppi specifici (ad esempio un'indennità per le persone anziane che vivono da sole). In secondo luogo, la situazione finanziaria degli anziani negli Stati membri dell'Europa centrale e orientale è particolarmente grave a causa della scarsa adeguatezza e dei limiti dei loro sistemi pensionistici nazionali che permangono anche dopo le recenti riforme pensionistiche attuate in questi paesi negli ultimi anni.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Il PNRR dell'Italia mira a sostenere le politiche per la fragilità e la cronicità degli anziani attraverso una serie di iniziative e investimenti. Le principali finalità del PNRR in questo ambito includono:

- Potenziare i servizi sanitari e socio-sanitari: Il PNRR prevede un rafforzamento delle infrastrutture sanitarie, inclusi gli ospedali e le strutture territoriali, per migliorare l'accesso e la qualità delle cure per gli anziani fragili e con patologie croniche;
- Promuovere la telemedicina e la digitalizzazione: Il piano incentiva l'adozione di tecnologie digitali e la telemedicina per facilitare il monitoraggio a distanza delle condizioni di salute degli anziani, riducendo la necessità di spostamenti e migliorando la gestione delle patologie croniche;
- Formazione del personale sanitario: Il PNRR prevede programmi di formazione specifici per il personale medico e infermieristico, con l'obiettivo di migliorare le competenze nella gestione delle malattie croniche e nella cura degli anziani fragili;
- Sviluppare reti di assistenza integrata: Il piano sostiene la creazione di reti di assistenza integrata che coinvolgono diverse figure professionali (medici, infermieri, assistenti sociali) per offrire un supporto completo e continuativo agli anziani;
- Supportare le famiglie e i caregiver: Il PNRR include misure per supportare le famiglie e i caregiver che si occupano degli anziani fragili, attraverso servizi di sollievo, formazione e assistenza;
- Investire in strutture residenziali e semi-residenziali: Il piano prevede investimenti per migliorare le strutture residenziali e semi-residenziali, garantendo ambienti più sicuri e confortevoli per gli anziani che necessitano di assistenza continua;
- Promuovere l'inclusione sociale degli anziani: Il PNRR sostiene iniziative per favorire l'inclusione sociale degli

- anziani, contrastando l'isolamento e promuovendo attività di socializzazione e partecipazione comunitaria;
- Prevenzione e gestione delle patologie croniche: Il piano include programmi specifici per la prevenzione e la gestione delle patologie croniche, con un focus particolare sulla promozione di stili di vita sani e sulla diagnosi precoce.

Queste finalità sono parte di un quadro più ampio di riforme e investimenti che possono davvero mirare a migliorare la qualità della vita degli anziani in Italia.

Il PNRR è uno strumento d'investimento per un futuro in grado di garantire un'assistenza adeguata e sostenibile nel tempo agli anziani fragili.

Casa come primo luogo di cura

Sottolineiamo in particolare la componente del Piano denominata Casa come primo luogo di cura e telemedicina con investimenti che intendono finanziare l'aumento del volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare, rivolte in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche o non autosufficienti.

Finalità

- Identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie, come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione.
- Realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale.
- Attivare Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.
- Utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con patologie croniche.

Risorse

4,750 miliardi ripartiti tra i sub-investimenti:

- Assistenza domiciliare circa 3 miliardi
- Centrali Operative Territoriali (COT) 280 milioni
- Telemedicina 1,5 miliardi

Traguardi finali (target)

- 2024 > almeno 480 Centrali Operative Territoriali (COT)
- 2025 > almeno 300 mila persone assistite attraverso gli strumenti della telemedicina
- 2026 > almeno altre 842 mila persone over 65 trattate in assistenza domiciliare (incremento di almeno il 10% della popolazione over 65)
- 2026 > completamento del progetto per l'implementazione degli strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza Primaria
- 2026 > "Potenziamento del Portale della Trasparenza".

Con riferimento agli investimenti strutturali i target minimi comunitari sono stati cambiati: Case della

comunità (da 1350 ad almeno 1038); Centrali operative territoriali (da 600 ad almeno 480); Ospedali di Comunità (da 400 ad almeno 307).

Inoltre per garantire la realizzazione di tutte le strutture e di tutti gli interventi come inizialmente programmati, è previsto l'utilizzo di fondi alternativi quali le risorse da Accordo di Programma ex art. 20 L. 67/88 ed eventuali risorse derivate da fondi per le politiche di coesione nonché le risorse aggiuntive del Fondo Opere Indifferibili istituito per fronteggiare l'eccezionale aumento dei materiali da costruzione negli appalti pubblici e risorse derivanti dai bilanci regionali/provinciali.

Per quanto riguarda l'Assistenza domiciliare, l'investimento viene incrementato di 250 milioni di euro per la presa in carico di 842mila over 65 entro giugno 2026 (42mila in più rispetto al target iniziale). Aumentano di 500 milioni di euro le risorse per la Telemedicina con un incremento del target finale di 100.000 persone per un totale di 300.000 assistiti con servizi di Telemedicina entro il termine del 2025.

Il potenziamento della misura fa seguito alla rimodulazione del finanziamento dei progetti in essere ex art. 20 L. 67/88 riferiti alla linea M6C2 – Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile.

Lo stigma della vecchiaia è il presupposto culturale della disuguaglianza

Come dimostrato da una solida letteratura, l'ageismo è diffuso e ha effetti dannosi.

L'ageismo è nelle nostre istituzioni, nelle nostre relazioni e in noi stessi.

L'ageismo pervasivo nell'assistenza sanitaria è particolarmente distruttivo poiché influisce negativamente sulla sopravvivenza sana e sulle traiettorie di salute e benessere delle persone anziane e limita la capacità degli individui di contribuire agli obiettivi sociali.

Ad esempio, nonostante la massiccia crescita del numero e della percentuale di persone anziane nella popolazione e la crescente prevalenza di persone affette da multimorbilità e disabilità, l'assistenza ai pazienti anziani rimane insoddisfacente e la pratica medica si basa principalmente su un approccio autonomo (singolo) alla malattia.

Pertanto, affrontare l'ageismo nell'assistenza sanitaria può giovare non solo a ciascuno di noi, ma alla società in generale.

La decade ONU del programma per l'invecchiamento in buona salute (2021-2030) ha identificato l'ageismo come un ostacolo globale che limita le opportunità delle persone anziane di dare il loro contributo alla società, realizzare il loro pieno potenziale e condurre una vita appagante.

OMS ha promosso una "Campagna Globale per la Lotta all'Ageismo" (<http://bit.ly/combatageism>) per costruire un mondo per tutte le età, cambiando il modo in cui pensiamo, sentiamo e per agire sull'età e sull'invecchiamento.

Per fornire un supporto basato sull'evidenza alla Campagna globale per combattere l'ageismo, l'OMS, in collaborazione con altre agenzie delle Nazioni Unite, ha pubblicato il "Rapporto globale sull'ageismo" nel 2021 ([http:// bit.ly/ageismreport](http://bit.ly/ageismreport)).

Recentemente, la Global Roadmap for Healthy Longevity della National Academy of Medicine degli Stati Uniti ha rafforzato la necessità di affrontare l'ageismo e ha identificato la formazione, l'istruzione e le nuove infrastrutture sociali che valorizzano e consentono il contributo degli anziani come passi fondamentali per promuovere una longevità sana e come una delle missioni principali dei sistemi sanitari e della società nel suo complesso.

Ageismo e assistenza sanitaria

Per molto tempo, l'approccio medico alla salute si è concentrato sulla diagnosi, la gestione e la cura di singole malattie.

In un'epoca in cui la percentuale di persone anziane nella popolazione era bassa e la longevità era rara, gli individui di mezza età con malattie singole, di solito acute, rappresentavano la maggior parte dei pazienti in cerca di assistenza sanitaria.

Il paradigma comune e generale era quello di trattare ogni malattia al momento dell'emergenza clinica, prescrivendo la terapia e mandando i pazienti a casa a guarire o morire. Il mantra "un paziente, un problema" è sopravvissuto per centinaia di anni.

Questo approccio ha ignorato i pazienti con malattia croniche molteplici, fragilità e disabilità, considerando questi problemi "normali conseguenze dell'invecchiamento", "troppo complessi" e "con bassa probabilità di rispondere alle cure".

Fino agli ultimi decenni, questo approccio non era ancora stato modificato dall'evidenza che la prevenzione delle malattie, la promozione della salute e l'occupazione produttiva contano anche nell'età più avanzate.

Con l'invecchiamento della popolazione e una sostanziale riduzione della mortalità in età avanzata, c'è stato un cambiamento nel profilo dei pazienti che accedono ai servizi sanitari.

Ad oggi, i sistemi sanitari hanno risposto solo parzialmente all'ampia trasformazione della salute della popolazione.

La missione generale dell'assistenza medica rimane radicata nella cura di una singola malattia, una strategia che è in conflitto con l'ormai ampia e crescente popolazione anziana e con l'emergere di nuovi modelli di morbilità.

L'ageismo è un ostacolo sostanziale sia alla valutazione che all'investimento in un'assistenza sanitaria e sociale che corrisponda ai bisogni e alle opportunità della nostra popolazione che invecchia.

Pertanto, è diventato urgente affrontare l'ageismo che permea oggi il mondo clinico e quello dei manager della sanità per rispondere adeguatamente alle esigenze e alle preferenze sanitarie delle persone anziane.

L'ageismo è definito come "gli stereotipi (come pensiamo), il pregiudizio (come ci sentiamo) e la discriminazione (come agiamo) diretti verso gli altri o verso sé stessi in base all'età".

L'imperativo demografico della longevità e dell'invecchiamento ha portato a un'espansione senza precedenti della popolazione anziana affetta da condizioni croniche e disabilità, rendendo le persone anziane i principali fruitori dell'assistenza sanitaria.

Questa transizione richiede ora una trasformazione profonda e globale dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria per l'individuo e approcci incentrati sulla popolazione per ottenere una longevità sana.

Ciò richiederà nuovi contenuti e modalità di formazione del personale sanitario e della sanità pubblica e un maggior coinvolgimento di tutti i coloro che partecipano all'erogazione dell'assistenza, compresi gli assistenti sociali e i caregiver informali.

La letteratura supporta uno spostamento dei sistemi sanitari verso team sanitari e di assistenza sociale integrati incentrati sulla persona, che ricevono una formazione professionale sull'assistenza appropriata agli anziani con diverse combinazioni di condizioni, circostanze di vita e priorità sanitarie.

Gli approcci alla salute della popolazione devono incorporare obiettivi per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute degli anziani.

Purtroppo, sebbene l'invecchiamento della popolazione si stia verificando a livello globale, i bisogni specifici

delle persone anziane sono riconosciuti solo in un numero limitato di organizzazioni sanitarie e nei curricula universitari di alcuni paesi (ageismo istituzionale).

Un comitato internazionale di esperti di geriatria ha convocato un gruppo di lavoro internazionale per discutere l'ageismo nell'assistenza sanitaria ed ha pubblicato un documento dal titolo *Carta of Florence Against Ageism; No Place for Ageism in Health Care* (2024).

Lo scopo di questo documento è quello di indicare le azioni che dovrebbero essere implementate da subito per ridurre al minimo l'impatto negativo dell'ageismo nell'assistenza sanitaria e sulle opportunità di salute insoddisfatte nell'invecchiamento.

Affrontare l'ageismo può richiedere un investimento iniziale, ma alla fine dovrebbe portare a un sostanziale risparmio di risorse evitando malattie indesiderate o cure inutili e allineando gli obiettivi di assistenza sanitaria e l'assistenza alle preferenze soggettive di ciascun anziano.

Questa trasformazione può comportare l'integrazione di cure riabilitative, palliative e interventi sociali meno costose e più generalizzabili piuttosto che gestire ogni condizione clinica separatamente.

Considerazioni finali

La postura mentale dell'ageismo è pervasiva e coinvolge la maggior parte degli aspetti della nostra vita. Impariamo presto che essere "giovani" in contrapposizione all'essere "vecchi" è un valore positivo e questa visione culturale ageista persiste per tutta la durata della vita.

La "paura" di invecchiare e la "sorpresa" di raggiungere la vecchiaia sono solo alcuni esempi dell'imprinting "ageista" che ci portiamo dietro.

Tali stereotipi culturali negativi sull'invecchiamento hanno gravi conseguenze sulla vita delle persone anziane, che tendono ad essere emarginate e escluse da molte opportunità solo a causa della "vecchiaia".

Il pensionamento obbligatorio è imposto a persone che potrebbero non avere alcun danno fisico o cognitivo e possono comunque dare un contributo importante alla comunità o al lavoro.

Forse la conseguenza più scottante dell'ageismo culturale è la mancanza di riconoscimento del valore e dei bisogni speciali delle persone anziane da parte dei sistemi sanitari e l'incapacità di apportare i cambiamenti necessari nonostante la trasformazione demografica che si sta verificando in ogni paese del mondo.

Gli autori della Carta hanno identificato i principali casi in cui l'ageismo permea l'assistenza sanitaria e sociale, con conseguente assistenza non ottimale per questa parte crescente della popolazione.

Avvertono i lettori che si sono volutamente concentrati su alcuni argomenti specifici, pienamente consapevoli che il documento pubblicato non è un inventario completo dei molti modi in cui l'ageismo ostacola la salute e la cura delle persone anziane e riduce la loro capacità di massimizzare la qualità della vita e il contributo alla società. L'intento è quello di concentrare l'attenzione su quelle che vediamo essere le principali manifestazioni dell'ageismo nell'assistenza sanitaria che, se affrontate con convinzione, possono trasformare la qualità dell'assistenza fornita alle persone anziane e la loro qualità di vita.

In questo capitolo, dedicato ai temi della fragilità e delle disuguaglianze, abbiamo voluto sottolineare come pur all'interno di un fenomeno positivo, quello dell'aumentata speranza di vita, e in una buona percentuale anche in buona salute, esistano degli esclusi e che tali esclusioni sono modificabili se si agisce con competenza, determinazione e saggezza.

Si tratta di una sfida che prevede uno sforzo integrato basato su approcci clinici innovativi e un sistema di welfare solido finanziariamente e rinnovato nei suoi contenuti in base alle nuove conoscenze

Bibliografia

- Senin U. Paziente anziano e paziente geriatrico. Fondamenti di Gerontologia e Geriatria. Napoli: EDISES, 1999.
- National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: geriatric assessment methods for clinical decision-making. *J.Am.Geriatr.Soc.* 1988;36:342-7.
- Masotti, G., Senin, U., Marchionni, N., Cherubini, A., Ungar, A., and Fumagalli, S. La valutazione multidimensionale come strategia fondamentale in geriatria. Atti del 95° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna. Firenze 18-21 ottobre 1994. Pozzi, L. 2, 211-222. 1994. Roma.
- Brody KK, Johnson RE, Douglas RL. Evaluation of a self-report screening instrument to predict frailty outcomes in aging populations. *Gerontologist* 1997;37:182-91.
- Brown I, Renwick R, Raphael D. Frailty: constructing a common meaning, definition, and conceptual framework. *Int.J.Rehabil. Res.* 1995;18:93-102.
- Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. *Clin.Geriatr.Med.* 1992;8:1-17.
- Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age Ageing* 1997;26:315-8.
- Carlson JE, Zocchi KA, Bettencourt DM, Gambrel ML, Freeman JL, Zhang D et al. Measuring frailty in the hospitalized elderly: concept of functional homeostasis. *Am.J.Phys.Med.Rehabil.* 1998;77:252-7.
- Chin APM, Dekker JM, Feskens EJ, Schouten EG, Kromhout D. How to select a frail elderly population? A comparison of three working definitions. *J.Clin.Epidemiol.* 1999;52:1015-21.
- Fried LP. Conference on the physiologic basis of frailty. April 28, 1992, Baltimore, Maryland, U.S.A. Introduction. *Aging Clin Exp Res* 1992;4:251-2.
- Hadley, E. C., Ory, M. G., Suzman, R., Weindruch, R., and Fried, L. Physical frailty. A treatable cause of dependence in old age. Proceedings of a symposium on frailty. Minneapolis, Minnesota, November 18, 1989. *J Gerontol* 48, 1-88. 1993.
- Hamermer D. Toward an understanding of frailty. *Ann.Intern.Med.* 1999;130:945-50.
- Reuben DB. Warning signs along the road to functional dependency. *Ann.Intern.Med.* 1998;128:138-9.
- Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL. Frailty in elderly people: an evolving concept. *CMAJ.* 1994;150:489-95.
- Rockwood K, Hogan DB, MacKnight C. Conceptualization and measurement of frailty in elderly people. *Drugs Aging* 2000;17:295-302.
- Schulz R, Williamson GM. Psychosocial and behavioral dimensions of physical frailty. *J.Gerontol.* 1993;48 Spec No:39-43. - Tennstedt SL, McKinlay JB. Frailty and its consequences. *Soc.Sci.Med.* 1994;38:863-5.
- Vaupel JW. Inherited frailty and longevity. *Demography* 1988;25:277-87.
- Winograd CH, Gerety MB, Chung M, Goldstein MK, Dominguez F, Jr., Vallone R. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. *J.Am.Geriatr.Soc.* 1991;39:778-84.
- Woodhouse WK, O'Mahony MS. Frailty and ageing. *Age and Ageing* 1997;26:245-6.
- Roubenoff R. Sarcopenia and its implications for the elderly. *Eur.J.Clin.Nutr.* 2000; 54 Suppl 3:S40-S47.
- Raphael D, Cava M, Brown I, Renwick R, Heathcote K, Weir N et al. Frailty: a public health perspective. *Can.J.Public Health* 1995;86:224-7.
- Bortz WM. The physics of frailty. *J.Am.Geriatr.Soc.* 1993;41:1004-8.
- Walston J, Fried LP. Frailty and the older man. *Med.Clin.North Am.* 1999;83:1173-94.
- Winograd CH, Gerety MB, Lai NA. A negative trial of inpatient geriatric consultation. Lessons learned and recommendations for future research. *Arch Intern Med* 1993;153:2017-23.
- Ferrucci L, Di Iorio A, Lauretani F, Benvenuti E, Bandinelli S. Fragilità e prevenzione della disabilità nell'anziano. *Giornale di Gerontologia* 1999;47:79-90.
- Ministero della Sanità. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229. "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge del 30 novembre 1998, n. 419". *Gazzetta Ufficiale* n.165 del 16 luglio 1999 - Supplemento ordinario n.132. 2001. (www.sanita.it).
- CECODHAS European Social Housing Observatory Anno 1/Num.speciale Aprile 2008
- Linea Guida Toscana, Fragilità nell'anziano, 2012
- Linee guida di prevenzione, Sistema nazionale per le linee guida Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica novembre 2011
- L'Ospedale di Comunità: Linee guida Fimmg Commissione Nazionale Fimmg 2009 A
- "L'ospedale e il paziente "fragile" Un concetto in divenire: contributo alla riflessione" 1 Dr. Marco Geddes da Filicaia*, Dr. Alfonso Lagi** www.societamedicadisantamarianuova.it
- Glossario sull'integrazione socio sanitaria; società italiana per la qualità dell'assistenza sanitaria rev. 2012
- Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *effective clinical practice* 1998.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patient with chronic illness. *Jornal of the American Medical*

association 2002.

- Ruggero, Cherubini, Senin Alla scoperta delle origini dell'anziano fragile. . Società italiana di gerontologia e geriatria - G. gerontol 2007.
- Pillotto, Ferrucci Verso una definizione clinica di fragilità: utilità dell'approccio multidimensionale. . Società italiana di gerontologia e geriatria - G. gerontol 2011.
- Ferrucci L, Di Iorio A, Lauretani F, Benvenuti E, Bandinelli S, Fragilità e prevenzione della disabilità nell'anziano. Giornale di gerontologia 1999.
- Masotti G, Senin U, Marchionni N, Cherubini A, Ungar A, Fumagalli S. La valutazione multidimensionale come strategia fondamentale in geriatria. Atti del 95° Congresso della Società italiana di medicina interna. Firenze 1994.
- Nicole Mauer, Giada Scarpetti, Matthias Wismar A public debate on the future health priorities of the European Union Outcomes, insights and ideas for action. European Observatory on Health Systems and Policies 2024
- Agnieszka SOWA-KOFTA, Izabela MARCINKOWSKA, Anna RUZIK-SIERDZI SKA and Raimonda MACKEVI I T Ageing policies - access to services in different Member States. Policy Department for Economic, Scientific and Quality of Life Policies Directorate-General for Internal Policies, 2021
- Andrea Ungar, Antonio Cherubini, Laura Fratiglioni, Vânia de la Fuente-Núñez, Linda P. Fried, Marlane Sally Krasovitsky, Mary Tinetti, Alana Officer, Bruno Vellas, Luigi Ferrucci Carta of Florence Against Ageism; No Place for Ageism in Health Care. The Gerontologist 2024
- Global Roadmap for Healthy Longevity. National Academy of Medicine, 2022

La fragilità, la cronicità e le diseguaglianze in salute dall'indagine dell'OMS denominata: "Health Equity Status Report"

Chris Brown, Luigi Bertinato

Le questioni legate alla fragilità, alla cronicità e alle diseguaglianze di salute in Italia, sono state oggetto della produzione di una apposita indagine europea all'interno dell'Health Equity Status Report (HESRi), denominato "Healthy Prosperous Lives for All in Italy", lanciato dall'OMS Europa in collaborazione con il Ministero della Salute, per la parte di studio italiana.

L'iniziativa ha avuto l'obiettivo principale di incoraggiare i decisori sia nazionali che regionali degli Stati Membri dell'OMS, a dare priorità alle strategie politiche di salute che permettano gli investimenti necessari per contrastare gli attuali divari di salute e benessere ancora presenti nelle popolazioni che vivono in Europa al fine di creare le condizioni che consentano a tutte le persone che vivono in nei singoli Stati Membri, in particolare quelle fragili, di condurre una vita più sana e più prospera.

L'Ufficio Europeo dell'OMS per gli Investimenti per la Salute e lo Sviluppo, con sede a Venezia, ha coordinato il "Rapporto italiano sullo Stato dell'Equità in Salute", a cui hanno contribuito l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), l'Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti in particolare per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) e l'Università Ca' Foscari di Venezia.

Per quanto riguarda i microdati originali, questi sono stati forniti da dall'ISS, dall'ISTAT e da Eurofound.

L'approccio HESRi

L'indagine ha avuto lo scopo di offrire dati scientifici confrontabili con quelli europei, alle Istituzioni pubbliche e private affinché, anche in Italia, ogni persona possa prosperare nella salute in tutto il corso della vita.

L'approccio HESRi è stato progettato infatti, per individuare e valutare la dimensione del fenomeno delle disuguaglianze esistenti in Europa al fine di sostenere i decisori nel loro lavoro sia di produzione normativa che di supporto sociale.

In Italia l'equità è uno dei principi cardine del Servizio Sanitario Nazionale italiano, insieme alla copertura universale e alla solidarietà del finanziamento del fondo sanitario nazionale.

Negli ultimi anni, le Autorità italiane sia nazionali che regionali, si sono mosse sia nella direzione di cercare di capire nel dettaglio in quale modo le disuguaglianze in salute condizionino gli individui e le famiglie rispetto a tutta la popolazione italiana, in modo da elaborare conseguentemente strategie per colmare questi divari. Uno dei contributi che il rapporto dell'HESRi italiano ha voluto proporre, è stata la creazione di un nuovo set di indicatori disaggregati, concepiti specificamente per l'analisi HESRi italiana, ma al tempo stesso confrontabili con gli altri Stati Membri dell'OMS Europa, per le disuguaglianze in salute. Questo dataset riunisce gli indicatori al momento dell'indagine, i possibili scenari di prospettiva, le lacune e le tendenze per cinque condizioni essenziali ritenute necessarie per vivere una vita sana e con apposite strategie politiche atte alla loro riduzione.

Stato di salute e tendenze

Attingendo al nuovo set di indicatori disaggregati derivati da fonti di micro dati nazionali per l'HESRi italiano, il rapporto si apre con una valutazione dello stato attuale e delle tendenze recenti dei divari nella salute e nel benessere, evidenziando le principali disuguaglianze di genere e le disuguaglianze attraverso le diverse fasi del corso della vita, così come le disuguaglianze tra gruppi socioeconomici compreso lo status di migrante, negli indicatori di salute e benessere.

Fino all'avvento della pandemia di coronavirus (SARS-CoV-2) (COVID-19) nel 2019, l'aspettativa di vita in Italia era in costante aumento, pur persistendo notevoli disuguaglianze socioeconomiche sia a livello nazionale che regionale.

In sintesi lo studio HESRi evidenzia come le donne generalmente vivano più a lungo degli uomini, anche se i loro anni di vita in più non è detto che siano vissuti in buona salute.

Anche lo stato di salute dichiarato dalle persone che vivono in Italia è risultato migliorato negli ultimi anni, con un minor numero di persone che dichiara di avere uno stato di salute scarso o discreto rispetto ai primi anni del 2010. Tuttavia, si osserva un chiaro gradiente sociale relativo al livello di istruzione riferito alla maggior parte degli indicatori di salute, che dimostra che coloro che hanno un titolo di studio basso e meno sicurezza economica, godano di una salute peggiore rispetto a coloro che hanno un titolo di istruzione più elevato e maggiore sicurezza finanziaria.

Nella decade tra il 2008 e il 2018, c'è stata una riduzione statisticamente significativa del divario tra uomini e donne in età lavorativa che riferiscono di avere una salute scarsa o discreta, confrontando coloro che sono in possesso di un'istruzione universitaria con quelli che hanno frequentato solamente la scuola dell'obbligo.

C'è stata anche una riduzione statisticamente significativa del divario di salute tra gli uomini più privilegiati e quelli meno privilegiati di 65 anni e più, se valutati per livello di istruzione o quintile di reddito.

Al contrario, non c'è stata una riduzione statisticamente significativa del divario tra i giovani più e meno abbienti nello stesso periodo, se valutati per quintile di reddito; né il divario si è ridotto per le donne anziane, se valutate per quintile di reddito o livello di istruzione.

Le persone con un titolo di studio più basso e meno sicurezza finanziaria si confermano a maggiore probabilità di essere maggiormente esposti alle malattie non trasmissibili (MNT), a maggiori livelli di sovrappeso, ad una maggiore incidenza di problemi di salute mentale, come la depressione, e hanno più probabilità di essere dipendenti da nicotina.

Per molti di questi indicatori di salute, la dimensione del divario tra chi sta meglio e chi sta peggio è rimasta la stessa, tranne che per alcuni (come l'incidenza del sovrappeso nelle ragazze adolescenti) dove, al contrario, è aumentata.

Per diversi indicatori di salute e stile di vita, i dati mostrano un quadro peggiore per le donne lavoratrici rispetto alla popolazione in generale.

Per esempio, dal 2013 c'è stato un aumento statisticamente significativo del divario tra le donne in età lavorativa con il più alto e il più basso livello di istruzione che dichiarano di avere una o più patologie croniche, fenomeno che non si riscontra tra gli uomini in età lavorativa.

Per quanto riguarda il sovrappeso, i divari tra i più e i meno avvantaggiati sono più ampi per le donne che per gli uomini, e questi divari continuano a crescere. Le donne hanno meno probabilità di praticare attività fisica rispetto agli uomini e tra il 2009 e il 2019 una percentuale maggiore di donne a tutti i livelli di istruzione ha riferito di avere sintomi di problemi di salute mentale, come la depressione.

Le condizioni essenziali risultate necessarie per l'equità in materia di salute dallo studio HESRi

Utilizzando il dataset italiano HESRi e ulteriori fonti di dati dei partner del progetto citati all'esordio, il rapporto analizza lo stato e le tendenze nelle condizioni essenziali necessarie per vivere una vita in salute in Italia nel XXI° secolo.

Le condizioni essenziali per raggiungere l'equità nella salute abbracciano cinque aree di interventi: i servizi sanitari, la sicurezza del reddito e la protezione sociale, le condizioni di vita, il capitale sociale e umano, l'occupazione e le condizioni di lavoro.

Utilizzando un'analisi di scomposizione, vengono identificati i fattori significativi che contribuiscono alle disuguaglianze di salute in Italia, sulla base delle cinque condizioni essenziali, evidenziando i molteplici fattori che hanno inciso sulla salute e sul benessere e mostrando le traiettorie che portano alle disuguaglianze di salute che possono essere oggetto di un'azione politica.

Le cinque condizioni essenziali possono essere definite come segue:



I **servizi sanitari** comprendono indicatori e interventi relativi alla disponibilità, accessibilità, economicità, qualità della prevenzione, del trattamento e dei servizi e programmi sanitari.



La **sicurezza del reddito e la protezione sociale** comprendono indicatori e interventi relativi alla sicurezza del reddito di base e alla riduzione dei rischi per la salute e delle conseguenze della povertà nel corso della vita.



Le **condizioni di vita** comprendono indicatori e interventi relativi alle opportunità differenziali, all'accesso e all'esposizione alle condizioni ambientali e di vita che hanno un impatto sulla salute e sul benessere.



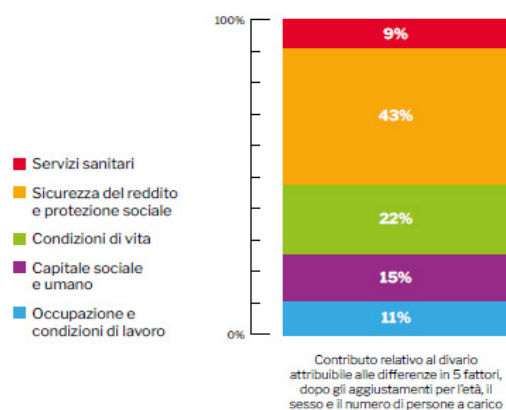
Il **capitale sociale e umano** comprende indicatori e interventi relativi al capitale umano per la salute attraverso l'istruzione, l'apprendimento e l'alfabetizzazione, e relativi al capitale sociale di individui e comunità in modalità che proteggono e promuovono la salute e il benessere.



L'**occupazione e le condizioni di lavoro** si riferiscono agli indicatori e agli interventi relativi all'impatto del lavoro sulla salute, tra i quali la disponibilità, l'accessibilità, la sicurezza, i salari, le sollecitazioni fisiche e mentali e i rischi associati al lavoro.

Laddove si osservano relazioni statisticamente significative tra gli indicatori di queste aree e i divari di salute, ciò suggerisce che si tratti di questioni a cui la politica e la programmazione dovrebbe dare la priorità. Utilizzando un'analisi di scomposizione, vengono identificati i fattori significativi che contribuiscono alle disuguaglianze di salute in Italia, sulla base delle sopracitate cinque condizioni essenziali, evidenziandone i molteplici fattori che incidono sulla salute e sul benessere e mostrandone i percorsi che portano alle disuguaglianze di salute che possono essere oggetto di miglioramento attraverso strategie nazionali e regionali dedicate.

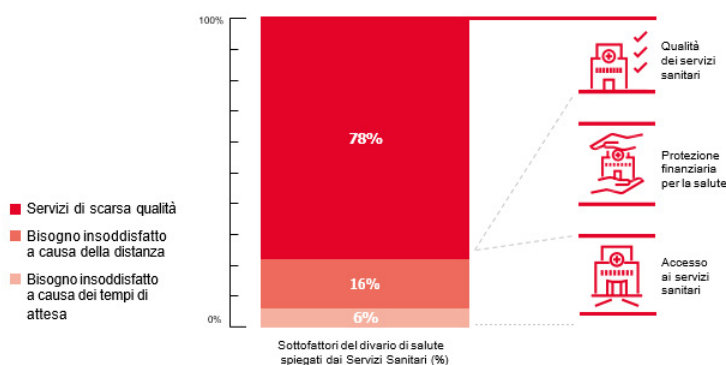
Fig. 0.1. Scomposizione dell'impatto delle cinque condizioni essenziali che influenzano il divario dello stato di salute tra il 40% più ricco e più povero in Italia



Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano di Eurofound European Quality of Life Survey (EQLS) 2003-2016.

Le disparità nella qualità e nell'accesso ai servizi sanitari rappresentano il 9% del contributo totale delle cinque condizioni al divario di salute tra i gruppi di reddito superiore e inferiore (fig.1, fig.2). Nel 2018, le donne e gli uomini di età compresa tra 25 e 64 anni provvisti del solo titolo di istruzione obbligatoria hanno riferito di avere un bisogno insoddisfatto di assistenza sanitaria sette volte maggiore rispetto a quelli con istruzione universitaria.

Fig.2. Scomposizione del sottofattore servizi sanitari

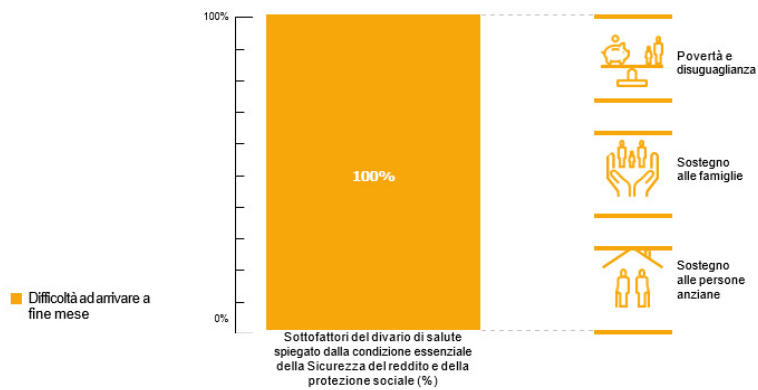


Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano di Eurofound European Quality of Life Survey (EQLS) 2003-2016.

Il bisogno insoddisfatto è stato più alto per le donne in tutti gli anni fino al 2017, quando i livelli del bisogno insoddisfatto degli uomini nei gruppi superiore e inferiore hanno superato quelli delle donne.

Le disparità nella capacità di riuscire a far quadrare i conti a causa del **reddito e della protezione sociale insicuri** rappresentano il 43% del contributo totale delle cinque condizioni che influenzano il divario di salute (fig.1 e fig.3). La disuguaglianza di reddito è aumentata tra il 2008 e il 2019 ed è rimasta a livelli più alti di prima della crisi finanziaria del 2008. Il divario tra la percentuale di donne con la sola istruzione obbligatoria e la percentuale di donne con istruzione universitaria che vivono la povertà lavorativa è aumentato nel periodo in esame. Nel 2018, il numero di donne e uomini con la sola istruzione obbligatoria che ha vissuto la povertà lavorativa è stato il triplo rispetto al numero di coloro che erano provvisti di un'istruzione universitaria.

Fig.3. Scomposizione del sottofattore sicurezza del reddito e protezione sociale

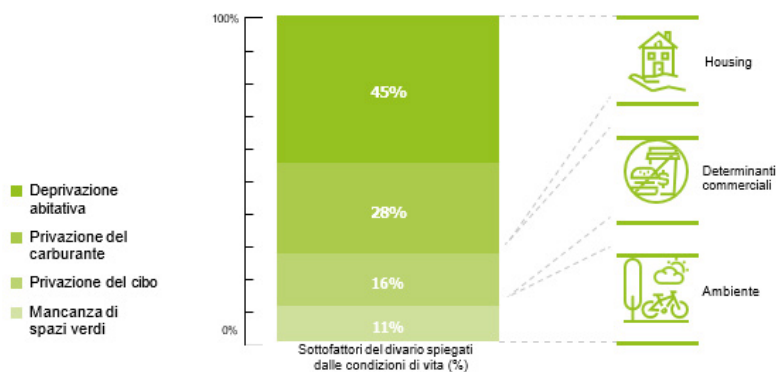


Le disparità nelle condizioni di vita rappresentano il 22% del contributo totale delle cinque condizioni che influenzano il divario di salute (fig.1).

I divari relativi all'insicurezza alimentare e a quella relativa al riscaldamento domestico sono aumentati e persistono sia per gli uomini che per le donne dopo la recessione del 2008 — questi costituiscono rispettivamente il 28% e il 16% della parte del divario di salute attribuita alle condizioni di vita (fig.4).

Questo può aver portato a comportamenti di consumo alimentare dannosi tra le famiglie svantaggiate, con un ricorso esagerato a cibi a basso costo e ad alta densità energetica, influenzato dalle tecniche di marketing e di merchandising delle aziende commerciali operanti nel settore alimentare.

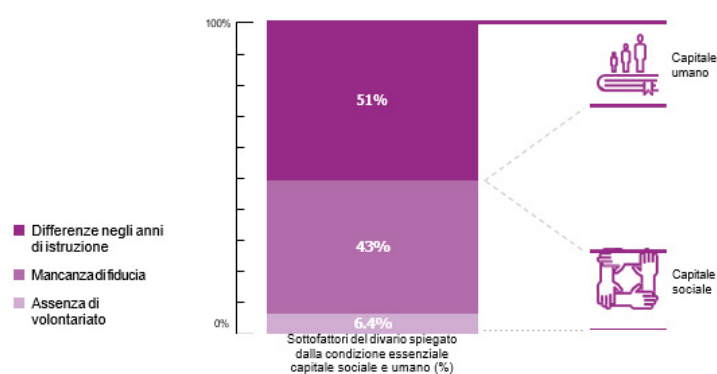
Fig. 4. Scomposizione del sottofattore condizioni di vita



Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano Eurofound EQLS 2003-2016.

Le disparità nel capitale sociale e umano rappresentano il 15% del contributo totale delle cinque condizioni al divario di salute (Fig.1). La mancanza di fiducia contribuisce al 43% di questa parte del divario attribuito al capitale sociale e umano (Fig.5). Nel 2013, i giovani di età compresa tra i 16 e i 24 anni hanno riferito di avere i livelli più bassi di fiducia, ma, dal 2014 in poi, le persone di età superiore ai 65 anni sono state più propense a dichiarare livelli più alti di mancanza di fiducia.

Fig. 5. Scomposizione del sottofattore capitale sociale e umano



Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano Eurofound EQLS 2003-2016.

In Italia, la sfiducia è significativa per tutti i livelli di istruzione, ma un numero maggiore di adulti in età lavorativa con solo la scuola dell'obbligo non ritiene che la maggior parte delle persone sia degna di fiducia, rispetto a quelli con più anni di istruzione. Tra il 2013 e il 2018 questa mancanza di fiducia è aumentata tra gli adulti provvisti di sola istruzione obbligatoria, ma non tra quelli con un titolo di studio più elevato.

La questione della fiducia, sia nelle altre persone che nelle istituzioni, è particolarmente problematica in Italia, dove si riscontrano livelli più bassi di fiducia rispetto a molti altri Paesi della Regione europea dell'OMS. Mentre l'Italia inizia la sua ripresa dalle fasi iniziali acute della pandemia di COVID-19, c'è il rischio che soprattutto giovani — ai quali si prospetta un futuro di distanziamento sociale e una percezione molto diversa di come sarà il loro destino individuale — possano essere soggetti di un ampliamento delle disuguaglianze in termini di fiducia, senso di appartenenza, della possibilità di avere voce in capitolo e un senso di futuro e speranza.

Le disparità nell'occupazione e nelle condizioni di lavoro rappresentano l'11% del contributo totale delle cinque condizioni al divario di salute (fig.1 e fig. 6).

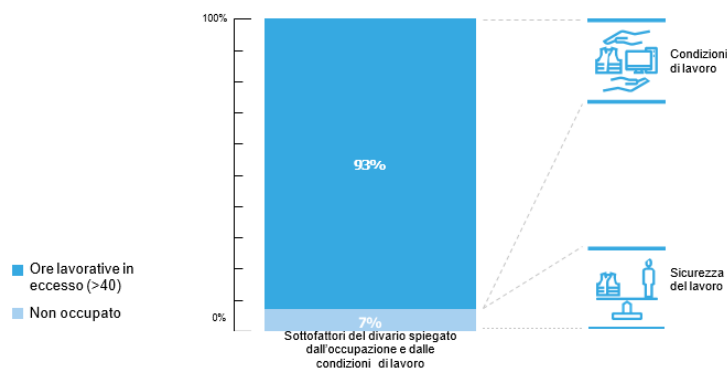
Gli uomini in possesso del solo titolo di istruzione obbligatoria sono disoccupati in misura doppia rispetto agli uomini con istruzione universitaria e, sebbene tra il 2014 e il 2019 la disoccupazione giovanile sia diminuita sia per gli uomini che per le donne, i tassi di occupazione temporanea tra i giovani sono aumentati nello stesso periodo, dal 62% al 67% per le donne e dal 54% al 57% per gli uomini.

L'elevata inattività economica tra i giovani inoccupati che non si trovano in un percorso di studio o di formazione (NEET) e tra le donne, mostra un potenziale inutilizzato di partecipazione produttiva nell'economia e nella società.

Il lavoro precario costituisce un rischio specifico per i giovani, le donne e i migranti.

Una maggioranza significativa di giovani è attualmente impiegata in lavori temporanei, e le donne giovani sono particolarmente afflitte da questo tipo di svantaggio.

Fig.6. Scomposizione del sottofattore occupazione e condizioni di lavoro



Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano Eurofound EQLS 2003-2016.

La povertà lavorativa è elevata tra le persone in situazioni di lavoro precario, come il lavoro part-time o temporaneo, il lavoro stagionale e il lavoro autonomo.

Questo tipo di lavoro è spesso intrapreso da donne, lavoratori giovani e lavoratori migranti; queste persone sono anche sovra-rappresentate in molti dei settori che probabilmente subiranno una contrazione nel medio termine a causa dell'impatto della pandemia COVID-19 — in particolare nei settori alberghiero, del turismo, del tempo libero, della vendita al dettaglio e dell'assistenza alle persone.

Quando i dati vengono analizzati per livello di istruzione, gli uomini col solo titolo di studio della scuola dell'obbligo sono attualmente il gruppo con i più alti tassi di occupazione temporanea. Essendo gli uomini disoccupati con la sola istruzione obbligatoria in numero doppio rispetto a quelli con una formazione universitaria, c'è il rischio che una parte della popolazione possa trovarsi nella condizione di essere NEET.

Questo rischio sarà probabilmente esacerbato dal COVID-19, che ha rivelato uno spostamento verso salari più bassi e un'occupazione meno sicura man mano che la duplice pressione del lockdown e dei danni economici si abbatte sul mercato del lavoro.

Lezioni apprese dall'HESRi italiano per il post COVID-19

Dai dati del rapporto si possono evidenziare le opzioni politiche e le priorità future alla luce degli effetti del COVID-19, e considerando come l'equità possa essere utilizzata e considerata come motore per una ripresa e uno sviluppo sostenibili del sistema sanitario nel lungo termine.

Una sintesi delle evidenze evidenzia come il COVID-19 abbia contribuito ad aggravare le disuguaglianze pre-esistenti nonché le condizioni di base per una vita sana e prospera, oltre che a evidenziare i nuovi rischi di disuguaglianza e le vulnerabilità che si stanno profilando nella popolazione italiana.

Ciò richiederà la messa in opera di misure sanitarie e intersettoriali di carattere prioritario in grado di mitigare

l'atteso aggravamento delle disuguaglianze esistenti e l'emergere di sempre nuove, al fine di favorire una ripresa nel medio e lungo termine, che non lasci indietro nessuno a causa della scarsa salute e dell'insicurezza delle condizioni essenziali.

L'Italia è entrata nella pandemia COVID-19 con molteplici disuguaglianze preesistenti – ad esempio, in relazione all'estensione delle MNT, al sovrappeso e all'obesità, ai problemi di salute mentale (per esempio la depressione) e ai comportamenti che mettono a rischio la salute.

Le disuguaglianze nella salute erano particolarmente evidenti tra le donne e i giovani (valutate per livello di istruzione, quintile di reddito e regione).

Le prime evidenze mostrano che il COVID-19 e le sue misure di contenimento possono aver esacerbato alcune di queste disuguaglianze esistenti, creando nuove vulnerabilità multiple. In particolare, è stato osservato un gradiente sociale nell'esposizione al COVID-19, nelle conseguenze della malattia e nell'interruzione dei percorsi sanitari non legati al COVID-19. Questo effetto può essere visto anche nell'impatto del confinamento sulla salute fisica e mentale e nell'esposizione all'aumento della povertà, alla disoccupazione e alla riduzione del reddito.

La malattia grave da COVID-19 può essere peggiore tra i gruppi svantaggiati a causa della distribuzione ineguale dei fattori di rischio sottostanti, come avere alcune MNT o lavorare in occupazioni più rischiose.

Vi sono indicatori precoci che mostrano come interventi mirati abbiano il potenziale di ridurre l'impatto della pandemia su alcuni gruppi vulnerabili.

Concentrandosi su specifiche barriere sociali ed economiche e sulle dinamiche d'impatto, è possibile identificare e dare priorità a opzioni politiche e interventi misurabili che abbiano un impatto positivo sulla riduzione delle disuguaglianze nella salute e nei fattori di rischio, puntando a una ripresa sostenibile e inclusiva e a uno sviluppo a lungo termine.

Tre ampie aree di intervento hanno il potenziale di guidare il progresso nella riduzione delle disuguaglianze durante la ripresa dal COVID-19:

- Ridurre le disuguaglianze di salute garantendo la sostenibilità e la resilienza del sistema sanitario;
- Diminuire la povertà per migliorare l'equità in salute;
- Sfruttare l'equità in salute come motore e risultato della rivitalizzazione economica.

Le seguenti raccomandazioni chiave sono state appositamente compilate per le autorità nazionali e regionali e riguardano tre aree di intervento.

1) Ridurre le disuguaglianze di salute garantendo la sostenibilità e la resilienza del sistema sanitario

Nel considerare il contributo del sistema sanitario nella riduzione delle disuguaglianze, l'analisi di questo rapporto dimostra l'importanza di considerare una priorità l'equità di accesso all'assistenza sanitaria, ma anche il ruolo che le diverse attività di sanità pubblica, possono svolgere nel proteggere le persone da comportamenti e stili di vita che danneggiano la salute.

Le funzioni di salute e benessere svolte dai servizi pubblici al di fuori dell'ambito sanitario (come le reti di sostegno locali e di comunità) sono fondamentali per ottenere un progresso sostenibile del benessere delle persone, così come i servizi di comunicazione della salute che siano davvero efficaci e coordinati a livello nazionale e regionale, al pari di quelli di successo ad esempio nei media.

Le raccomandazioni chiave per gli interventi in queste aree sono elencate qui di seguito.

- Dovrebbe essere garantito un accesso equo all'assistenza formale e informale (compresi i servizi di salute

mentale tenendo conto dell'assistenza sanitaria digitale), trattando i bisogni di accesso ai servizi sanitari insieme alle molteplici dimensioni delle condizioni essenziali necessarie per una buona salute come, ad esempio la ritrovata fiducia nelle istituzioni sanitarie e la flessibilità degli orari di lavoro per consentire l'accesso ai servizi sanitari laddove aperti solamente durante l'orario d'ufficio.

- Le persone dovrebbero essere aiutate a proteggersi dai comportamenti e dai fattori di rischio dannosi per la salute utilizzando tutte le modalità offerte dai social, per es. attraverso interventi informativi in tutte le comunità locali per la promozione della salute che rafforzino il ruolo centrale e di riferimento dei servizi sanitari locali e altri che mirino ad aiutare i fragili e le donne ad orientarsi tra i fattori di genere e socioeconomici che hanno un ulteriore impatto sui fattori di rischio e sui comportamenti dannosi dei singoli cittadini.
- Il ruolo delle scuole nella promozione della salute e del benessere dovrebbe essere maggiormente valorizzato sia per ridurre le disuguaglianze nell'alimentarsi correttamente, nell'evitare il sovrappeso e l'obesità, nell'attività fisica e nei comportamenti rischiosi per la salute tra i bambini, oltre a educare al benessere e alle altre forme di comportamenti di salute che la vita offre ai giovani attraverso l'acquisizione di competenze e comportamenti di salute corretti.
- Si dovrebbe inoltre lavorare per costruire la fiducia nelle istituzioni sanitarie e in altre istituzioni pubbliche (insieme alla fiducia tra le persone) attraverso una comunicazione chiara e trasparente, facilitando le iniziative di miglioramento della salute attraverso il continuo sostegno e impegno pubblico a favore della scienza, della ricerca e della conoscenza per tutti i cittadini.

2) Ridurre la povertà per migliorare l'equità in salute

L'analisi precedente mostra una serie di differenze legate al livello di istruzione delle persone senza posto di lavoro in Italia, essendo gli uomini disoccupati con la sola istruzione obbligatoria in numero doppio rispetto a quelli con una formazione universitaria.

Mentre la disoccupazione giovanile è diminuita, le tendenze nell'occupazione temporanea suggeriscono che i giovani hanno spesso accettato lavori che non sono necessariamente sicuri o di alta qualità.

La disuguaglianza di reddito è risultata in costante peggioramento dalla recessione del 2008 ad oggi e, come peraltro già notato in precedenza, la ricerca sull'impatto della pandemia nella società, suggerisce che i livelli di occupazione e povertà sono stati influenzati in maniera significativa, sebbene le politiche messe in atto in Italia in questi ultimi anni, stiano effettivamente alleviando alcuni di questi effetti. Riflettere su come estendere e adattare tali politiche sarà importante per l'Italia in futuro, così come contrastare le disuguaglianze di genere che potrebbero ostacolare la capacità delle donne di evitare alcune delle peggiori conseguenze economiche della pandemia.

Si ritiene quindi che le aree importanti su cui focalizzare l'attenzione nei prossimi anni saranno le seguenti:

- Riformulare il sostegno al reddito sostenibile a lungo termine, anche dando priorità all'uso economicamente efficace delle risorse per agire su tutto il divario sociale, attuandolo a un livello e a un'intensità proporzionati ai bisogni dei cittadini economicamente più svantaggiati.
- Contrastare le disuguaglianze di genere e la povertà creando una nuova formazione al lavoro sensibile alle tematiche di genere e opportunità che riducano la dipendenza dal lavoro informale, insieme all'ampliamento dell'accesso all'assistenza all'infanzia da parte di questi lavoratori, riducendo i divari salariali di genere e le disuguaglianze economiche nei singoli nuclei familiari.

3) Utilizzare l'equità in salute come motore per la rivitalizzazione economica dei territori

L'impatto della pandemia su settori chiave dell'economia italiana (come quello del turismo e l'alberghiero) ha avuto come risultato che sarà necessario, nel prossimo futuro, prevedere un'attività costante per sostenere la creazione di posti di lavoro. Questa dovrà essere sostenuta a tutti i livelli, con il contributo dei principali datori di lavoro, delle istituzioni e delle organizzazioni della comunità, oltre che sfruttando il potere economico del sistema sanitario stesso.

Ci si dovrebbe avvalere del potere insito delle Istituzioni nazionali e regionali, per rivitalizzare le economie locali attraverso iniziative di sostegno alle diverse forme di economie locali con investimenti dedicati da parte di istituzioni pubbliche e private destinate, per esempio ad ospedali pubblici, università e altre organizzazioni senza scopo di lucro che supportano gli enti locali e le varie realtà del volontariato).

Le iniziative economiche guidate dalle singole comunità locali dovrebbero essere potenziate attraverso il coinvolgimento sia di organizzazioni locali che di gruppi che fanno riferimento al volontariato, per venire incontro ai bisogni di salute di tipo non strettamente sanitario che derivano dall'isolamento sociale, dall'indebitamento e dalla perdita del lavoro, sostenendo le persone in buona salute a trovare percorsi di rientro nell'economia attiva.

Il sistema sanitario dovrebbe essere utilizzato come un motore di crescita sostenibile, favorendo l'occupazione produttiva e la formazione del capitale umano, contribuendo a stabilizzare e aumentare il reddito delle famiglie.



Bibliografia

- Healthy, Prosperous Lives for All: Health Equity Status Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2019. Available at <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-dete...>
- Health Equity Policy Tool. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2019. Available at: <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2019/06/healthy,-p...>
- Strategy on Women's Health and Well-Being in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/333912/strategy-wome...
- Strategy on the Health and Well-Being of Men in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2018. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/394894/MHR_strategy_...
- T.Buzeti 1, J.M. Lima 1, L. Yang 1, C. Brown 1 Leaving no one behind: health equity as a catalyst for the sustainable development goals.
- Eur J Public Health. 2020 Mar 1;30(Suppl_1) :i24-i27. doi: 10.1093/eurpub/ckaa033.

Elenco delle illustrazioni

Fig.1. Scomposizione dell'impatto delle cinque condizioni essenziali sul divario dello stato di salute tra il 40% più ricco e più povero in Italia

Fig.2. Scomposizione del sottofattore servizi sanitari

Fig.3. Scomposizione del sottofattore sicurezza del reddito e protezione sociale

Fig.4. Scomposizione del sottofattore condizioni di vita

Fig.5. Scomposizione del sottofattore capitale sociale e umano

Fig.6. Scomposizione del sottofattore occupazione e condizioni di lavoro

Elenco delle abbreviazioni

COVID-19 Nuova malattia da coronavirus (SARS-CoV-2)

EQLS Indagine europea sulla qualità della vita (European Quality of Life Survey)

HESR (i) Rapporto sullo stato dell'equità in salute (iniziativa)

MNT Malattie non trasmissibili

NEET Giovane che non è occupato né impegnato in corsi di studio o formazione (Not in Employment, Education or Training)

La non autosufficienza

Franco Pesaresi

1. Che cosa è la non autosufficienza

Finalmente abbiamo una definizione della non autosufficienza ed in particolare della persona anziana non autosufficiente. Il Decreto Legislativo 29/2024 definisce persona anziana non autosufficiente quella che:

- a) Presenta gravi limitazioni o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e del funzionamento bio-psico-sociale,
- b) valutate sulla base di metodologie standardizzate, tenendo anche conto delle indicazioni fornite dalla Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) dell'Organizzazione mondiale della sanità, dei livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali e delle condizioni di fragilità, di multimorbilità e di vulnerabilità sociale, le quali concorrono alla complessità dei bisogni della persona,
- c) anche considerando le specifiche condizioni sociali, familiari e ambientali (art. 2, c. 1 D. Lgs. 29/2024).

Si fa qualche passo avanti ma ancora siamo lontani da una definizione della non autosufficienza netta e puntuale dato che, in sostanza, la legge rinvia la delimitazione più circoscritta della non autosufficienza all'adozione di uno specifico strumento di valutazione che sarà approvato con successivo Decreto del Ministro della Salute (Art. 27, comma 7, D. Lgs. 29/2024) entro il 19/3/2025.

Quanti sono gli anziani non autosufficienti?

Nel mondo della non autosufficienza, pertanto, dobbiamo ancora muoverci con degli strumenti di misurazione inadeguati che stimano il numero di anziani che è colpito dalla non autosufficienza.

In questo senso, l'ISTAT, con l'indagine campionaria europea EHIS considera non autosufficienti gli anziani con gravi limitazioni funzionali, e, con riferimento al 2020, ne stima 3.935.982 che costituiscono il 28,4% di tutti gli anziani (Cfr. Tab. 1).

Spicca, fra questi, il dato degli ultra85enni che sarebbero non autosufficienti nel 63,8% di casi. Sostanzialmente i due terzi.

Fascia di età	Prevalenza (2021)	Popolazione di riferimento (1/1/2020)	Stima anziani non autosufficienti
65-74	14,6%	6.795.374	992.125
75-84	32,5%	4.875.549	1.584.553
85 e più	63,8%	2.188.167	1.396.051
Totale 65+	28,40%	13.859.090	3.935.982

Tab. 1 – Istat. Stima degli anziani non autosufficienti. Anno 2020.

Fonte: Fosti et al. (2023) su dati Istat.

Il bisogno di assistenza

Tutte queste persone hanno bisogno di assistenza ma anche di un sistema organizzato e dedicato alle cure di lungo termine come è stato fatto anche negli altri principali paesi europei.

L'assistenza alle persone anziane non autosufficienti (long-term care) comprende la varietà di servizi e interventi - sociali e sanitari - forniti con continuità a persone anziane che hanno bisogno di assistenza costante a causa di disabilità fisica o psichica. I principali interventi a (almeno parziale) finanziamento pubblico sono i servizi territoriali (servizi domiciliari e centri diurni), le strutture residenziali e l'indennità di accompagnamento. I principali interventi privati sono l'assistenza fornita direttamente dalle famiglie e il ricorso alle badanti.

Ai fini statistici vengono definite anziane le persone con almeno 65 anni ma la maggior parte degli utenti dell'assistenza continuativa ne ha almeno 80.

2. La prevenzione della non autosufficienza

La perdita di autonomia, la cui incidenza aumenta notevolmente con l'età, non è una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento: è l'accumulo di patologie che, se non compensate, possono portare alla dipendenza.

L'aspettativa di vita senza disabilità o "l'aspettativa di vita in buona salute", misura il numero di anni trascorsi senza limitazioni di attività.

L'Italia è al 3° posto nella Ue per aspettativa di vita in buona salute. Al top la Svezia e Malta.

Nel nostro Paese in media le donne vivono in buona salute per 68,7 anni mentre gli uomini per 67,2 anni contro una media europea di 64,5 anni per le donne e di 63,5 anni per gli uomini (2020) (Cfr. Fig. 1).

L'aspettativa di vita alla nascita per le donne nell'UE era, in media, 5,7 anni in più rispetto a quella degli uomini nel 2020 (83,2 anni rispetto a 77,5 anni).

Gli anni di vita in buona salute rappresentano rispettivamente il 78% e l'82% dell'aspettativa di vita totale per donne e uomini. Pertanto, in media, gli uomini tendono a trascorrere una parte maggiore della loro vita un po' più breve senza limitazioni di attività. Nel complesso, pertanto, mediamente in Europa le persone, essenzialmente gli anziani, passano il 20% della loro vita con limitazioni di attività che in alcuni casi diventa non autosufficienza. L'obiettivo deve essere pertanto quello di aumentare gli anni in buona salute e prevenire la non autosufficienza. Ogni anno di aspettativa di vita senza ulteriori disabilità rappresenta uno straordinario guadagno in termini di qualità della vita personale e di costi per la collettività.

In Francia hanno calcolato che ogni anno di aumento nazionale dell'aspettativa di vita in buona salute determina un risparmio di costi pari ad un miliardo e mezzo di euro.

Si può fare la prevenzione della non autosufficienza?

La prevenzione è essenziale per limitare gli effetti della transizione demografica in corso.

Gli studi in questa materia non sono ancora maturi per individuare tutti quegli interventi che possono essere efficaci per prevenire le cronicità e la non autosufficienza ciononostante le ricerche forniscono già la base per una politica di prevenzione ragionevolmente comprovata.

Ecco, per esempio, alcune indicazioni, su cui la letteratura scientifica concorda:

- Per la prevenzione delle demenze come il morbo di Alzheimer e le malattie correlate, vi è un crescente consenso sul fatto che l'attività fisica, la lotta contro l'obesità, l'ipertensione e il fumo, ma anche la promozione dell'equilibrio nutrizionale e dell'impegno sociale proteggano dal declino cognitivo;
- Una revisione della letteratura su quattordici studi condotti, principalmente negli Stati Uniti e in Giappone, mostra che hanno effetti significativi: attività fisica, combinata o meno con azioni su laboratori di nutrizione e memoria, adattamento dell'abitazione, valutazione dello stato geriatrico della persona. Quelli che hanno il maggior impatto sono quelli che includono azioni sull'attività fisica e quelli che includono una previa identificazione dei bisogni (Puts, 2017);
- Una revisione della letteratura del 1993 su 28 studi ha già dimostrato che la valutazione degli anziani e il follow-up clinico a lungo termine sono efficaci e migliorano la funzione e la sopravvivenza degli anziani. Uno di questi studi ha stimato nel 2004 che circa il 30% delle persone di età superiore ai 65 anni cade ogni anno, che tra il 20% e il 30% di coloro che cadono subiscono lesioni che poi riducono la loro autonomia, e ha mostrato l'efficacia di programmi di prevenzione multifattoriale basati su esercizi fisici di base, Tai Chi, gestione del rischio domestico, e l'eliminazione dei farmaci psicotropi.

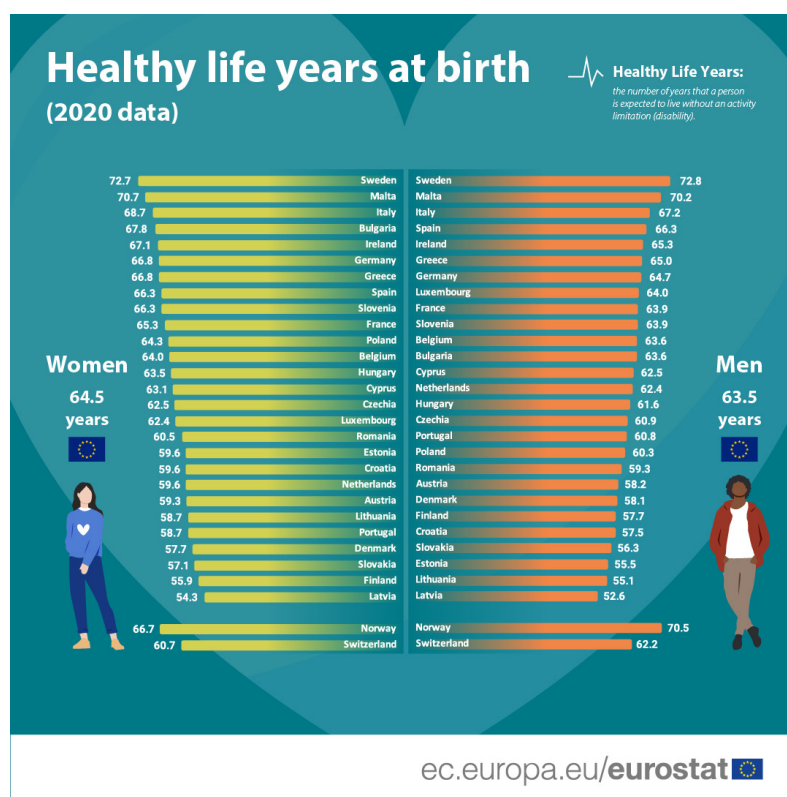


Fig. 1 – Aspettativa di vita in buona salute nell'Unione Europea (dati del 2020)

Un'altra revisione della letteratura del 2018 ha identificato una dozzina di tipi di azione con benefici dimostrati per prevenire la perdita di autonomia (Lamboy, 2018) fra cui: programmi di esercizio fisico, interventi psicocorporei come Tai Chi, Qigong, yoga, meditazione, interventi intergenerazionali e visite domiciliari, soprattutto per ridurre il rischio di cadute.

Le politiche per la prevenzione della non autosufficienza

Se gli effetti della transizione demografica legata all'allungamento della vita sono del tutto meccanici, è ben noto il peso dei determinanti sociali e ambientali della perdita di autonomia: le condizioni e i percorsi di vita delle persone (risorse, vincoli, ambiente, ecc.), il contesto in cui si evolvono (protezione sociale, sistema sanitario o servizi disponibili) altrettanto sicuramente ostacolano o promuovono un invecchiamento in buona salute.

Le condizioni per un "invecchiamento di successo sono condivise sia dai medici che dagli attori sociali. Un'attività fisica e un alloggio adeguati, i legami sociali, familiari e amichevoli, un'assistenza sanitaria accessibile, un'offerta culturale e ricreativa diversificata e una dieta equilibrata sono tutti fattori che contribuiscono a un invecchiamento in buona salute. È possibile influenzarli e quindi agire sulla prevalenza della perdita di autonomia.

Tuttavia, il cambiamento preventivo fatica a prendere forma mentre né i risultati né gli strumenti atti a raggiungere questo obiettivo sono al centro della discussione.

Uno dei motivi più complessi è da ricercarsi nella dispersione e nella molteplicità degli attori.

L'integrazione delle politiche per la prevenzione della non autosufficienza costituisce una condizione per il successo di questa politica.

Ma è sicuramente qui che risiedono le trasformazioni più complesse perché il sistema attuale si muove per compartimenti stagni e, spesso, senza una coerenza complessiva. In quest'ottica la semplificazione, l'implementazione degli sportelli unici, l'integrazione e l'armonizzazione dei sistemi devono guidare l'azione pubblica.

Il numero degli anziani continuerà ad aumentare così come l'aspettativa di vita per cui una politica di prevenzione della non autosufficienza diventa sempre più urgente per attenuare lo shock demografico e migliorare la qualità della vita degli anziani.

Meglio cominciare a pensarci subito.

3. Il sistema assistenziale per la non autosufficienza

Il sistema assistenziale che si occupa degli anziani non autosufficienti è sintetizzato dalla tab. 2 che evidenzia che la modalità di gran lunga più diffusa è quella privata delle badanti a cui si affida oltre un quarto degli anziani non autosufficienti (28,7%).

Gli altri servizi della Tab. 2 sono invece forniti dal sistema pubblico e sono stati stimati ipotizzando in eccesso che tutti gli anziani che usufruiscono delle prestazioni sanitarie e sociali domiciliari, semiresidenziali e residenziali siano non autosufficienti, anche se sappiamo che una piccola quota di anziani fruitori non rientra in tale categoria (ad eccezione dell'ADI dove la quota non è piccola).

Setting assistenziali	% di copertura degli anziani non autosufficienti
Servizi di assistenza domiciliare (SAD) del Comune	1,4%
Assistenza domiciliare integrata (ADI) della ASL	21,5%
Centri diurni	0,6%
Strutture residenziali	6,3%
Indennità di accompagnamento	10,3%
Badanti	28,7%

Tab. 2 – Percentuale di anziani non autosufficienti che ricevono interventi per la non autosufficienza (interventi pubblici e badanti), 2020
 Note: La percentuale di copertura delle badanti è stata calcolata ipotizzando che ogni badante stimata abbia assistito un solo anziano non autosufficiente. Fonte: nostra elaborazione su dati Fosti et al. (2023), Ranci et al. (2023), Pesaresi F. (2024).

Per interpretare correttamente la tabella occorre sottolineare che le prestazioni che sono elencate sono fruite in maniera plurima dagli anziani non autosufficienti per cui le percentuali di copertura non si sommano fra loro. Per esempio quasi tutti di coloro che sono accolti nelle strutture residenziali e semiresidenziali o che utilizzano le badanti fruiscono anche dell'indennità di accompagnamento. Capita inoltre che una piccola quota di anziani fruisca contemporaneamente di ADI e del servizio domiciliare sociale (SAD).

Il servizio pubblico più diffuso per gli anziani non autosufficienti è l'assistenza domiciliare integrata (ADI) che raggiunge il 21,5% degli anziani non autosufficienti ma la sua efficacia per le cure di lungo termine è sostanzialmente irrisoria dato che il numero medio di ore annue di assistenza è pari a 17; pochissime ore settimanali per pochissimi mesi.

L'indennità di accompagnamento è erogata al 10,3% degli anziani non autosufficienti, una quota presumibilmente bassa rispetto ai bisogni degli anziani ma soprattutto uguale per tutti (531,76 euro al mese) anche se la gravità e i bisogni assistenziali degli anziani sono estremamente diversificati. Inoltre, tale importo, che dovrebbe essere utilizzato per l'assistenza non richiede alcuna rendicontazione per cui può essere utilizzato anche per scopi non assistenziali.

Il resto dei servizi il SAD dei comuni e i centri diurni per anziani non autosufficienti o con Alzheimer - raggiungono quote bassissime di anziani (rispettivamente l'1,4% e lo 0,6%) così da essere ben poco incisivi nel sistema delle cure di lungo termine.

In sostanza, non ci vuole molto a comprendere che le cure di lungo termine (LTC) per gli anziani non autosufficienti sono assicurate in larga prevalenza dalle famiglie con le badanti e i caregiver familiari e che il sistema pubblico copre una parte minimale e largamente insufficiente dei bisogni del settore.

4. L'assistenza domiciliare

I servizi domiciliari rappresentano l'asse portante dell'assistenza per gli anziani non autosufficienti e tutto il sistema di assistenza deve assumere come priorità la promozione della permanenza al domicilio degli anziani non autosufficienti in tutti i casi in cui sia appropriata ai bisogni e rispondente ai desideri degli assistiti.

L'assistenza domiciliare è la modalità assistenziale di gran lunga preferita da anziani e famiglia; quando è adeguatamente realizzata e appropriata rispetto ai bisogni produce un impatto positivo sul loro benessere e, nella maggior parte dei casi, ha un costo inferiore agli altri setting assistenziali.

L'ADI

Oggi l'Adi (Assistenza domiciliare integrata) di titolarità delle Asl, è il servizio per gli anziani non autosufficienti nettamente più diffuso, copre un numero crescente di anziani ma per periodi quasi sempre brevi, perlopiù di 2-3 mesi, e con un'intensità modesta (in media 9 ore di infermiere e 6 di altre professioni sanitarie in un anno; l'80% riceve tra 1 e 3 accessi mensili).

La non autosufficienza dura molto più lungo, sovente diversi anni, e richiede assistenza continuativa.

Inoltre, occorre l'unitarietà delle risposte alla domanda di assistenza, attraverso l'integrazione dell'Adi con il Sad (Servizio assistenza domiciliare) di titolarità dei Comuni.

Oggi una simile integrazione è rara: solo il 7% degli anziani assistiti con l'Adi, infatti, usufruisce di interventi integrati con il Sad.

I servizi domiciliari sanitari devono dunque essere riorganizzati perché devono avere durata (periodo della presa in carico) e intensità (numero di ore per utente) adeguate, cioè determinate sulla base dei bisogni dell'anziano.

Il SAD

Il servizio di assistenza domiciliare (Sad) dei Comuni, in Italia, è da lungo tempo in crisi. Questa situazione può essere sintetizzata in cinque punti.

Primo, la scarsità dell'offerta. I Comuni italiani, nel 2020 (più recenti dati disponibili¹), hanno assistito con il Sad una percentuale di anziani pari solo all'1,4%. Si tratta evidentemente di un valore ben lontano da quanto necessario.

Secondo, la costante riduzione nel tempo. Si registra una graduale contrazione del servizio, sceso da 2,1% anziani assistiti a domicilio del 2004 all'1,4% del 2020.

Questo trend di diminuzione si riflette nella riduzione della spesa dedicata in valore assoluto, pari a 357 milioni di euro nel 2004 e a 328 milioni di euro nel 2020.

Terzo, l'estrema eterogeneità territoriale.

Tra le diverse Regioni, e anche all'interno di una stessa Regione, s'incontrano ampie differenze nelle percentuali di anziani seguiti così come nei modelli organizzativi utilizzati.

Quarto, la ridotta integrazione con la sanità. Nel 2020, solo 63.917 anziani, pari allo 0,5% degli anziani, ha ricevuto il Sad integrato con l'assistenza domiciliare sanitaria (Adi), una percentuale sostanzialmente invariata da 15 anni.

Quinto, la difficoltà ad aggiornare il modello. In gran parte del Paese, il Sad non ha saputo evolvere, mantenendo sostanzialmente la configurazione definita tra la fine degli anni 80 e l'inizio del decennio successivo, che prevede l'erogazione di prestazioni (alzata, igiene personale, vestizione, aiuto nei pasti, mobilitazione, pulizia della casa, ecc.) di durata oraria limitata (in media 78 ore annue), di supporto in specifici momenti critici della giornata o di funzioni domestiche.

La staticità del servizio e la sua scarsa capacità di incidere nell'organizzazione familiare ne hanno ridotto l'appetibilità (Pesaresi, 2024).

Recentemente, la Legge di bilancio 2022 e il Piano per la non autosufficienza 2022-2024 hanno identificato il SAD come un Livello essenziale ed hanno definito un nuovo profilo dell'assistenza domiciliare sociale che, oltre alle prestazioni più tradizionali, si arricchisce di nuovi servizi (soluzioni abitative, adattamenti dell'abitazione, interventi di prossimità) che dovranno tutti essere garantiti con la nuovissima assistenza domiciliare sociale.

¹ Istat, 2023, *Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati - anno 2020*, Roma, Istat.

Il servizio rimane uno ma le attività che dovrà garantire sono plurime e diverse comprendendo l'assistenza domiciliare sociale, l'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, soluzioni abitative, adattamenti dell'abitazione e rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane.

Questo dovrà comportare per tutti gli enti locali una profonda riorganizzazione dei loro servizi domiciliari.

La riorganizzazione dell'assistenza domiciliare

In Italia manca un servizio domiciliare pubblico disegnato per gli anziani non autosufficienti poiché quelli esistenti seguono - per impostazione istituzionale - logiche differenti.

Infatti, l'ADI abbraccia il modello clinico/prestazionale mentre il SAD quello del disagio socio-assistenziale.

Le rispettive risposte sono utili ma pensate per finalità differenti da quelle qui considerate.

Occorre introdurre un servizio domiciliare progettato in base alle specificità della non autosufficienza perché questa condizione si protrae a lungo nel tempo e richiede assistenza continuativa.

È, dunque, necessario prevedere l'erogazione congiunta di una pluralità di servizi medico-infermieristico-riabilitativi-diagnostici, di sostegno nell'espletamento delle attività fondamentali della vita quotidiana e di affiancamento a caregiver e assistenti familiari, da definire in relazione alle condizioni dell'anziano e dei suoi familiari.

L'assistenza domiciliare se vuol essere il luogo privilegiato dell'assistenza agli anziani non autosufficienti deve soddisfare tutte le necessità assistenziali sociali e sanitarie. Gli anziani devono ricevere il giusto mix delle diverse prestazioni che la loro situazione richiede:

- i) interventi medico-infermieristico-riabilitativi (responsabilità delle Asl);
- ii) sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana, che la mancanza di autonomia impedisce alla persona di compiere da sola (Asl e ATS/Comuni);
- iii) azioni di affiancamento e supporto a familiari e badanti (Asl e ATS/Comuni);
- v) assistenza integrativa-protetica, telemedicina e teleassistenza (ASL).

Particolare attenzione va anche posta nei servizi di sostegno nelle attività fondamentali della vita quotidiana e nelle azioni di affiancamento e supporto a caregiver familiari e assistenti familiari, nella telemedicina, ecc.

Viene raccomandata l'attuazione dell'art. 22 comma 4 del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 sui LEA che dispone che le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale, più legate al supporto delle attività fondamentali della vita quotidiana degli assistiti (lavarsi, vestirsi, nutrirsi, ecc.), sono interamente a carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50% nei giorni successivi.

Durata e intensità

Le cure domiciliari devono tener conto delle esigenze complessive degli utenti con problemi di non autosufficienza temporanea o permanente che hanno bisogno di aiuto anche nel compimento degli atti della vita quotidiana.

Particolare attenzione deve essere posta nella realizzazione di sistemi di supporto, consulenza ed informazione nelle 24 ore per quei pazienti domiciliari che possono avere delle urgenze reali o percepite che, se trattate/risolte, potrebbero evitare ricoveri inappropriati.

Nel nuovo modello assistenziale che occorre implementare gli interventi domiciliari devono essere previsti per tutta la durata dei bisogni dell'anziano non autosufficiente e con un numero di ore settimanali di assistenza rapportate all'intensità dei bisogni assistenziali. Inoltre, in caso di urgenza e necessità le Centrali operative territoriali (COT) integrate con i servizi domiciliari garantiscono interventi domiciliari anche negli orari in cui il servizio non è attivo ordinariamente.

Deve esserci una presa in carico complessiva dell'assistito, rifuggendo da ogni logica prestazionale.

Per garantire la presa in carico continuativa degli assistiti, e non sospendere l'assistenza quando il bisogno è più intenso ed urgente, occorre che il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 anche con l'ausilio delle Centrali operative territoriali (COT) integrate con i servizi domiciliari.

Allo stesso modo, per garantire la continuità e l'integrazione dell'assistenza occorre che il servizio domiciliare socio-assistenziale sia in grado di garantire l'erogazione del servizio 12 ore al giorno per 7 giorni settimanali.

Supportare i caregiver familiari e le badanti

Nell'organizzazione degli interventi domiciliari occorre puntare lo sguardo tanto sugli anziani quanto sulla loro rete di relazioni.

Riconoscere anche i caregiver familiari – con la loro specifica situazione, le loro esigenze e le loro risorse – come utenti dei servizi domiciliari ed interfacciarsi con le badanti, per promuovere la qualità del loro operato.

Occorre considerare i caregiver familiari come parte della rete assistenziale dedicata alle persone non autosufficienti. I servizi domiciliari coordinano e supportano tutte le risorse in campo, a partire dall'attività di educazione terapeutica da indirizzare ai familiari e alle assistenti familiari (badanti).

Erogazione ai caregiver familiari di un pacchetto di attività dedicate comprendenti: informazione e orientamento; counseling e supporto psicologico; opportunità formative rispetto al ruolo svolto; interventi di assistenza e di sollievo (di emergenza o programmati).

A sostegno di questa azione, deve essere previsto uno sforzo formativo rivolto anche ai caregiver familiari. Anche le badanti devono essere considerate come risorse da includere nell'organizzazione dell'assistenza domiciliare. Va, dunque, prevista la realizzazione di momenti di formazione, monitoraggio e supporto dedicati.

In buona parte e con gli opportuni adattamenti, quanto indicato per i caregiver familiari vale anche per le assistenti familiari; l'attenzione è da concentrare su azioni formative messe in campo prevalentemente on the job dagli operatori dei servizi domiciliari.

Budget di cura e assistenza e case manager

Gli anziani non autosufficienti hanno bisogno di prestazioni domiciliari sanitarie e sociali integrate. La completezza e l'integrazione delle prestazioni domiciliari determinano la qualità delle prestazioni e della qualità della vita dell'assistito.

Per cui l'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria delle prestazioni e della loro erogazione in modo unitario, rimane un punto fermo di qualunque riforma in questo settore.

Inoltre, in tutti i casi in cui si attivano risorse di diversa provenienza, il modello di intervento dovrebbe essere il budget di cura e assistenza che deve prevedere la possibilità di disporre unitariamente di tutte le

risorse, comprese quelle economiche. Il Budget di cura e assistenza è il paniere di risorse e opportunità per realizzare il progetto di vita delle persone con disabilità, non autosufficienti, vulnerabili.

Strumento che mira a ricomporre la frammentata gamma delle misure e dei sostegni disponibili.

Quando sono più soggetti e/o più enti ad intervenire per una stessa persona, quando ci sono risorse di diversa provenienza, l'efficacia e la funzionalità dell'intervento sono determinati dalla presenza o meno di un coordinatore dell'intervento integrato.

In presenza di prestazioni complesse ed integrate, occorre nominare il case manager (responsabile del caso) per ogni assistito con il compito di coordinare gli interventi, valutarne gli effetti, proporre aggiustamenti, rapportarsi con l'assistito e la sua famiglia.

Il responsabile del caso dev'essere nominato in accordo fra i servizi sociosanitari e sociali coinvolti nel caso, scegliendo la figura più appropriata in base alle caratteristiche dell'assistenza integrata erogata.

Valorizzare le possibilità offerte dalla tecnologia

L'ampliamento della gamma d'interventi si traduce anche nello sviluppo dei servizi di telemedicina (tele visita, teleconsulto, tele salute, ecc.) e di telemonitoraggio, per fornire a distanza costantemente un ampio numero di prestazioni specialistiche e poter assicurare un'assistenza adeguata in ogni località del territorio. Lo sviluppo quantitativo e qualitativo dell'assistenza domiciliare ha bisogno della creazione di una struttura tecnologica digitale che renda disponibili l'accesso ad una molteplicità di nuove prestazioni attraverso la telemedicina.

Ogni servizio di cure domiciliari deve potersi avvalere dell'uso delle tecnologie digitali, dei servizi di telemedicina e degli altri strumenti di ICT per ottenere livelli sempre più elevati di qualità ed intensità dell'assistenza domiciliare e per raggiungere ogni parte del territorio. Decisivo ed indispensabile, da questo punto di vista è il collegamento con le Centrali Operative Territoriali.

5. Chi assisterà gli anziani?

Il settore delle cure di lungo termine (LTC) soprattutto per gli anziani soffre di carenza di lavoratori e questa situazione probabilmente peggiorerà in futuro.

Mancano gli infermieri, mancano gli operatori socio sanitari (OSS), mancano gli educatori professionali e mancano anche le badanti.

Probabilmente la domanda di assistenza continuerà a salire e farà aumentare la pressione sul settore LTC perché il personale di cura cresce meno della domanda di assistenza che viene dal mondo della non autosufficienza e della disabilità.

Occorre pertanto mettere in campo una serie di azioni per rendere attrattivo e gratificante il lavoro di cura con particolare riferimento a quello con gli anziani non autosufficienti.

Di seguito alcune ipotesi di lavoro che stanno emergendo o si stanno sviluppando nei paesi dell'OCSE (perché il problema non è solo italiano).

La bassa qualità del lavoro porta i lavoratori a lasciare il settore dell'assistenza agli anziani

I lavoratori LTC sono spesso insoddisfatti della retribuzione, delle condizioni di lavoro e delle prospettive di carriera, aumentando lo stress fisico e mentale del lavoro.

Ciò, a sua volta, porta a una bassa fidelizzazione e ad una carenza complessiva di lavoratori dedicati all'assistenza degli anziani.

I lavoratori LTC guadagnano molto meno di quelli che lavorano in ospedali con professioni simili. Il salario mediano per i lavoratori LTC nei paesi europei era di 9 euro l'ora, rispetto a 14 euro l'ora per i lavoratori ospedalieri in professioni sostanzialmente simili.

Ci sono anche più prospettive di promozione della carriera negli ospedali che nel settore LTC.

Il lavoro part-time e temporaneo, è comune nel settore.

Quasi la metà (45%) dei lavoratori LTC nei paesi dell'OCSE lavora a tempo parziale, oltre il doppio della quota dell'intera economia.

L'occupazione temporanea è frequente: quasi un lavoratore LTC su cinque ha un contratto temporaneo, rispetto a poco più di uno su dieci negli ospedali. Inoltre, i lavori sono fisicamente e mentalmente molto impegnativi.

Ad esempio, la metà dei lavoratori LTC svolge il lavoro a turni, che è associato a rischi per la salute come ansia, esaurimento e depressione.

Una formazione e competenze insufficienti possono comportare rischi per la qualità delle cure

Gli operatori addetti alla assistenza personale che non sono qualificati o certificati come infermieri, rappresentano il 70% della forza lavoro LTC in tutto l'OCSE.

La stragrande maggioranza dei lavoratori LTC sono donne di mezza età. Uno su cinque è nato all'estero.

In oltre due terzi dei paesi OCSE, i loro compiti vanno ben oltre l'aiuto nelle attività di base, come lavare, alzarsi dal letto, aiutare con l'alimentazione.

Spesso sono coinvolti nel monitoraggio della salute, nella realizzazione di piani di assistenza e nella conservazione delle cartelle cliniche.

Tuttavia, meno della metà dei paesi OCSE richiede che gli operatori sanitari passino o siano in possesso di una licenza o certificazione.

Le basse qualifiche relative ai compiti richiesti possono aumentare il rischio di cure scadenti, in particolare per le persone anziane con esigenze di assistenza più complesse.

Attrarre più lavoratori

Nonostante la crescente necessità di aumentare le assunzioni nel settore, solo la metà dei paesi OCSE ha attuato politiche o riforme per incentivare le assunzioni nel settore.

Supportare programmi di formazione per le professioni di cura per studenti o disoccupati può essere efficace: il Giappone è riuscito ad aumentare del 20% il numero di lavoratori LTC tra il 2011 e il 2015.

Altri paesi come Israele, Olanda e Stati Uniti stanno fornendo supporto finanziario per tale formazione.

Anche il Belgio, il Portogallo e il Regno Unito hanno cercato di cambiare la percezione dei lavori LTC utilizzando campagne pubbliche per migliorare l'immagine del settore.

Altre opzioni politiche includono nuove politiche di reclutamento sebbene solo pochi paesi abbiano tentato di attrarre uomini, in particolare Norvegia e Regno Unito.

Azioni per trattenere i lavoratori

L'aumento dei tassi di fidelizzazione attraverso una migliore qualità del lavoro e formazione è una priorità politica fondamentale per sviluppare una forza lavoro LTC adeguata

Bassi salari, stress, un carico di lavoro pesante e condizioni di lavoro onerose rendono difficile mantenere le persone nel settore LTC.

Più della metà dei paesi dell'OCSE ha attuato misure per migliorare le condizioni di lavoro dei lavoratori LTC per mantenerli nel settore.

La contrattazione collettiva può essere utilizzata per migliorare le condizioni di lavoro e i salari nel settore.

Oltre ai salari, la promozione di un ambiente di lavoro più sano e la prevenzione degli infortuni e delle malattie sul posto di lavoro possono ridurre l'assenteismo, il turnover e la cattiva salute dei lavoratori.

Miglioramento della produttività

Un migliore utilizzo della tecnologia per assistere gli operatori sanitari nel loro lavoro e un migliore coordinamento delle cure in ambito domestico, residenziale e ospedaliero sono fondamentali per aumentare l'efficienza nel settore, in particolare per comunicare e monitorare i pazienti, nonché per migliorare la raccolta dei dati.

Tecnologie di assistenza come l'uso di allarmi e sensori, ad esempio in Estonia, Norvegia e Olanda, assistenza remota come Helix in Australia, soluzioni di monitoraggio e autogestione come CanAssist in Canada hanno le potenzialità per aumentare la produttività, migliorare le condizioni di lavoro e migliorare la qualità delle cure.

E in Italia?

Questo è un breve schema di quello che accade nei paesi più sviluppati del mondo. In Italia, dove la carenza del personale di cura è sicuramente ancora più grande, le politiche pubbliche per attrarre e trattenere gli operatori che assistono gli anziani sono poco sviluppate ed oggi sono attuate essenzialmente solo dagli operatori privati del settore. Su questo serve un impegno diverso e più importante.

6. Badanti: quanto spendono le famiglie?

Si stima che le famiglie spendano direttamente ogni anno 8 miliardi di euro per le badanti degli anziani non autosufficienti. Una cifra enorme.

Si pensi che questa è quasi la stessa spesa che tutto il servizio sanitario nazionale spende per tutti i servizi di long-term care per le persone anziane non autosufficienti che nel 2020 è stata di 9,0 miliardi di euro (RGS, 2021).

In sostanza, su una spesa complessiva pubblica e privata per le cure di lungo termine per gli anziani non autosufficienti di 17 miliardi di euro, le famiglie ne hanno spese direttamente il 47%. La metà, sostanzialmente. Una parte straordinariamente importante dell'assistenza agli anziani non autosufficienti si regge sull'impegno economico diretto delle famiglie.

A questo impegno poi si aggiungono le ore di cura e di assistenza fornite dai caregiver familiari. Nel mio libro sui caregiver familiari ho stimato in 5,98 miliardi le ore annue di assistenza che vengono fornite dai familiari alle persone non autosufficienti (Pesaresi, 2021).

In definitiva, l'assistenza agli anziani non autosufficienti è in larga prevalenza in carico alle famiglie.

Anche per questo è urgente riorganizzare l'assistenza agli anziani non autosufficienti in modo che supporti adeguatamente le famiglie.+

7. Il sostegno ai caregiver familiare

La definizione del caregiver familiare

Caregiver letteralmente significa “donatore di cura” ed è con il termine caregiver familiare che si descrivono i familiari, i parenti, gli amici, i volontari di una persona anziana e/o non autosufficiente che la aiutano a svolgere le normali attività della vita quotidiana, spesso assistendola tutto il giorno e tutti i giorni, in virtù di forti legami affettivi e sentimentali e/o di spirito solidale-volontaristico.

In Italia, non esiste ancora una legge nazionale sui caregiver ma è stata già approvata la sola definizione del caregiver familiare con la Legge di Bilancio 2018.

La norma stabilisce che “si definisce caregiver familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della citata legge n. 104 del 1992, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18” (Art. 1, comma 255, L. 27/12/2017, n.205).

Gli elementi caratterizzanti di questa definizione sono:

- *Fornire assistenza a soggetti non autosufficienti.* Il caregiver familiare, pertanto, si prende cura di persone (anziane e non solo) non autosufficienti che hanno bisogno di assistenza. Vengono tuttavia considerati i soli familiari mentre la letteratura comprende anche amici, vicini di casa e volontari.
- *Fornire assistenza globale e continua di lunga durata.* Questo significa che il caregiver familiare si occupa di fornire aiuto per lo svolgimento delle cosiddette “attività della vita quotidiana”. Quanto alla “lunga durata”, la letteratura internazionale concorda sul definire cronica una condizione di malattia che perduri oltre i 90 giorni (Committee on Quality of Health Care in America, 2004).

A mancare è uno degli elementi caratterizzanti della definizione di Eurocarers (l'associazione europea di rappresentanza dei caregiver familiari), di tanta altra letteratura e della legge regionale dell'Emilia-Romagna: il caregiver familiare fornisce *assistenza in forma gratuita, non remunerata*.

Occorre però aggiungere che, da tempo, sono in vigore forme di indennizzo monetario dell'attività assistenziale prestata.

In Finlandia, ad esempio, è prevista la possibilità di una vera e propria assunzione del caregiver informale da parte delle autorità municipali (Lamura et al, 2015).

Quanti sono i caregiver in Italia?

In media, il 16,4% della popolazione con più di 15 anni - oltre 8,5 milioni di persone - si occupa di assistere chi ne ha bisogno. Di questi, il 14,0% di tutta la popolazione con più di 15 anni lo fa soprattutto nei confronti dei propri familiari. Sappiamo per certo che almeno questi si possono qualificare come caregiver familiari, in quanto gli altri potrebbero essere badanti, membri di associazioni di volontariato, vicini, ecc.

Si stima che i *caregiver familiari siano almeno 7.293.000*, soprattutto donne (57%) e con un'età compresa tra i 45 e i 64 anni (3.884.000 pari al 53% del totale).

Una percentuale non trascurabile è rappresentata anche dai caregiver familiari con più di 65 anni (1.362.000 pari al 18,6%) (Cfr. Tab. 3).

Sesso classi di età	Fornisce assistenza	Fornisce assistenza prevalentemente a familiari	Numero ore settimanali				
			Meno di 10 ore a settimana	Almeno 10 ore, ma meno di 20 ore a settimana	20 ore o più a settimana	Non indicato	
Maschi							
Totale	3.592	3.143		2.163	652	711	65
Femmine							
Totale	4.963	4.150		2.406	1.041	1.435	81
Maschi e Femmine							
15-24	427	391		302	67	45	14
25-34	662	532		404	117	127	14
35-44	1.316	1.124		792	288	222	14
45-54	2.404	2.120		1.316	514	561	13
55-64	2.048	1.764		1.030	441	545	32
65-74	1.102	890		529	175	360	37
75 e più	597	472		197	91	287	22
65 e più	1.699	1.362		726	266	647	59
Totale	8.555	7.293		4.569	1.693	2.146	147

(a) Note: Persone con problemi dovuti all'invecchiamento, patologie croniche o infermità. Popolazione italiana 2015 con più di 15 anni: 52.383.692. Fonte: Istat, 2017.

Tab. 3 - Persone di 15 anni e più che forniscono cure o assistenza almeno una volta a settimana (a), per tipo di destinatario, numero di ore settimanali, sesso e classe di età. Anno 2015 (per 100 persone con le stesse caratteristiche e dati in migliaia)

Ipotizzando che nelle tre tipologie del numero di ore settimanali prestate (meno di 10 ore settimanali, fra 10 e 20 ore e oltre le 20 ore settimanali) i caregiver prestino mediamente 5, 15 e 30 settimanali² avremmo un dato complessivo di circa 5,98 miliardi di ore annue di assistenza prestate dai caregiver familiari.

I caregiver invecchiano.

Da una ricerca effettuata sui caregiver lombardi, è stato rilevato che l'età media dei caregiver è di 60 anni, due anni in più di quanto era stato rilevato solo cinque anni prima (Pasquinelli, 2019).

Avanzando nell'età diventano a loro volta più fragili ed hanno anche meno tempo a disposizione dato che, in genere, devono far fronte agli impegni derivanti sia dai loro genitori che dai loro nipoti.

Una condizione non certo favorevole.

L'indagine dell'Ires Piemonte (2015) su 500 caregiver piemontesi di anziani non autosufficienti ha rilevato che, in una tipica giornata feriale, le due attività maggiormente svolte dai caregiver di entrambi i generi sono:

² Per la colonna dei "non indicati" si è utilizzata la media delle ore di tutti gli altri (16 settimanali).

la presenza in casa per la sorveglianza e la compagnia all'assistito.

A seguire il disbrigo di commissioni e pratiche, l'accompagnamento dell'assistito all'esterno ed il prolungamento delle attività casalinghe.

Le altre attività sono: l'igiene, la vestizione, la somministrazione dell'alimentazione ed il supporto alla deambulazione.

Nell'indagine realizzata in Piemonte il 61,6% degli intervistati ha dichiarato di non aver ricevuto alcun aiuto pubblico negli ultimi tre mesi per il proprio familiare non autosufficiente.

Periodo di tempo durante il quale il servizio che maggiormente è stato utilizzato è l'assistenza domiciliare infermieristica (13,2%). Seguono il ricovero presso strutture residenziali (7,8%), l'assegno di cura (6,5%), l'assistenza domiciliare integrata e quella generica (4,8% e 2,8%), per finire con l'inserimento in centri diurni e altri servizi domiciliari che sono in pratica quasi non utilizzati (rispettivamente 1,8% e 0,6%). Infine, il 6,6% degli intervistati ha risposto che usufruisce di altri servizi pubblici, in particolare, la maggior parte dichiara di ricevere aiuti attraverso i servizi sociali o un contributo economico per pagare una badante.

In questa indagine, le principali criticità segnalate dai caregiver sono: lo spostamento per visite mediche e prestazioni sanitarie nel 54,2% dei casi; i costi economici nel 49,8% dei casi e la conciliazione delle esigenze familiari con quelle dell'assistito nel 36,2% dei casi (Bazoli et al., 2015).

Cosa chiedono i caregiver familiari

Dall'indagine Ires (2015) è emerso che, per circa la metà dei lavoratori/trici (48,7%), una maggior flessibilità degli orari di lavoro garantirebbe maggior conciliazione tra lavoro e assistenza informale.

Molti richiedono il servizio per il disbrigo di pratiche, la possibilità di mettersi in aspettativa o di avere permessi lavorativi. In sintesi, quello che cercano maggiormente i lavoratori caregiver sembrerebbe, non tanto un cambiamento a livello di contratto lavorativo (come lo sono il contratto part-time e il telelavoro), ma la possibilità di avere maggiore flessibilità di orari o permessi qualora risulti necessaria l'attività di cura.

In Italia non ci sono forti organizzazioni nazionali di rappresentanza specifica dei caregiver familiari, ce ne sono tuttavia di qualificate che si occupano di questo tema.

La più conosciuta è probabilmente "Carer – Caregiver familiari Emilia Romagna ed è l'unica, a nostra conoscenza, ad avere una piattaforma rivendicativa (Cfr. Tab. 4).

Area di intervento	Descrizione
1. Riconoscimento sociale del lavoro di cura	La cura familiare è una funzione insostituibile per le persone assistite, ma anche per lo Stato e la società in termini più complessivi. Il sistema di welfare del nostro Paese non è sostenibile senza l'apporto dei caregiver familiari.
2. Definizione del caregiver familiare	il caregiver familiare è definibile come la persona che si prende cura - sulla base di ragioni affettive - di una persona cara consenziente, in condizioni di non autosufficienza, non in grado di prendersi cura di sé, o comunque con necessità di ausilio di lunga durata, a causa di una disabilità congenita od acquisita o di una malattia cronica/degenerativa.
3. Funzione del caregiver familiare	E' essenziale che il caregiver familiare si prenda cura della persona cara in particolare per gli aspetti legati al: mantenimento di relazioni, rispetto e dignità della persona, presidio di fattori che determinano la qualità di vita, supporto a funzioni di vita quotidiana, garanzia di continuità e qualità assistenziale, raccordo con gli operatori professionali di cura e cure. Non competono al caregiver compiti sanitari.

4. Azioni di supporto e sostegno	<p>Una valutazione dei servizi da fornire ai caregiver familiari dovrebbe concentrarsi sui punti seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) qualità dell'informazione, permettendo una scelta informata quando si assumono compiti di cura; 2) azione di sostegno per prevenire e trattare problemi fisici, mentali ed emozionali, incluso accesso a momenti di sollievo e a cura formale; 3) formazione al ruolo, negli aspetti pratici e nelle implicazioni emotive. <p>Il caregiver necessita di avere, a partire dalla diagnosi di malattia, servizi a bassa soglia: supporti informativi, orientamento sulle opportunità nell'accesso a servizi assistenziali e alla conciliazione, sostegno alla comprensione del ruolo, sostegno psicologico e momenti di condivisione e confronto tra pari (gruppi di auto mutuo aiuto). L'intensità dell'impegno di cura ed il suo prolungamento nel tempo richiedono servizi di assistenza domiciliare in ottica di integrazione al ruolo del caregiver familiare e una attenta programmazione di servizi di sollievo (in primis domiciliare oltre che residenziale) e la messa in campo di servizi di sostituzione in situazioni di emergenza per il caregiver.</p>
5. Conciliazione e riconoscimento competenze	<p>Il caregiver familiare ha diritto di poter conciliare l'impegno di cura verso una persona cara con il lavoro, lo studio, la possibilità di godere di una vita di relazione e professionale, di tutelare la propria salute.</p> <p>Per il conseguimento di questo diritto, oltre ad azioni di sostegno assistenziale sopra richiamati, è importante che nei contesti di studio e di lavoro si favoriscano forme e strumenti di flessibilità organizzativa e tecnologica in ottica conciliativa (lavoro agile, part time...) e, nelle azioni di welfare aziendale, si privilegino gli interventi di defiscalizzazione e decontribuzione a favore dei lavoratori impegnati nella cura.</p> <p>Il riconoscimento delle competenze acquisite dal caregiver nel lavoro di cura deve poter assumere valore nel contesto scolastico (crediti formativi), nello sviluppo professionale (sviluppo di competenze trasversali), nell'inclusione lavorativa (competenze operative in ambito socio-assistenziale) e politiche attive per il lavoro devono poter favorire l'eventuale reinserimento lavorativo post cura.</p>
6. Tutele previdenziali	<p>Quando l'impegno di cura non è conciliabile con la condizione lavorativa determinando uno stato di inoccupazione, è essenziale che il Paese si doti di modalità di riconoscimento del tempo di cura oggettivamente prestato riconoscendolo in termini di contributi figurativi.</p>
7. Sviluppo di servizi e di azioni di comunità	<p>Per sostenere e preservare le cure familiari è necessario un forte investimento in infrastrutture e servizi professionali in primis per la cura domiciliare. Per tali ragioni, a fianco di maggiori stanziamenti di bilancio sul fondo per il caregiver, deve essere potenziato anche il Fondo per la non autosufficienza.</p>

Tab 4 – Le proposte dell'Associazione Carer per i caregiver familiari
Fonte: Carer (2020).

Oggi, si sente fortissima la necessità di una legge nazionale di sostegno del lavoro volontario svolto dai caregiver familiari nei confronti di un proprio familiare non autosufficiente.

Nel precedente Governo si è arrivati vicino alla approvazione di una legge di settore mentre nell'attuale Governo Meloni la volontà di affrontare il tema è per ora limitato alla costituzione formale di un gruppo di lavoro ministeriale. In attesa della legge nazionale, la Regione Emilia-Romagna ha voluto comunque misurarsi con questo tema ed ha approvato nel 2014 la prima legge regionale sul riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare anche se l'ampio spettro delle materie di interesse per i caregiver familiari ricadono su competenze legislative sia nazionali che regionali.

Obiettivo della legge regionale dell'Emilia-Romagna (L.R. 2/2014) è quello di riconoscere e valorizzare la figura del caregiver familiare in quanto componente informale della rete di assistenza alla persona e del sistema integrato dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.

Negli anni successivi diverse altre regioni hanno approvato la loro legge regionale sui caregiver familiari riprendendo ampiamente quella dell'Emilia-Romagna.

8. La spesa pubblica per long-term care in italia

La Long-Term Care (LTC) comprende ogni forma di assistenza fornita a persone non autosufficienti lungo un periodo di tempo esteso senza data di termine predefinita.

La LTC indica la gamma di servizi sociali, sociosanitari e sanitari - che assistono le persone con limitazioni funzionali o cognitive (malattia, invecchiamento, disabilità psichica e fisica) nella loro capacità di prendersi cura di sé stessi e di interagire con gli altri (OECD, 2021).

Il concetto di "cure di lungo termine implica un supporto duraturo a favore di individui in una condizione di perdita e/o riduzione dell'autonomia a causa di invecchiamento, malattie pregresse o croniche, disabilità fisica o psicofisica.

Che cosa comprende la LTC?

Il Ministero dell'economia e delle finanze (MEF) provvede annualmente a definire le "*Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*" (MEF, 2023b).

In questo documento viene calcolata, fra l'altro, la spesa pubblica annua (in rapporto al PIL) per l'assistenza di lungo termine, la proiezione fino al 2070 di tale spesa e vengono anche identificate le componenti della LTC.

In particolare, la spesa pubblica per LTC include le seguenti tre componenti:

1. La spesa sanitaria per LTC;
2. Le indennità di accompagnamento;
3. Gli interventi socio-assistenziali, erogati a livello locale, rivolti ai disabili e agli anziani non autosufficienti (che il MEF classifica come "*Altre prestazioni LTC*").

La componente sanitaria della spesa per LTC

La componente sanitaria della spesa per LTC comprende l'insieme delle prestazioni sanitarie erogate a persone non autosufficienti che, per senescenza, malattia cronica o limitazione mentale, necessitano di assistenza continuativa. In Italia, tale componente include l'assistenza territoriale rivolta agli anziani e ai disabili (articolata in assistenza ambulatoriale e domiciliare, assistenza semi-residenziale e assistenza residenziale),

l'assistenza psichiatrica, l'assistenza rivolta agli alcolisti e ai tossicodipendenti, l'assistenza ospedaliera erogata in regime di lungodegenza, una quota dell'assistenza integrativa, dell'assistenza protesica e dell'assistenza farmaceutica erogata in forma diretta o per conto.

La componente sanitaria della spesa pubblica per LTC dell'anno 2022, pari a circa lo 0,7% del PIL (Cfr. Tab.1), corrisponde al 10,2% della spesa sanitaria complessiva.

L'assistenza rivolta agli anziani rappresenta circa due terzi della spesa sanitaria complessiva per LTC. Tale percentuale, nel 2022, è suddivisa fra la componente erogata in forma residenziale, che copre il 53% circa della spesa, e quella non-residenziale che copre la parte restante.

Per il futuro, il MEF non tiene conto dell'approvazione della L. 33/2023 e, ad invarianza di legge rispetto al 2022, ipotizza addirittura un'incidenza della spesa complessiva sul PIL in diminuzione che raggiungerà la quota dello 0,62% nel 2026, mentre tornerà poi ai valori pre-crisi nel 2030.

A partire dal 2027, la previsione presenta un andamento regolare di crescita fino al 2064 e inizia a flettere leggermente negli anni successivi. Nel 2070 il rapporto spesa/PIL raggiungerà l'1% registrando un incremento di circa 0,3 punti percentuali rispetto al 2022 (MEF, 2023b).

Le previsioni del rapporto fra la spesa sanitaria per LTC e il PIL tengono conto di tre fattori: l'effetto delle scelte di politica economica, l'evoluzione dei tassi di occupazione e le dinamiche demografiche.

La spesa per le indennità di accompagnamento

La seconda componente è costituita dalle indennità di accompagnamento erogate a invalidi e ciechi civili e dalle indennità di comunicazione riconosciute ai sordomuti.

Si tratta, nel complesso, di prestazioni monetarie erogate in presenza di limitazioni psicofisiche che determinano condizioni di non autosufficienza. Questa caratteristica la rende parte integrante della spesa pubblica per LTC.

Il riconoscimento del diritto prescinde da qualsiasi requisito reddituale del beneficiario.

Il numero di prestazioni in pagamento alla fine del 2022 è di circa 1.980.000 unità, per una spesa che ammonta allo 0,7% del PIL. Il 92% delle prestazioni è erogato a favore degli invalidi civili (totali e parziali), corrispondente al 94% della spesa totale.

Le indennità di accompagnamento erogate agli invalidi civili, che coprono la quasi totalità della spesa complessiva, sono fortemente correlate con l'età.

Infatti, l'incidenza dei beneficiari sulla popolazione residente di pari età e sesso, nelle fasce di età fino ai 65 anni, rimane sostanzialmente stabile, per poi salire rapidamente nelle fasce di età successive.

Oltre i 90 anni, l'incidenza risulta in media pari al 27% per i maschi e al 44%, per le femmine. Incrementi altrettanto significativi, sebbene rapportati a una dimensione molto più contenuta, si registrano per le indennità di accompagnamento dei ciechi.

Diverso è, invece, il caso delle indennità dei sordomuti, per le quali il legame con l'età è sostanzialmente assente. Vale, tuttavia, rilevare che l'incidenza sulla popolazione delle indennità per i sordomuti è estremamente bassa attestandosi, mediamente, su una percentuale inferiore allo 0,1%, per entrambi i sessi.

Per il futuro, il MEF prevede (sempre ad invarianza legislativa) una crescita continua della spesa a partire dal 2029 con un'evidente accelerazione nel periodo 2044-2053.

Negli anni successivi, la crescita del rapporto tra spesa e PIL rallenta attestandosi su un valore pari quasi l'1% del PIL nel 2070.

La costante crescita del rapporto spesa/PIL prevista nel medio-lungo periodo è essenzialmente imputabile al

fattore demografico. Infatti, il rapporto tra numero di indennità ed occupati passa, nel periodo 2029-2070, dal 9,2% al 13,5% (MEF, 2023b).

La spesa per “Altre prestazioni LTC” (gli interventi socio-assistenziali erogati a livello locale)

L’aggregato che il MEF chiama “Altre prestazioni LTC raccoglie un insieme di prestazioni eterogenee, prevalentemente in natura, erogate a livello locale per finalità socio-assistenziali rivolte ai disabili e agli anziani non autosufficienti.

Essa comprende prestazioni, prevalentemente in natura, erogate in via principale, se non esclusiva, dai comuni singoli o associati a favore degli anziani non autosufficienti, dei disabili, dei malati psichici e delle persone dipendenti da alcool e droghe. Le prestazioni in natura possono essere di tipo residenziale o non-residenziale. Le prime vengono riconosciute in istituti come, ad esempio, le residenze socio-sanitarie per anziani o le comunità socio-riabilitative.

Le seconde sono riconosciute in strutture semi-residenziali, quali i centri diurni e i centri di aggregazione, o direttamente presso l’abitazione dell’assistito (assistenza domiciliare).

Oltre alle prestazioni in natura, vi sono anche, seppure in misura minoritaria, prestazioni monetarie per lo più assimilabili alle indennità di accompagnamento. Per il 2022, la spesa pubblica relativa agli interventi socio-assistenziali erogati a livello locale, che il MEF chiama “*altre prestazioni LTC*”, è stimata nello 0,28% del PIL di cui il 57,2% è riferibile a prestazioni di natura non-residenziale e residenziale e il rimanente 42,8% a trasferimenti in denaro. Per il futuro è previsto un costante aumento della spesa che porterà l’incidenza della spesa sul PIL quasi a raddoppiare, rispetto al livello iniziale, attestandosi a un valore pari a 0,54% del PIL nel 2070.

La crescita è prevalentemente legata alla dinamica del fattore demografico.

La spesa totale per LTC

La spesa pubblica complessiva per LTC ottenuta sommando le tre componenti ammonta, nel 2022, all’1,7% del PIL, di cui la parte erogata a soggetti con più di 65 anni rappresenta l’1,28% (il 74% del totale) (Cfr. Tab.5). Tenendo conto che nel 2022 ogni punto di PIL valeva circa 19,1 miliardi di euro (MEF, 2023a), questo vuol dire che la spesa complessiva pubblica per le cure di lungo termine è stata di 32,4 miliardi di euro di cui 24,4 per gli anziani non autosufficienti.

La gran parte della spesa è assorbita dalla componente sanitaria e dalle indennità di accompagnamento che coprono complessivamente l’83,5% della spesa complessiva per LTC (rispettivamente, il 40,5% e il 43%). Il restante 16,5% è rappresentato dalle altre prestazioni assistenziali locali (Cfr. Tab.5) (MEF, 2023b).

Spesa pubblica LTC per componenti	TOTALE			65+ ANNI		
	Spesa in mld	Spesa/PIL	% sul totale	Spesa in mld	Spesa/PIL	% sul totale
Componente sanitaria per LTC	13,4	0,70%	40,5%	9,0	0,47%	36,9%
Indennità di accompagnamento	14,2	0,74%	43,0%	10,7	0,56%	43,7%
Altre prestazioni LTC	5,4	0,28%	15,5%	4,7	0,25%	19,4%
TOTALE	33,0	1,73%	100,0%	24,4	1,28%	100,0%

Tab. 5 - Spesa pubblica per LTC per componenti – anno 2022

Fonte: Mef, 2023b + ns. elaborazione per stime di spesa in euro.

La spesa pubblica per LTC in rapporto al PIL, per il futuro, è destinata a crescere costantemente. Il MEF stima che passerà dall'1,7% del 2022 al 2,5% del 2070.

Tale aumento si distribuirà in modo pressoché uniforme nel periodo di previsione, stabilizzandosi a partire dal 2060.

La spesa pubblica per LTC per macrofunzione

La spesa per LTC può essere opportunamente articolata anche per macrofunzioni (Cfr. Tab.6). In particolare, questa si può distinguere tra assistenza domiciliare, assistenza residenziale e semi-residenziale e le prestazioni monetarie.

Nella macrofunzione dell'Assistenza residenziale sono state incluse anche le prestazioni erogate in semi-residenzialità.

La distribuzione per macrofunzione evidenzia che le prestazioni monetarie rappresentano il 50% della spesa complessiva per LTC che diventa il 51% nell'assistenza agli anziani non autosufficienti (per una spesa a favore di questi ultimi di circa 12,4 miliardi di €).

Sempre per gli anziani non autosufficienti, il resto della spesa pubblica viene assorbita per il 29,7% dall'assistenza residenziale e semiresidenziale (7,2 mld di euro) e dall'assistenza domiciliare per il 19,3% del totale della spesa (4,8 miliardi di euro).

Spesa pubblica LTC per macro- funzioni	TOTALE			65+ ANNI		
	Spesa in mld	Spesa/PIL	% sul totale	Spesa in mld	Spesa/PIL	% sul totale
Assistenza domiciliare	5,3	0,28%	16,2%	4,8	0,25%	19,3%
Assistenza residenziale e semiresid.	11,1	0,58%	33,8%	7,2	0,38%	29,7%
Prestazioni monetarie	16,6	0,87%	50,0%	12,4	0,65%	51,0%
TOTALE	33,0	1,73%	100,0%	24,4	1,28%	100,0%

Tab. 6 - Spesa pubblica per LTC per macrofunzione – anno 2022

Fonte: Mef, 2023b + ns. elaborazione per stime di spesa in euro

La spesa per LTC rispetto a dieci anni fa

Negli ultimi dieci anni, la spesa pubblica per LTC in rapporto al PIL è diminuita passando dal'1,84% del 2012 al 1,73% del 2022 (Cfr. Tab. 7). Per quel che riguarda invece la spesa relativa al solo segmento degli anziani non autosufficienti questa è rimasta sostanzialmente stabile pur modificandosi al suo interno.

Negli ultimi 10 anni è cambiato il peso delle diverse componenti con una riduzione del contributo della sanità e delle indennità di accompagnamento che è stata tutta compensata da un aumento del contributo dei Comuni (anche finanziati dalle Regioni e dallo Stato). La stessa stabilità si è registrata nella distribuzione della spesa per anziani tra le tre macrofunzioni.

Componente	Spesa/PIL Anno 2012	Spesa/PIL Anno 2022	Spesa/PIL 55+ anno 2012	Spesa/PIL 55+ anno 2022
Componente sanitaria per LTC	0,86%	0,70%	0,50%	0,47%
Indennità di accompagnamento	0,81%	0,74%	0,63%	0,56%
Altre prestazioni LTC	0,17%	0,28%	0,13%	0,25%
TOTALE	1,84%	1,73%	1,27%	1,28%

Tab. 7: Spesa pubblica per LTC per componenti in rapporto al PIL – anni 2012 e 2022

Fonte: ns. elaborazione su dati Mef, 2023b e MEF 2013.

Ma in realtà la riduzione dell'impegno pubblico non c'è stato solo nei settori della disabilità, della salute mentale e della dipendenza da sostanze perché occorre anche tener conto delle modificazioni demografiche che sono avvenute negli ultimi 10 anni. Gli anziani sono passati dai 12.639.829 del 2012 ai 14.177.000 del 2022 con un conseguente aumento del numero degli anziani non autosufficienti di almeno il 12%.

Se la percentuale del PIL dedicata agli anziani non autosufficienti rimane la stessa e questi ultimi aumentano quantitativamente del 12% il risultato banale, ma ovvio, è che le risorse ad essi dedicate si riducono pro-capite della stessa percentuale.

Per cui si può serenamente affermare che negli ultimi dieci anni le risorse per LTC dedicate agli anziani non autosufficienti si sono ridotte in modo significativo.

Il confronto con l'Europa

Il confronto con l'Europa presenta qualche difficoltà tecnica perché i dati non sono aggiornatissimi e perché, seppur in miglioramento costante, continuano a permanere differenti sistemi nazionali di valutazione delle spese afferenti al sistema LTC (in sostanza vengono comprese prestazioni non sempre omogenee).

Valga per tutti il dato della Germania, che vanta il sistema di assistenza alla non autosufficienza fra i più importanti al mondo, a cui viene attribuito un livello di spesa rispetto al PIL (1,6%) inferiore a quello italiano (1,7%), anche se questo può essere spiegato dal valore del PIL tedesco che è superiore del 30% di quello italiano (in sostanza l'1,6% tedesco varrebbe come un 2,2% italiano). Comunque i dati afferenti al 2019 collocavano l'Italia perfettamente in linea con la spesa media pubblica dell'Unione Europea (1,7% del PIL). C'è però anche da registrare la straordinaria diversità di spesa pubblica che si registrava nei Paesi dell'Unione - dallo 0,2% della Grecia al 3,7% dell'Olanda - che influenzava in modo significativo il calcolo della media europea (Cfr. Tab. 8).

Nazione	2019	Previsione 2070	Nazione	2019	Previsione 2070
Grecia	0,2	0,2	Slovenia	1,0	2,1
Bulgaria	0,3	0,4	Malta	1,1	2,5
Cyprus	0,3	0,6	Irlanda	1,3	2,6
Croazia	0,4	0,6	Repubblica Ceca	1,5	2,9
Estonia	0,4	0,7	Germania	1,6	2,3

Romania	0,4	0,7	Italia	1,7	2,7
Portogallo	0,4	0,8	EU27	1,7	2,9
Lettonia	0,5	0,6	Austria	1,8	3,6
Ungheria	0,6	1,2	Francia	1,9	2,8
Spagna	0,7	1,5	Finlandia	2,0	4,2
Polonia	0,8	2,3	Belgio	2,2	4,3
Repubblica Slovacca	0,8	2,5	Svezia	3,3	5,7
Lituania	1,0	1,7	Danimarca	3,5	7,5
Lussemburgo	1,0	1,7	Olanda	3,7	6,4

Tab. 8 – Spesa pubblica per LTC in rapporto al PIL nell’Unione Europea nel 2019 e previsioni al 2070
Source: EC (2021).

Sintesi

La spesa per la *long-term care* in Italia assorbe l'1,73% delle risorse del Prodotto interno lordo (PIL). Rispetto a 10 anni fa la quota di PIL dedicata alle cure di lungo termine è addirittura diminuita dato che nel 2012 era dell'1,84%.

La riduzione ha coinvolto soprattutto la spesa per l’assistenza ai disabili, ai malati mentali e ai tossicodipendenti con particolare riferimento all’assistenza sanitaria ambulatoriale e domiciliare.

L'assistenza di lungo termine agli anziani, negli ultimi 10 anni, è rimasta stabile assorbendo sempre la stessa quota di risorse che nel 2022 era pari all'1,28% del PIL.

Si tratta di circa 24,4 miliardi di euro, in maggioranza utilizzate per prestazioni monetarie di vario genere (12,4 miliardi).

La quota più modesta dei diversi setting utilizzati è invece dedicata all'assistenza domiciliare sanitaria e sociale che impiega 4,8 miliardi pari al 19,3% di tutta la spesa per la LTC. I dati confermano, ma non ce n'era bisogno, che il sistema assistenziale italiano per la non autosufficienza si basa soprattutto sulle prestazioni economiche piuttosto che sui servizi da erogare alle famiglie. Una situazione che andrebbe ribaltata.

Ma a guardare in modo più approfondito i dati si scopre che anche la spesa reale per le cure di lungo termine per gli anziani non autosufficienti sono diminuite; occorre infatti tener conto che negli ultimi 10 anni gli anziani sono aumentati del 12%, e con essi anche quelli non autosufficienti, mentre la quota del PIL ad essi dedicata è rimasta stabile per cui il risultato oggettivo è una riduzione media delle risorse pro-capite per gli anziani non autosufficienti della medesima percentuale circa.

Si può pertanto legittimamente affermare che negli ultimi 10 anni le risorse dedicate alle cure di lungo termine per le persone non autosufficienti rispetto al PIL si sono ridotte, con particolare riferimento proprio agli anziani non autosufficienti dove la riduzione, in virtù del loro costante aumento numerico, ha toccato la percentuale del 12% circa. Si tratta di un aspetto critico che va assolutamente sottolineato perché al crescere naturale dell'invecchiamento della popolazione italiana e conseguentemente anche della popolazione non autosufficiente lo Stato non può mantenersi indifferente e conservare le medesime risorse perché questo comporta un ridimensionamento del sistema di protezione delle persone più fragili.

Per il futuro la spesa continuerà a crescere costantemente.

Su questo sono tutti d'accordo e i dati dell’Unione Europea lo confermano abbondantemente. In Italia, ad invarianza legislativa, questa dovrebbe raggiungere il 2,5%³ del PIL nel 2060 per poi stabilizzarsi a causa

³ L'unione Europea stima al 2,7% la spesa italiana per LTC rispetto al PIL nel 2070 (più alta della stima italiana) ma occorre dire

dell'andamento della popolazione anziana.

L'assistenza di lungo periodo ed in particolare di quella prestata agli anziani non autosufficienti è la grande sfida del welfare dell'oggi ma lo sarà ancora di più in futuro con l'aumento costante del numero dei non autosufficienti. Dobbiamo essere in grado di affrontare questa sfida, preparandoci sin da ora, per garantire una vita dignitosa a tutte le persone fragili e non autosufficienti.

9. La riforma che non c'è

L'obiettivo del PNRR

Uno degli obiettivi del PNRR (Missione 5) è costituito dalla approvazione della Riforma legislativa degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti.

La riforma prevista dal PNRR è volta ad introdurre un sistema organico di interventi in favore degli anziani non autosufficienti che preveda anche l'individuazione di livelli essenziali delle prestazioni per gli anziani non autosufficienti.

La legge doveva essere approvata entro il 31 marzo 2024 anche perché questo è uno dei tanti target sulla base dei quali l'Unione Europea dispone o meno l'erogazione delle quote di finanziamento del PNRR.

Ebbene, il Governo ha colto questo obiettivo perché dopo aver approvato la Legge delega n. 33/2023, ha approvato nei tempi previsti il Decreto attuativo n. 29 del 15 marzo 2024 contenente le *Disposizioni in materia di politiche in favore degli anziani*".

Tutto bene, dunque? No, perché durante il percorso legislativo, dopo una buona Legge-delega, il Decreto legislativo 29/2024 attuativo ha perduto quasi tutti i contenuti significativi che avrebbero potuto cambiare l'assistenza per gli anziani non autosufficienti.

I contenuti del Decreto legislativo attuativo n. 29/2024

La Legge delega (che come noto è una norma fatta di principi e che per la sua realizzazione sono necessari i decreti attuativi) aveva posto i seguenti obiettivi per la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti:

1. La costruzione di un sistema integrato fra la sanità e il sociale;
2. Nuovi modelli di intervento nell'assistenza domiciliare e residenziale compresa la riforma dell'indennità di accompagnamento;
3. L'ampliamento dell'offerta di risposte.

Il Decreto Attuativo n. 29/2024 innanzitutto decide di venir meno alla sua natura ed in realtà non attua ma rinvia ad una serie numerosissima di decreti successivi.

Per le politiche per la non autosufficienza vengono previsti ulteriori 8 decreti e linee guida (da approvare con decreto) in settori strategici già previsti nella legge delega (Cfr. Tab. 9).

Articolo del D. Lgs.	Atto da approvare	Da approvare entro il
34 comma 3	Decreto per la nomina della commissione tecnico-scientifica per l'individuazione degli indicatori atti alla definizione dei criteri di classificazione dello stato di bisogno assistenziale gravissimo (per la partecipazione alla sperimentazione della prestazione universale).	18 maggio 2024
34 comma 4	Decreto per la definizione delle modalità attuative ed operative della prestazione universale, dei relativi controlli e della eventuale revoca, nonché le connesse attività preparatorie e organizzative, anche a carattere informativo, da espletarsi entro il 31/12/2024.	17 giugno 2024
38 comma 1	Linee guida per la definizione di modalità omogenee per l'attuazione di percorsi formativi per il raggiungimento di standard formativi uniformi su tutto il territorio nazionale finalizzata a migliorare, anche attraverso le graduazioni in base ai bisogni, e rendere omogenea l'offerta formativa per le professioni di cura, nonché all'acquisizione della qualificazione professionale di assistente familiare.	17 giugno 2024
Art. 23 comma 1	Decreto per la definizione del sistema di monitoraggio e i relativi criteri, gli indicatori specifici relativi allo stato di attuazione dell'erogazione dei LEPS e degli obiettivi di servizio, nonché interventi sostitutivi in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di servizio o LEP.	17 luglio 2024
Art. 24 comma 5	Linee guida finalizzate al miglioramento delle capacità gestionali degli ATS e all'attuazione graduale e progressiva dei LEPS.	17 luglio 2024
31 comma 7	Decreto per l'individuazione e l'aggiornamento di criteri condivisi e omogenei a livello nazionale per l'individuazione dei requisiti minimi di sicurezza e dei requisiti ulteriori di qualità per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture e delle organizzazioni pubbliche e private che erogano prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari a carattere sanitario e sociosanitario.	17 luglio 2024
27 comma 7	Decreto per definire i criteri per la individuazione delle priorità di accesso ai PUA, la composizione e le modalità di funzionamento delle UVM, lo strumento della valutazione multidimensionale unificata a livello nazionale informatizzato e scientificamente validato per l'accertamento della non autosufficienza e per la definizione del PAI nonché le eventuali modalità di armonizzazione con la disciplina sulla valutazione delle persone con disabilità (decreto attuativo L.227/2021). Con lo stesso decreto sono approvate le Linee di indirizzo nazionali per l'integrazione operativa degli interventi sociali e sanitari previsti nei servizi di cura e assistenza domiciliari.	19 marzo 2025
28 comma 5	Decreto per definire le modalità di condivisione delle banche dati alimentate da elementi o risultanze che, a qualunque titolo, entrano nel procedimento di accertamento e valutazione di base, nonché la raccolta dei dati, delle comunicazioni e delle informazioni relative alla conclusione del procedimento stesso.	Data non indicata

Tab. 9 – Atti previsti dal D. Lgs. 29/2024 per le politiche per gli anziani non autosufficienti

Fonte: ns. elaborazione dal D. Lgs. 29/2024

La stessa sorte viene prevista anche per la prima parte del D. Lgs. 29/2024 che è relativa alle politiche per l'invecchiamento attivo dove gli ulteriori decreti e linee guida attuativi sono addirittura undici.

Nel complesso ci troviamo di fronte ad un decreto attuativo che rinvia ad ulteriori 19 decreti attuativi da approvare, in gran parte, entro un anno.

La valutazione multidimensionale

Nel Decreto Legislativo 29 c'è invece da apprezzare la scelta di arrivare ad una valutazione multidimensionale unificata.

L'intento è quello di semplificare ed unificare i percorsi che oggi prevedono 5-6 diversi sistemi di valutazione degli anziani non autosufficienti.

Con la riforma le valutazioni si riducono a due soltanto: una di responsabilità statale per tutti i benefici nazionali e una di competenza delle regioni per usufruire dei servizi locali. N

ulla di immediatamente attuabile, ma la scelta viene fatta. Le decisioni sostanziali sono rinviata ad un decreto che dovrà decidere tutto sulla valutazione multidimensionale (composizione della Unità valutativa, modalità di funzionamento, strumento nazionale di valutazione, ecc.).

Ci sono anche altre criticità (priorità di accesso agli ultra80enni, rapporto fra valutazione per l'accesso alle prestazioni nazionali e la valutazione per l'accesso ai servizi locali) ma la scelta unificatrice è fatta.

Che cosa (non) si prevede per l'assistenza domiciliare

Nell'assistenza domiciliare gli obiettivi della Legge Delega erano due: integrazione sociosanitaria e l'introduzione di un modello di servizi domiciliari specifico per la non autosufficienza, il che comporta essenzialmente un'assistenza domiciliare con una durata ed una intensità (numero di ore settimanali) non limitata e legate ai bisogni degli anziani. Nel decreto attuativo c'è attenzione alla integrazione sociosanitaria ma non ci sono contenuti nuovi.

C'è un rinvio a delle nuove linee guida specifiche sulla integrazione fra ADI e SAD. Per il resto, di durata ed intensità adeguate non se ne parla anche se era un principio contenuto nella legge delega (art. 4, c. 2, lett. n). In questo ultimo caso, non siamo in presenza di un rinvio ma della negazione di una delle innovazioni contenute nella Legge 33/2023 consistente in un nuovo modello di assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti che oggi non c'è.

Assistenza residenziale e semiresidenziale

Anche gli obiettivi della Legge delega per l'assistenza residenziale e semiresidenziale erano due: la revisione degli standard di personale per adeguarli (aumentarli) alle necessità degli anziani e la revisione dei requisiti strutturali per realizzare ambienti di vita amichevoli, familiari, sicuri (più riservatezza negli spazi privati e più spazi per la vita di relazione).

Anche in questo caso non c'è stata l'attuazione della Legge delega; tutto rinviato ad un successivo decreto.

La riforma dell'indennità di accompagnamento

La legge 33/2023 prevede una prestazione universale (che sostituirà l'indennità di accompagnamento) graduata secondo i bisogni del cittadino da fruire come trasferimento monetario o come servizi alla persona secondo la libera scelta dell'utente.

Il D. Lgs. 29/2024 invece prevede una sperimentazione che coinvolge una quota minimale di persone (meno di 30.000 su 1,5 milioni di fruitori di indennità di accompagnamento) che potrà usufruire di una prestazione aggiuntiva di 850 euro mensili per l'acquisto di servizi assistenziali.

E, cosa forse ancor più grave, non ci sono determinazioni su che cosa succederà dopo la conclusione della sperimentazione.

Non c'è la riforma, non c'è l'universalismo nell'accesso, non c'è l'equità nell'importo (graduazione degli

importi), non c'è libertà di scelta tra denaro e servizi e non c'è la promozione dell'appropriatezza (importo maggiorato per i servizi). Le uniche risorse stanziare per l'attuazione intera della legge sono destinate a questa sperimentazione.

Nulla di strutturale e nulla per il 2024. Per il 2025 e 2026 si prelevano 250 milioni per anno dal fondo per le non autosufficienze, dal fondo lotta alla povertà e dal PNRR.

Le badanti

Per le badanti, la Legge delega prevede una ricognizione delle agevolazioni contributive e fiscali finalizzata al loro riordino e cioè ad un intervento fiscale (deduzioni, detrazioni) per sollevare un po' le famiglie dall'onere del pagamento dell'assistenza personale.

Il Decreto Legislativo 29, invece, prevede solo la parte “comoda”: la ricognizione. Del riordino e quindi degli sgravi fiscali non se ne parla.

Ed anche l'altro aspetto quello relativo agli standard formativi delle badanti (dalla quale si svilupperanno poi i corsi ed i registri regionali) viene rinviato a delle successive linee guida. Insomma, anche qui non c'è l'attuazione. Passi troppo timidi, lontani dalle necessità di regolazione del lavoro domestico.

La necessità di un sistema integrato

Il sistema dei servizi e degli interventi a favore degli anziani non autosufficienti prevede l'intervento di diversi soggetti e, pertanto, ha bisogno di una forte integrazione fra lo Stato, le Regioni e gli Enti locali e poi anche una integrazione orizzontale fra il sociale, la sanità e l'INPS per essere efficace.

Oggi le politiche sanitarie, quelle sociali e i trasferimenti monetari dell'Inps non sono adeguatamente coordinate. La Legge delega prevede la costruzione di un sistema integrato.

Nel Decreto attuativo, il Sistema nazionale per l'assistenza degli anziani non autosufficienti (SNAA) previsto dalla Legge 33/2023 e preposto proprio a questo compito non svolge adeguatamente questo compito di integrazione.

La programmazione coinvolge formalmente tutti i soggetti pubblici interessati ma concerne, nella sostanza, solo servizi e interventi sociali. Infatti, per fare un esempio, il Piano nazionale assistenza e cura degli anziani non autosufficienti viene elaborato all'interno del Ministero del Welfare ed è parte integrante del Piano nazionale dei servizi e interventi sociali del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

Occorre superare queste criticità per promuovere l'integrazione del sistema (SNAA) coinvolgendo in modo pieno e paritario il Ministero della sanità altrimenti il sistema non funzionerà mai.

L'obiettivo del PNRR è raggiunto ma la riforma non c'è

In sostanza, il Decreto Legislativo attuativo n. 29/2024, in grandissima parte, non dà attuazione alla Legge delega rinviando quasi tutte le decisioni più importanti ad una serie impressionante di ulteriori 19 decreti e linee guida (di cui 8 per la non autosufficienza).

Non c'è, soprattutto a livello centrale e regionale, l'auspicata integrazione fra sanità e sociale nel realizzare gli interventi assistenziali, non ci sono i nuovi modelli di intervento, fatta eccezione per il nuovo sistema di valutazione della non autosufficienza, e non si investe sul potenziamento dei servizi per gli anziani non autosufficienti.

Siamo dunque in presenza di una riforma rinviata e, in alcune sue parti significative, perfino non rispettosa dei contenuti della Legge delega n. 33/2023 (assistenza domiciliare, prestazione universale, badanti e ruolo dello SNAA).

Nei prossimi mesi bisognerà cogliere ogni occasione, compresa quelle dei tanti decreti attuativi previsti, per recuperare i contenuti in linea con le previsioni più innovative della legge 33.

Non trova giustificazione l'argomento del reperimento delle risorse necessarie al suo finanziamento, che certo ha influenzato negativamente i contenuti del Decreto, ma che può essere affrontato in modo graduale pensando ad una riforma da implementare progressivamente in modo pluriennale come hanno fatto gli altri paesi europei.

Per cui, in definitiva, l'obiettivo del PNRR che prevedeva l'approvazione di una legge sull'assistenza agli anziani è stato raggiunto e l'Italia per questo riceverà i fondi ma la riforma, quella vera, ancora non c'è.

Bibliografia e norme di riferimento

- Bazoli N., Montemurro F. (Ires), Indagine sul lavoro di cura dei familiari in presenza di non autosufficienti, Ires Piemonte, 2015
- Béatrice Lamboy, Nadine Cotton, Emmanuelle Hamel, Dagmar Soleymani, "Aging in good health: a review of effective interventions", Health inaction, n° 446, dicembre 2018; opera riprodotta in "Synthesis on evidence-based interventions promoting healthy aging", in Gerontology and Society n° 41 2019/3, pp. 97-120.
- Carer – Caregiver familiari Emilia Romagna aps, Memoria inerente il DDL n. 1461 e connessi, acquisita dal Senato il 4/3/2020 : http://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/documento_evento_procedura_commissione_files/000/076/401/1461_Memoria_CARER.pdf
- Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine (2004) A new health system for the 21st century. In: Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy, 23–38 (http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10027&page=27)
- Decreto Legislativo 15 marzo 2024, n. 29: "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di sui agli articoli 3,4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33".
- Eurocarers, Enabling Carers to care, 2018: [file:///C:/Users/90k8003vix/Downloads/Eurocarers-Strategy_final%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/90k8003vix/Downloads/Eurocarers-Strategy_final%20(1).pdf)
- European Commission (EC), The 2021 ageing report, Brussels, 2021: https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2021-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2019-2070_en
- Fosti G., Notarnicola E., Perobelli E., Il personale come fattore critico di qualità per il settore long term care, Egea, Milano, 2023.
- Istat, Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione Europea – Indagine EHIS 2015, 2017. Link: <https://www.istat.it/it/archivio/204655>
- Lamura G., Chiatti C., Definizione di Caregiver, descrizione del contesto sociale e sanitario: scenario nazionale ed europeo e descrizione del progetto UP-TECH, 2015, https://www.agenas.gov.it/images/agenas/oss/assistenza/care%20giver/contributi/2_Definizione_di_Caregiver_descrizione_del_contesto_sociale_e_sanitario.pdf
- Legge 27 dicembre 2017, n.205: Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020
- L. 23 marzo 2023, n. 33: "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane".
- Ministero dell'economia e delle finanze (MEF), Annuario statistico della Ragioneria generale dello Stato - 2023, 2023a: https://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Pubblicazioni/Studi-e-do/annuario_statistico_della_ragioneria_generale_dello_stato/2023/Annuario_statistico_della_RGS_2023.pdf
- Ministero dell'economia e delle finanze (MEF), Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario – Rapporto 2023, 2023b: https://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2023/Rapporto-2023.pdf
- Ministero dell'economia e delle finanze (MEF), Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario – Rapporto 2013, 2013: https://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2013/Le-tendenze-di-m_l-periodo-del-s_p_e-s_s-Rapporto_n14.pdf
- OECD, "COVID-19 in long-term care", OECD Health Working Paper, 131, anno 2021.
- OECD (2020), Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en> (24/4/2024).
- Osservatorio Nazionale DOMINA, 2° Rapporto annuale sul lavoro domestico 2020: <https://www.osservatoriolavorodomestico.it/rapporto-annuale-lavoro-domestico-2020>
- Pasquinelli S., Caregiver in Lombardia: a che punto siamo?, Lombardia sociale: <http://www.lombardiasociale.it/2019/10/29/caregiver-in-lombardia/>
- Pasquinelli S., Pozzoli F., Badanti dopo la pandemia, Quaderno WP3 del progetto "Time to care", Milano, 2021: <http://www.qualificare.info/upload/RAPPORTO%20BADANTI%202021.pdf>

-
- Pesaresi, F, Il manuale dei caregiver familiari, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2021.
 - Pesaresi F, Servono gli obiettivi di servizio nell'assistenza domiciliare sociale (SAD), Welforum.it, 13/5/2024: <https://www.welforum.it/servono-gli-obiettivi-di-servizio-nellassistenza-domiciliare-sociale-sad/>
 - Puts MTE, Toubasi S, Andrew MK, Ashe MC, Ploeg J, Atkinson E et al. (2017), Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: a scoping review of the literature and international policies.
 - Quotidiano Sanità, Italia al 3° posto nella Ue per aspettativa di vita in buona salute. Al top la Svezia e Malta, 13/6/2022: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=105469
 - Ranci C., Audino F, Mazzaferro C., Morciano M., Stima del fabbisogno e della spesa long term-care in Italia: valutazioni ex-ante di una proposta di riforma, DASTU Working Papers – LPS, 2023: https://iris.unimore.it/retrieve/92c67492-46a9-4245-9717-0210b4fc069d/DASTU_WorkingPapers_Ranci_LPS.23.pdf
 - Ragioneria Generale dello Stato, Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario, Rapporto n. 22/2021: https://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2021/Rapporto_n22_2021_01092021.pdf
 - Redattore Sociale, Anziani non autosufficienti, “grazie alle famiglie lo Stato risparmia 11,6 miliardi per l’assistenza”, 10/11/2021: https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/anziani_non_autosufficienti_grazie_alle_famiglie_lo_stato_risparmia_11_6_miliardi_per_l_assistenza_ .
 - Trabucchi M., Introduzione al tema del Caregiver, Agenas, 2015. Link: https://www.agenas.gov.it/images/agenas/oss/assistenza/care%20giver/contributi/1_Introduzione_tema_Caregiver.pdf
 - UNECE, The challenging roles of informal carers, Policy Brief on Ageing No. 22/2019: https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE_WG1_31.pdf .

Stratificazione dei bisogni delle popolazioni: un nuovo modo di fare programmazione sanitaria

Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci

1. Riformare la sanità e fare una diversa programmazione

Un interessante dibattito si è sviluppato recentemente sul tema della riforma o meno del SSN con diversi contributi significativi che vogliamo riprendere come incipit del nostro ragionamento.

Siamo convinti che una riforma del Ssn in Italia non è procrastinabile perché i limiti e le contraddizioni dell'applicazione delle riforme precedenti si sono manifestati in modo evidente. Vogliamo ricordare che le scelte di programmazione non sono mai "neutre", ma condizionano l'operatività delle scelte istituzionali e aziendali. Per questo serve un approccio comprensivo del lato della "domanda" e di quello dell'"offerta"

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=117631

1. Il contesto di partenza

Lo scenario attuale da cui partire per una nuova Riforma del SSN, come è noto, è caratterizzato da:

- invecchiamento della popolazione a fronte di un processo di denatalità che vede per la prima volta, un tasso negativo anche nelle Regioni del Sud;
- prevalenza rilevante delle fragilità, delle cronicità e delle disabilità connesse all'invecchiamento della popolazione;
- disponibilità di innovazioni tecnologiche e farmaceutiche che potrebbero in parte compensare i punti precedenti, ma che richiedono uno sforzo continuo di aggiornamento professionale, di ri-modellizzazione dei processi assistenziali e di cura e di governance aziendali;
- permanenza di un'alta variabilità prescrittiva ed insufficiente uso di linee guida diagnostico-terapeutiche con conseguenti inappropriately e sprechi;

- comparsa di nuove patologie a largo impatto, vedi i disturbi dei comportamenti alimentari e quelli dello spettro autistico, entrambi con una prevalenza del 3,5 con trend crescenti;
- crisi del modello di globalizzazione per le diseguaglianze di salute, sociali ed economiche che determina spesso, senza meccanismi di compensazione e redistribuzione adeguati, una polarizzazione economico e sociale che mette in crisi il modello delle società democratiche nei Paesi più sviluppati;
- polarizzazione economico e sociale (Rapporto Oxfam) che vede l'1% della popolazione globale avere e gestire il 99% delle risorse globali;
- aumento comunque della domanda espressa e dei bisogni di salute.

2. Una Riforma richiede un'efficace programmazione

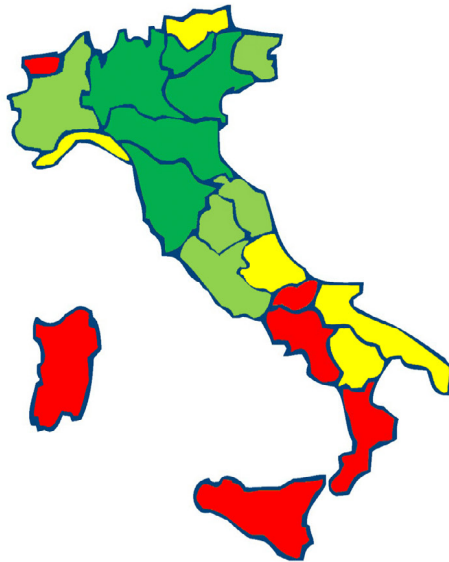
Una riforma del SSN in Italia appare improcrastinabile perché i limiti e le contraddizioni delle riforme precedenti si sono manifestati in modo evidente ed in particolare relativamente a:

- un processo di aziendalizzazione gestito in una logica di gestione del consenso all'interno dei SSR e delle aziende sanitarie e di gestione del ricco indotto dei SSR (strutture accreditate, outsourcing di servizi, farmaci, device, assicurazioni, etc.), meno impattante sulla qualità delle cure e sugli obiettivi di salute delle popolazioni di riferimento;
- una riforma del Titolo V della Costituzione stabilita e legiferata con precipitazione, alla fine di una legislatura, senza soppesare con la dovuta accuratezza né pesi e contrappesi dell'assetto istituzionale che si attivava né meccanismi che la sua gestione innescava;
- un ripensamento profondo dei meccanismi di gestione e del ruolo della "sanità integrativa" derivata dal "welfare aziendale" della cosiddetta legge "Job Acts" promulgata dal Governo Renzi, che ha sottratto risorse al SSN tramite la defiscalizzazione delle polizze collettive contenute nei CCNL; una crescita della "sanità integrativa" alla fine sostanzialmente pagata dai lavoratori e dallo stato;
- uno sviluppo, per quanto incompleto e geograficamente variabile, delle politiche integrate di salute, in una logica di "One Health", basate su un approccio di medicina di popolazione, di prossimità e di comunità, nonché di integrazione tra sanità e sociale;
- una programmazione sanitaria frammentaria a causa della presenza di 21 realtà regionali o provinciali, scarsamente coordinata e per niente uniforme, incapace di garantire accesso alle cure, livelli di accesso ai LEA e ai LIPS reali e comuni nei territori e di mitigare le diseguaglianze di salute. Una situazione che ha delineato quattro macro aree in base ai punteggi acquisiti dalle singole Regioni e PPAA di differenziazione nell'accesso alle cure e nei livelli di performance, come gli indicatori LEA e PNE dimostrano.

Le scelte di programmazione non sono mai "neutre, ma condizionano l'operatività delle scelte istituzionali e aziendali. Per questo serve un approccio comprensivo del lato della domanda" e di quello dell'offerta. Anche nella logica del PNRR il presupposto è quello di partire da una capacità "pubblica" di possedere una lettura approfondita della "stratificazione dei bisogni delle popolazioni" presenti nei vari e diversi territori del nostro Paese.

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Punteggi totali anno 2021 (max 300 punti)



Punteggio >257,9

Emilia-Romagna (281,2), Toscana (274,5), Prov. Aut. di Trento (268,4), Lombardia (265,3), Veneto (264,9)

Punteggio tra 232,7 e 257,9

Marche (257,9), Piemonte (251,9), Umbria (247,9), Friuli-Venezia Giulia (243), Lazio (235,5)

Punteggio tra 198,7 e 232,6

Liguria (232,6), Abruzzo (215,5), Puglia (209,3), Basilicata (207,5), Prov. Aut. di Bolzano* (200,8)

Punteggio <198,7

Campania* (198,6), Molise* (196,9), Sicilia* (183), Sardegna* (169,7), Calabria* (160), Valle d'Aosta* (147,2)

Note:

- Le quattro categorie risultano dalla suddivisione dei punteggi in quartili.
- *Regione inadempiente secondo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

3. Programmazione lato “domanda”

Da anni discutiamo sullo sperimentare un modello di analisi che consenta di definire specifiche modalità di presa in carico per *gruppi di assistiti omogenei*, cioè in relazione alla tipologia e all'intensità del bisogno assistenziale, in particolare per chi soffre per più di una malattia cronica.

Le analisi di popolazione per la “differenziazione degli interventi richiedono alcune specifiche proprietà metodologiche. È necessario che il “*sistema/modello*” per la stima dei bisogni assistenziali della popolazione sia:

- “*Valido*”, cioè capace di identificare gruppi omogenei di assistiti;
- “*Integrante*” e quindi orientato all'implementazione di percorsi assistenziali integrati, centrati sul paziente;
- “*Adattabile*” e perciò facilmente rimodulabile sulla base di nuove esigenze di programmazione sanitaria anche in considerazione delle probabili e frequenti innovazioni di sistema.

Ricordiamoci che anche la popolazione sana può essere “*diversificata*”, tenendo conto della presenza di “*fattori di rischio*” su cui agire con interventi di promozione della salute.

4. Programmazione lato “offerta”

Notoriamente le aziende sanitarie portano in prorogatio i contratti di affidamento a terzi di servizi per la difficoltà dei servizi di economato e provveditorato di svolgere le gare in base a “*capitolati tecnici*” aggiornati e connessi ad una rilettura dei bisogni delle popolazioni per profili di patologie.

Quando Raffaele Cantone, Presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, emise l'ordinanza in cui imponeva a tutte le amministrazioni e imprese pubbliche di NON prorogare oltre i contratti verso terzi,

solo una parte delle Regioni e delle aziende sanitarie colse l'occasione per rivedere i profili di bisogni delle popolazioni per profili di patologie e, in base allo sviluppo della diagnostica e delle terapie e delle buone pratiche gestionali esistenti, ridefinirono i “*capitolati tecnici*” posti a base di gara, rendendoli aderenti ad un rilettura dei bisogni delle popolazioni.

Quando ciò è avvenuto abbiamo assistito allo sviluppo di esperienze di medicina di popolazione e di comunità. Ove non è accaduto siamo rimasti sotto “*dominio della offerta*” con acquisti di servizi spesso desueti e non appropriati.

È in questa area gestionale che si annida gran parte della inappropriatezza e degli sprechi. Per non tenere conto anche dell'area core della sanità, cioè quella dell'offerta clinica: in Italia Slow Medicine con 40 società scientifiche di branca ha dimostrato che ci sono quasi 2.400 procedure assistenziali che non hanno evidenze scientifiche certe.

Un'area di inappropriatezza e di sprechi che non genera valore ma che pesa sui conti. Senza dimenticare, infine, anche i rilevanti costi della “*medicina difensiva*” e dell'indugio a rivedere la legislazione sulla responsabilità dell'atto medico allineandosi a quanto avviene nella maggioranza degli altri paesi.

5. Sistemi di remunerazione e strumenti di monitoraggio

Riformare e programmare in modo nuovo è possibile e vuol dire anche affrontare il tema dei sistemi di valorizzazione delle prestazioni e, quindi, anche quello dei DRG ormai incredibilmente obsoleti.

La determinazione dei costi secondo il sistema DRG (dove peraltro anche le classificazioni mutano ed evolvono nel tempo) vengono elaborati annualmente negli USA, mercato “*privato – privato*”, poi vengono importati in Gran Bretagna e adeguati al sistema welfare inglese, ma a costi medi britannici. Noi poi li importiamo, praticamente così come sono, sempre *in ritardo* rispetto ai loro successivi aggiornamenti. Sono anni che non abbiamo più fatto una valorizzazione dei costi di produzione per DRG. Abbiamo provato a definire i *costi medi* italiani, ma sono rimasti incagliati alla Conferenza Stato-Regioni-PPAA per la non unanimità delle Regioni.

Inoltre non abbiamo meccanismi condivisi di valorizzazione delle prestazioni dei servizi di medicina intermedia e di prossimità dove dobbiamo abbandonare la logica della spesa e dei rimborsi per prestazioni e passare a quella per percorsi assistenziali. Si sta lavorando faticosamente per creare convergenze su criteri e standard condivisi e troppi aspetti sono eternamente in “*sperimentazione*”.

Determinante per queste incertezze il faticoso decennale percorso del Fascicolo Sanitario Elettronico che dovrebbe mostrare una rivoluzionaria implementazione del 2024 grazie agli investimenti PNRR. Sempre che non decideremo di farci del male con applicazioni surreali della normativa sulla tutela dei dati personali. Mancano, ma potremmo agevolmente introdurre, adeguati sistemi di monitoraggio della spesa e soprattutto desk direzionali basati su piattaforme digitali 4.0, già disponibili in sanità e in via di sviluppo nelle loro applicazioni. È possibile ormai integrare in tempo reale qualsiasi dato generato nelle attività delle reti aziendali, purché in formato digitale. Sono diffusamente disponibili nuove e perfezionate piattaforme che consentono di sviluppare, in base ad algoritmi di Intelligenza Artificiale, analisi predittive e analisi dei dati. Questi sono gli strumenti che un moderno sistema deve adottare. Se oggi tutti i flussi informativi aziendali possono essere integrati allora è solo un problema di volontà delle politiche regionali ed aziendali e, in ultima analisi, delle qualità e capacità delle persone preposte. Si è parlato spesso di problemi di interoperabilità tra sistemi ma il sospetto è che la vera mancanza di interoperabilità sia quella tra le persone.

6. Le Aziende che non sono mai diventate “aziende”

Da quando abbiamo le AUSL e le Aziende Ospedaliere e le AOPU, nonché gli IRCCS, l'efficientamento del sistema avanza lentamente, specie nelle Regioni del Centro sud ma anche in alcune sacche del Centro Nord. Dove abbiamo registrato maggiore stabilità politica abbiamo avuto maggiore stabilità del management delle aziende. I mandati sono stati quasi sempre quinquennali e spesso abbiamo avuto anche i loro rinnovi in aziende dello stesso SSR o di SSR vicini, con scambi di esperienze e di competenze.

In altre Regioni dove c'è stata alternanza politica, i mandati a dirigere le aziende e gli staff degli assessorati hanno avuto mutazioni anche semestrali. In contesti del genere non si affrontano i problemi strutturali, ma solo quelli contingenti e “*si galleggia*”. Gli effetti di ciò sono stati evidenti.

Tutto questo è accaduto mentre politiche di bilancio, spending review e inadeguati incrementi del FSN, nonché la pandemia di SARS-COV-2, hanno messo a dura prova il sistema sanitario esaltandone tutti i nodi strutturali non risolti.

C'è un grande problema di “*governance*” e di “*qualità reale*” da risolvere e perseguire con costanza e mancano dotazioni, personale, competenze e digitalizzazione diffusa.

I modelli desueti dei servizi sia ospedalieri che territoriali “*a silos*” sono duri a morire. Nascondono tanta inappropriatazza e tanti sprechi.

7. L'empowerment dei pazienti, delle famiglie e delle comunità

Il PNRR parlava molto di “*medicina di popolazione, di comunità, di prossimità*” e proponeva di istituire degli spazi di inclusione ed empowerment dei cittadini, singoli e organizzati, con la proposta delle Case di Comunità e con una richiesta di forte coinvolgimento delle comunità locali a livello di prevenzione, cura e riabilitazione nei percorsi assistenziali da progettare e gestire in modo “*integrato*”.

Ora con i tagli al PNRR annunciati vediamo un impoverimento delle progettualità relative proprio alle comunità (spazi urbani da riqualificare, transizione energetica, trasporti, servizi, ambiente e spazi verdi, etc.) oltre che ad almeno un terzo delle reti di Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità inizialmente previsti, trasferiti su altre fonti di finanziamento UE, per ora opinabili.

In questo contesto e in questa prospettiva sembra difficile poter puntare sugli obiettivi macro del Modulo 6 del PNRR in modo uniforme in tutto il Paese. Eppure coinvolgere le comunità con i loro potenziali nella riprogettazione del SSN e dei SSR è e rimane fondamentale.

Il SSN ha bisogno del volontariato, del terzo settore, delle famiglie, dei “*caregiver*”, sono risorse fondamentali e preziose da tutelare e valorizzare.

2. Il PNRR e la necessità della stratificazione dei bisogni delle popolazioni osservate

Viviamo ormai in un contesto caratterizzato da un crescente invecchiamento della popolazione e in una “*crisi demografica*” globale nei Paesi così detti “*sviluppati*”.

La permanenza della pandemia di SARS-COV-2 ha determinato una “*sindemia*” economica e sociale planetaria.

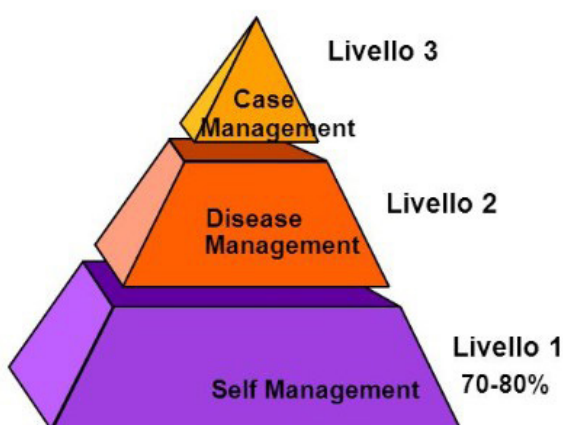
In letteratura scientifica esiste una connessione forte tra “*fragilità*” (economica e sociale) e “*cronicità*” o “*policronicità*”. C'è ormai concordanza sul fatto che le “*fragilità*” siano “*proxy*” delle “*cronicità*”.

Nel PNRR viene data centralità all'attività di stratificazione dei bisogni delle popolazioni, ovvero, a osservatori dinamici sui bisogni della popolazione.

2.1. Modelli predittivi e stratificazione della popolazione

La più recente normativa nazionale (D.L. 34/2020, c.d. Decreto Rilancio, convertito nella legge n. 77/2020, all'art. 7) pose l'attenzione sulla possibilità di sviluppare *modelli predittivi* che consentano *la stratificazione della popolazione, il monitoraggio per fattori di rischio, e la gestione integrata di patologie croniche* e di situazioni complesse. L'adozione di *un modello di stratificazione* comune su tutto il territorio nazionale è uno degli obiettivi strategici del PNRR che permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme per garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico. Tale modello di stratificazione dovrà consentire interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel *Progetto di Salute* del singolo paziente. Questo approccio fa riferimento in letteratura scientifica al Modello di "Piramide del rischio delle popolazioni" elaborato dalla Compagnia Assicurativa "Kaiser Permanente" della California, USA e sul Modello di "Expanded Chronic Care Model"[1][2].

LA PIRAMIDE "CCM" c/o "KAISER-PERMANENTE"



ALCUNE REGOLE DEL MODELLO

- Identificazione dei soggetti con malattie croniche
- Condivisione del rischio economico da parte degli operatori
- Riferimento a "pathways" clinici
- Stratificazione per rischio di aggravamento
- Informatizzazione dei dati. Condivisione.
- Cure intermedie "nurse led"
- Approccio multidisciplinare nel primary care
- Forte integrazione primary care - specialisti
- Promozione del "self-care"

Expanded Chronic Care Model



2.2. Bisogni semplici e bisogni complessi

Obiettivo della riorganizzazione dei sistemi di valutazione dei pazienti è l'identificazione dei bisogni di cui sono portatori in modo uniforme e convergente a livello aziendale, regionale e nazionale verso uno schema di riferimento per l'individuazione dei "bisogni semplici" e dei "bisogni complessi", come previsto nel Documento AGENAS-Regioni-PPAA su "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale", 2021.

Standard e funzionalità richieste da PNRR e Documento AGENAS 2021 per Osservatori sulla stratificazione del rischio nella popolazione osservata:

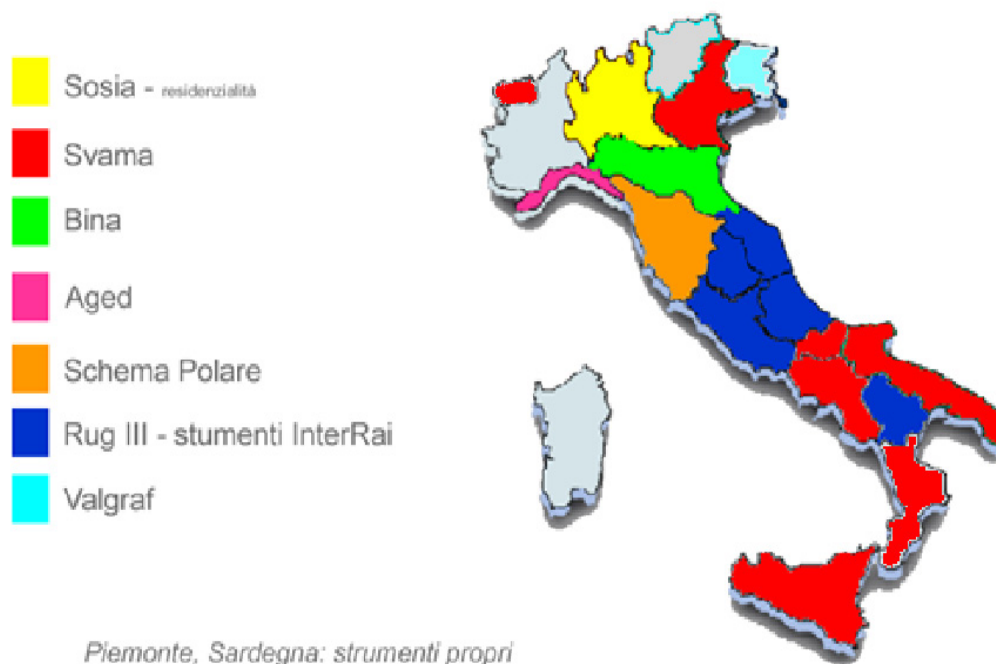
Gli standard e le funzionalità prevedibili sono le seguenti:

Profilo rischio	Progetto Individuale di Salute (PRIS)	Strutture Unità funzionali e soggetti coinvolti	PNRR: Attività previste	Supporto da piattaforme integrate
Liv 1	No PRIS	Domicilio: Cittadino, Famiglia CdC / COT: MMG, Ass Soc, Tec Prev. AFT/UCCP: MMG, PLS, Pers Amm. Amb Cure Primarie: MMG / PLS. Farmacia Comunità: Farm.	Stratificazione rischio (da prestazioni erogate, stili di vita, familiarità)	Sistema di calcolo degli indicatori di rischio per la stratificazione dei soggetti assistiti nel Distretto
Liv 2			Screening	Sistema di gestione e monitoraggio degli screening sulla base della stratificazione dei profili di rischio, supporto alle campagne screening in multicanalità
			Promozione della salute	Area Informativa: messa a disposizione di info strutturate su target specifico per gli utenti finali
			Medicina d'iniziativa per controllo stabilità patologia e aderenza terapeutica	Sistema di valutazione dell'aderenza e della persistenza tramite somministrazione di questionari

		AFT/UCCP: MMG, PLS, Pers Amm. Amb Cure Primarie: MMG / PLS. Cure Dom (ADI liv 2,3): Med, IFeC, Ass Soc, Tec Riab. ODC: Med, Inf, OSS, Altri Prof San.	Supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver	
liv 6		Domicilio: Paziente, Famiglia, Caregiver. CdC / COT: MMG, IFeC, Ass Soc, SAI. AFT/UCCP: MMG, PLS, Pers Amm. Amb Cure Primarie: MMG / PLS. Cure Dom (ADI liv3): Med, IFeC, Ass Soc, Tec Riab ODC: Med, Inf, OSS, Altri Prof San. HOS: Med, Inf, OSS, Altri Prof San. Strutture Residenziali e Semiresidenziali: Med, Inf, OSS, Altri Prof San.	Cure Palliative base e avanzate	
liv 3	PrIS Semplice	Domicilio Paziente: Paziente, Famiglia CdC / COT: MMG, IFeC, Ass Soc, SAI. AFT/UCCP: MMG, PLS, Pers Amm. Amb Cure Primarie: MMG / PLS. Cure Dom (Base): Med, IFeC, Ass Soc, Tec Riab. ODC: Med, Inf, OSS, Altri Prof San. Farmacia Comunità: Farm	empowerment del paziente all'autocura Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e orientamento	Sistema di supporto informativo e formativo a distanza per l'utente finale (collegato con l'area informativa) Sistema di cooperazione applicativa con possibilità di dataentry multiutente (scheda unica per UVM) per la creazione del Piano Terapeutico (PT), di visualizzazione integrata per il monitoraggio del PT e di alerting per gli operatori e per l'utente finale
liv 4	PRrIS Complesso	Domicilio Paziente: Paziente, Famiglia. CdC / COT: MMG, IFeC, Ass Soc, SAI. AFT/UCCP: MMG, PLS, Pers Amm. Amb Cure Primarie: MMG / PLS. Cure Dom (ADI liv 1): Med, IFeC, Ass Soc, Tec Riab. ODC: Med, Inf, OSS, Altri Prof San.	Integrazione tra setting assistenziali (Cartella per UVM)	
liv 5		Domicilio Paziente: Paziente, Famiglia, Caregiver CdC / COT: MMG, IFeC, Ass Soc, SAI.	Presa in carico multiprofessionale	

Sapendo che in Italia le diverse Regioni usano sistemi di valutazione dei bisogni dei cittadini difformi (BIMA, SVAMA, SVAMA D, SOLE, RUGGS, etc.) resta difficile una uniformazione dei profili dei pazienti a livello nazionale il che contribuisce a sviluppare disegualanze di accesso ai servizi e nelle erogazioni delle prestazioni. Comunque da questo approccio derivano:

- *La Medicina di Popolazione* che è la branca della medicina che si pone come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo di dati.
- *La Medicina di Iniziativa* che è un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa.
- *La Stratificazione della Popolazione* per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, che permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse.
- *Il Progetto di Salute* che è uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" indentificando gli standard minimi delle risposte cliniche socio assistenziali, riabilitative e di prevenzione.



Tuttavia, la pandemia ha reso *ancora più evidenti alcuni aspetti critici* di natura strutturale, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto.

Infatti assistiamo a:

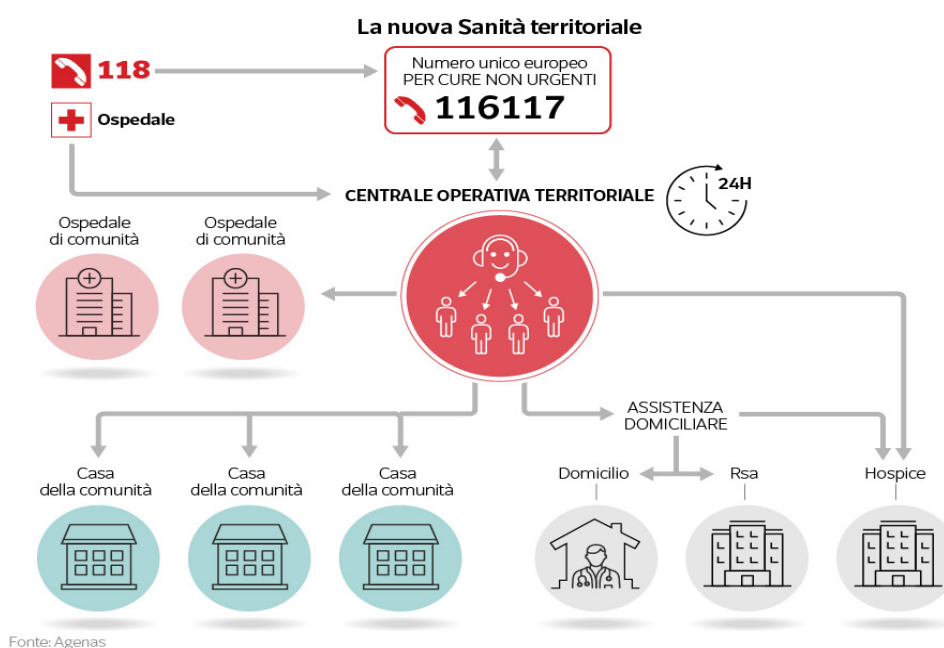
- Significative *disparità territoriali nell'erogazione dei servizi*, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio;
- *Un' inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali*;
- Tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni;
- Una *scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta* ai rischi ambientali, climatici e sanitari.

L'esperienza della pandemia ha inoltre evidenziato l'importanza di poter contare su un adeguato sfruttamento delle tecnologie più avanzate, su elevate competenze digitali, professionali e manageriali, su nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure e su un più efficace collegamento fra la ricerca, l'analisi dei dati, le cure e la loro programmazione a livello di sistema.

2.3. Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Il PNRR prevede per rafforzare le reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale le seguenti attività:

- *Istituzione di Case della Comunità come perno delle prestazioni sul territorio in ambito Socio-sanitario*;
- *La casa come primo luogo di cura e l'Assistenza Domiciliare al fine di migliorare le prestazioni offerte in particolare alle persone vulnerabili e disabili, anche attraverso il ricorso a nuove tecnologie*;
- *Il potenziamento di strutture per l'erogazione di cure intermedie (Ospedali di Comunità)*.



2.4. La stratificazione della popolazione e l'analisi dei bisogni di salute

Per essere realmente efficaci i servizi sanitari devono essere in grado di tutelare la salute dell'intera popolazione e non solo di coloro che richiedono attivamente una prestazione sanitaria o sociale.

Questo approccio viene definito *"medicina di popolazione"* ed ha l'obiettivo di mantenere l'utenza di riferimento in condizioni di buona salute, rispondendo ai bisogni del singolo paziente in termini sia di prevenzione sia di cura. Particolare attenzione deve essere posta nei riguardi dei soggetti con patologie croniche, condizione oggi sempre più diffusa in termini di incidenza e prevalenza.

La conoscenza del profilo epidemiologico e degli indicatori correlati con i bisogni e gli esiti di salute della popolazione assistita costituiscono un aspetto fondamentale nell'ambito del sistema di governo distrettuale. Pertanto, lo sviluppo e l'implementazione di sistemi di misurazione e stratificazione della popolazione sulla base del rischio dovranno concorrere alla costituzione ed alimentazione di piattaforme che contengano informazioni sulle caratteristiche della popolazione assistita in un determinato territorio, sulla prevalenza di patologie croniche, sulla popolazione fragile.

Tali piattaforme dovrebbero includere gli indicatori relativi alla qualità dell'assistenza sanitaria e all'aderenza alle linee guida per patologie specifiche e essere di supporto nei programmi di sorveglianza proattiva nell'ambito del piano di potenziamento dell'assistenza territoriale.

2.5. Come garantire un approccio "sistemico".

A fronte di quanto sopra è necessario *un approccio sistemico e olistico alla riorganizzazione dei Servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l'assistenza sul territorio* che tenga conto della normativa in essere e delle indicazioni del PNRR, nonché degli standard e dei requisiti in corso di definizione in sede di Conferenza Stato-Regioni-PPAA in base a quanto definito nei Tavoli Tecnici attivati presso Ministero della Salute e AGENAS, in queste settimane.

Occorre garantire processi reali di integrazione, di condivisione informativa tra tutti gli operatori sanitari,

sociosanitari e sociali presenti nelle filiere assistenziali per profili patologici e per territori considerati senza richiedere nuovi debiti informativi e lavorando solo sulle basi di dati già esistenti nelle aziende sanitarie. Questo è possibile facendo un “salto di livello” verso piattaforme di secondo livello che utilizzano algoritmi di “intelligenza artificiale”.

2.6. Evidenze di Osservatori

Buone pratiche esistenti in Regioni del Paese (Veneto, Lombardia, Toscana, Emilia Romagna, etc.) indicano la possibilità di integrare flussi informativi e banche date differenziate da quelle della Agenzia delle Entrate (ISEE), degli assistiti INPS e INAIL, a quelle relative ai cittadini presi in carico dai Servizi Sociali degli Enti Locali, da terzi erogatori accreditati (Associazioni, Cooperative Sociali, Terzo Settore), dai servizi socio sanitari delle AUSL e da altri erogatori pubblici e privati in un database strutturata e fungibile a tutti gli erogatori per un valutazione puntuale delle performance e dei consumi sanitari e sociali da parte dei cittadini dei territori considerati.

Mettendo a disposizione strumenti di lettura integrata dei dati, gli Osservatori consentono tra l'altro di:

- Migliorare la programmazione sanitaria;
- Migliorare la conoscenza dell'offerta;
- Migliorare la conoscenza del fabbisogno;
- Migliorare l'erogazione delle prestazioni per il cittadino;
- Monitorare i LEA e la spesa sanitaria.

2.7. Stratificazione della popolazione dove non ci sono base dati epidemiologici.

Nelle Regioni dove non sono presenti servizi regionali di epidemiologia è possibile seguire un percorso di analisi e stima come segue:

Partire dai più recenti dati di prevalenza delle principali patologie (fonte ISTAT e ISS) sulla popolazione italiana e proiettarli a “costanza di popolazione” o su popolazione “pesata” in base all'incidenza delle diverse fasce di età tra maschi e femmine per una prima stima dell'incidenza sulla popolazione osservata;

Applicare il modello della “piramide del rischio” da Kaiser Permanente (California, USA) dividendo i dati di popolazione per patologia stimata in “bassa complessità assistenziale” (70-80% del totale), in “media complessità assistenziale” (15-20% del totale) e in “alta complessità assistenziale” (3-5% del totale);

Confrontare le stime realizzate con i database dei pazienti presi in carico dai servizi sanitari, sociosanitari e sociali delle ASL e dei Comuni;

Verificare se tutti i pazienti a “media complessità assistenziale” o a “alta complessità assistenziale” sono noti ai servizi o meno e si possono iniziare a fare valutazioni di efficacia, efficienza e appropriatezza delle cure, nonché analisi prospettiche sull'eventuale evoluzione dei bisogni della popolazione osservata.

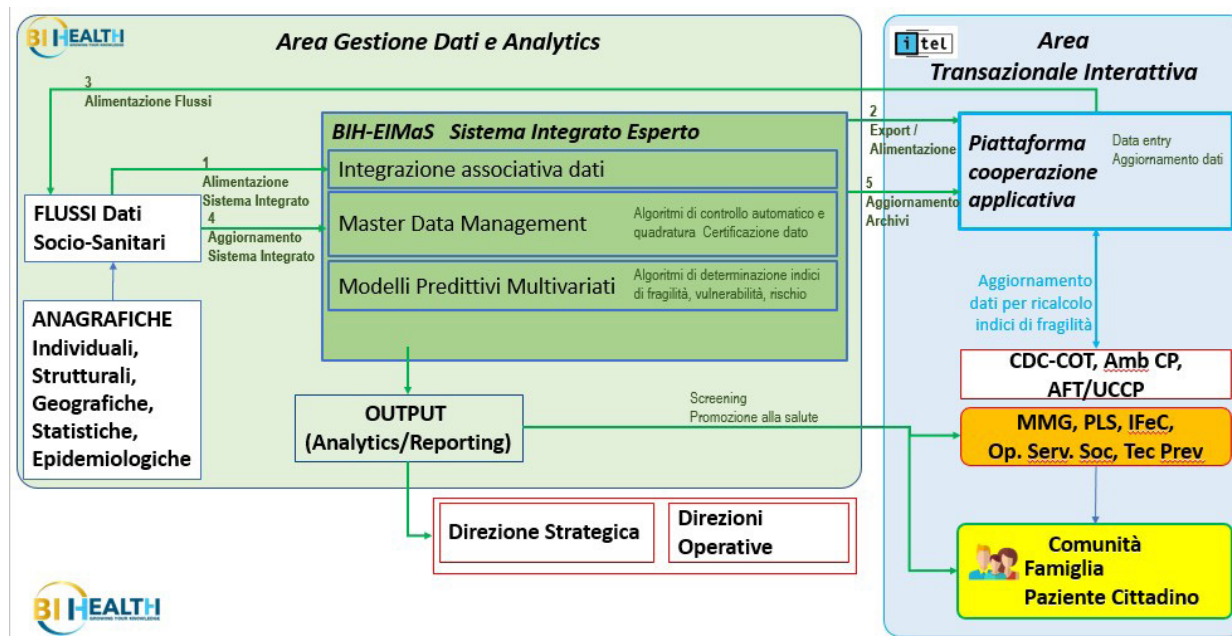
Man mano che si consolidano i flussi di dati obbligatori o altre fonti dati i dati da stimati si trasformano gradualmente in puntiformi e analitici elevando i livelli di conoscenza dei bisogni delle popolazioni.

2.8. Stratificazione del profilo di rischio di fragilità socio-sanitaria: aggiornamento continuo

Nell'ambito del progetto “Implementazione della esperienza di Casa della Salute presso il Presidio Nuovo Regina Margherita in Trastevere, Roma”, capofila la ASL Roma 1, sono state selezionate delle piattaforme di “secondo livello” per consentire forme avanzate di integrazione e condivisione informativa.

Tutte le basi dati esistenti nell'azienda sanitaria vengono censite e integrate dalle piattaforme che oltre a

svolgere le proprie funzionalità specifiche si integrano vicendevolmente consentendo una fruibilità online e in progress di tutte le informazioni che ai vari livelli aziendali la Direzione Strategica intende condividere tra i diversi target di utilizzatori finali.



Stratificazione del rischio di fragilità socio-sanitaria in una popolazione.

Le funzionalità da osservare per una stratificazione del rischio di fragilità socio-sanitaria quale supporto operativo alla istituzione di un "osservatorio" possono schematizzarsi come segue:

Profilo rischio	Attività	Supporto piattaforma
Liv 1-2	Screening	
	Promozione della salute	Area Informativa: messa a disposizione di info strutturate su target specifico per gli utenti finali
	Stratificazione rischio (da prestazioni erogate, stili di vita, familiarità)	cfr schema slide n.6
	Medicina d'iniziativa per controllo stabilità patologia e aderenza terapeutica	Sistema di valutazione dell'aderenza e della persistenza tramite somministrazione di questionari
Liv 3	Empowerment del paziente all'autocura	Sistema di supporto informativo e formativo a distanza per l'utente finale (collegato con l'area informativa)
	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e orientamento	
Liv 4-5	Integrazione tra setting assistenziali (Cartella per UVM)	Sistema di cooperazione applicativa con possibilità di dataentry multiutente (scheda unica per UVM) per la creazione del PT, di visualizzazione integrata per il monitoraggio del PT e di alerting per gli operatori e l'utente finale
	Presa in carico multiprofessionale	
	Supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver	
Liv 6	Cure Palliative base e avanzate	

Quanto sopra per non dare per scontato che basta definire volumi di investimenti in tecnologie digitali senza entrare nel merito degli stessi.

I due documenti emanati da Ministero Salute/AGENAS/Conferenza Stato-Regioni-PPAA su:

- *“Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale”*;
- *“DCM 2.04.2015 n. 70 – Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”*.

Propongono set di standard e indicatori per ridisegnare funzionalità dei servizi sia ospedalieri che territoriali. Qui sta il terreno di confronto vero tra tutti gli stakeholder della sanità e delle policy di salute e si gioca la *“qualità”* del SSN e dei SSR in divenire.

Questi documenti meritano uno spazio di confronto approfondito e propositivo.

Note: [1]Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded chronic care model: An integration of concepts and strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. Healthcare Quarterly 2003; 7(1), 73–82.

[2]Wagner E.H., Austin B.T. and Von Korff M., Organizing care for patients with chronic illness, Milbank Quarterly 74 (1996): 511-544

3. Dagli Osservatori fragilità/cronicità alla stratificazione dei bisogni delle popolazioni

3.1 Policy sanitarie e personalizzazione delle cure

Per definire le strategie di intervento e personalizzare il percorso di cura è fondamentale la *“stima dei bisogni assistenziali”*, possibilmente in un’ottica di *“One Health*, ovvero della singola persona, un processo che deve tener conto non solo dei criteri clinici ma anche di tutti quei fattori individuali e socio-familiari che possono incidere sulla effettiva capacità del paziente di gestire la propria patologia.

Questi modelli di analisi potrebbero consentire di *“confrontare i costi sanitari di gruppi di popolazione”*, rappresentando quindi uno strumento a disposizione dell’organizzazione sanitaria, sociosanitaria e sociale per spiegare la quota di variabilità dei costi imputabile a differenze nelle condizioni di salute.

Da anni ci si propone di sperimentare un modello di analisi che consenta di definire specifiche modalità di presa in carico per gruppi di assistiti omogenei in relazione alla tipologia e all’intensità del bisogno assistenziale, con particolare attenzione ai soggetti che soffrono di più patologie.

Quindi le analisi di popolazione per la *“differenziazione”* degli interventi richiedono delle proprietà metodologiche a base del processo analitico che si vuole realizzare.

È necessario che il *“sistema/modello”* per la stima dei bisogni assistenziali della popolazione sia:

- *“Valido”*: capace di identificare gruppi omogenei di assistiti;
- *“Integrante”*: orientato all’implementazione di percorsi assistenziali integrati, centrati sul paziente;
- *“Adattabile”*: facilmente rimodulabile sulla base di nuove esigenze di programmazione sanitaria o in funzione di possibili innovazioni di sistema.

3.2. Un sistema “multidimensionale”

Per perseguire gli obiettivi suddetti occorre avere una *“garanzia di flessibilità del sistema”* che consenta di *“caratterizzare”* la popolazione target in funzione delle priorità assistenziali espresse e della programmazione, sia a livello regionale che locale.

Come è noto la Conferenza Stato-Regioni aveva assegnato al NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario) i seguenti obiettivi di “*governance*”:

- Monitoraggio dello stato di salute della popolazione;
- Monitoraggio dell’efficacia/efficienza del sistema sanitario;
- Monitoraggio dell’appropriatezza dell’erogazione delle prestazioni in rapporto alla domanda di salute;
- Monitoraggio della spesa sanitaria;

e anche i seguenti obiettivi di “*servizio/comunicazione*”:

- Disponibilità a livello nazionale di un sistema integrato di informazioni sanitarie individuali;
- Facilitazione dell’accesso degli utenti alle strutture e alle prestazioni attraverso strumenti informatici;
- Promozione della globalizzazione dell’offerta dei servizi.

Tutti gli “*Osservatori Fragilità e Cronicità*” sperimentati in Italia prima del PNRR – vedi AUSL di Bologna, ASL di Viterbo, etc. – hanno messo a disposizione strumenti di lettura integrata dei dati, con gli obiettivi specifici di:

- Migliorare l’erogazione delle prestazioni per il cittadino;
- Migliorare la programmazione sanitaria e sociale, possibilmente integrandole;
- Migliorare la conoscenza dell’offerta presente nei territori “*pubblica*” e “*accreditata*”;
- Migliorare la conoscenza del fabbisogno assistenziale per “*livelli di complessità assistenziale*”;
- Monitorare i LEA e la spesa sanitaria e sociale.

3.3. Le basi dati oggi utilizzabili sono diverse e significative, quali:

- Anagrafi sanitarie,
- SDO (schede di dimissione ospedaliera),
- Esenzioni ticket per patologia,
- AFT (assistenza farmaceutica territoriale),
- FED (farmaceutica ad erogazione diretta),
- Pronto soccorso,
- ASA (assistenza specialistica ambulatoriale),
- Ade ADI (assistenza domiciliare),
- SMAC (assegni di cura),
- DSM (dipartimento di salute mentale),
- Registro di mortalità,
- Indice di deprivazione su base regionale,
- Dati di natura economica (reddito familiare dichiarato per comune),
- Anagrafe comunale (stato civile, titolo studio, composizione famiglia, abitazione di proprietà)
- Eventuali cartelle informatizzate dei servizi sociali (vedi esperienze comune di Bologna, Città metropolitana di Roma e altre).

In figura 1 sono rappresentati alcuni dei fattori principali che potrebbero essere utilizzati per la stima dei bisogni socio-assistenziali.

Attraverso questa metodologia modulare, proposta in via sperimentale dal Dipartimento di Epidemiologia del S.S.R. - Regione Lazio, sarebbe possibile identificare nella popolazione alcuni sottogruppi omogenei e strategici la cui conoscenza, sia quantitativa che qualitativa, può essere di supporto alla programmazione degli interventi per il riordino delle reti territoriali.

Lo sviluppo di questi modelli, in grado di identificare fasce di popolazione omogenee in termini di bisogni assistenziali e socio-assistenziali, consentirebbe di analizzare alcuni dei passaggi più strategici per un'efficiente pianificazione degli interventi: dal disease management al case management, dalla complessità clinica alla vulnerabilità socio-economica, dalle cure primarie all'integrazione dei diversi setting di cura (cure intermedie, assistenza domiciliare).

Se improntati ai principi del Population Health Management, questi approcci possono essere in grado di differenziare anche la popolazione sana, tenendo conto della presenza di fattori di rischio, sia individuali che relativi al contesto, su cui agire con interventi di promozione della salute. Inoltre, utilizzando le informazioni descritte in figura 1, sarebbe possibile calcolare il numero di assistiti esposti ad un numero molto elevato di trattamenti farmacologici.

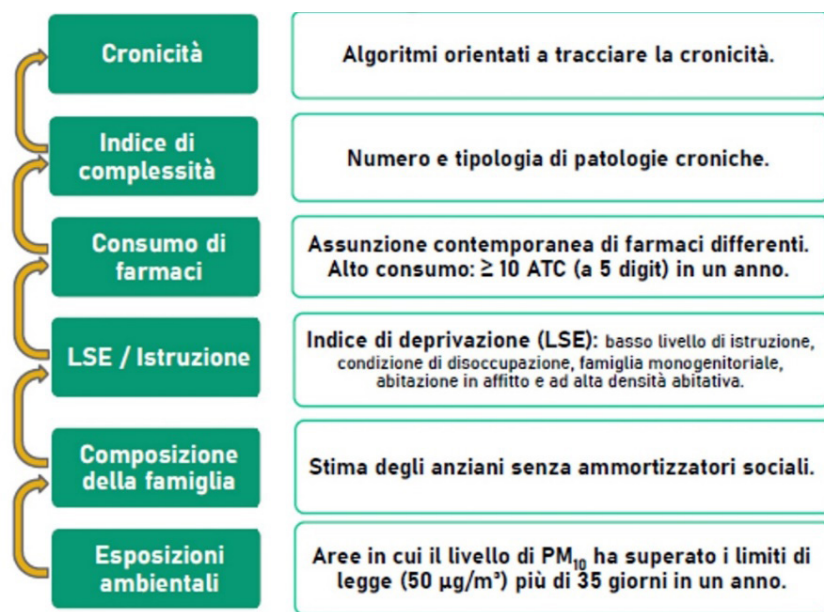
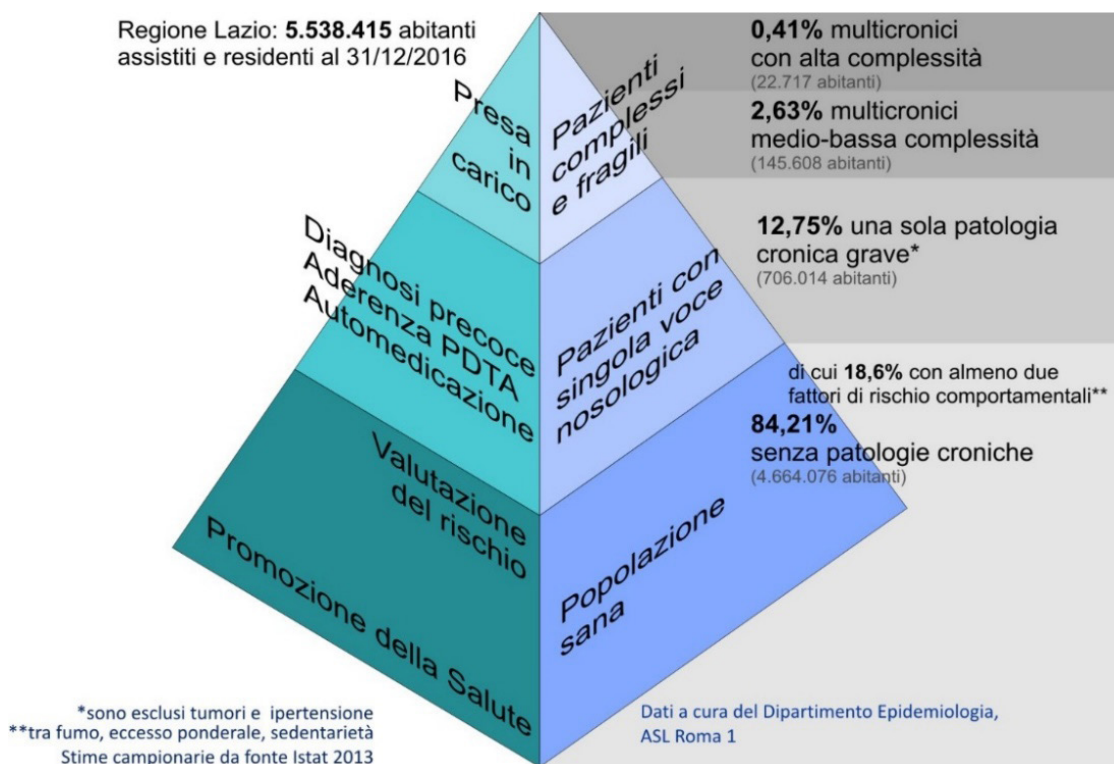


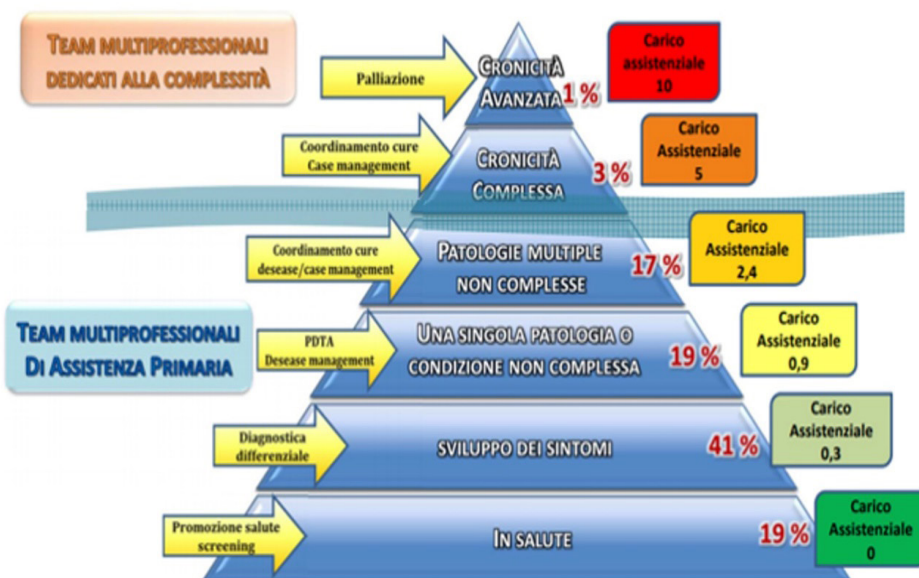
Figura 1. Le dimensioni del bisogno socio-assistenziale

Il tema della politerapia per molto tempo trascurato nei setting territoriali, è di grande rilevanza per i pazienti affetti da più patologie croniche e sottolinea l'importanza di un modello assistenziale realmente centrato sul paziente, in grado implementare azioni di deprescrizione, riconciliazione e semplificazione terapeutica.

L'esperienza del DEP lazio di stratificazione dei bisogni della popolazione per singoli Comuni e per singolo Municipio di Roma Capitale è molto interessante perché porta a sintesi un percorso significativo di analisi iniziato con il PREVALE inizialmente, poi con il PNE e infine con il sito "SaluteLazio.it".



Altro modello di riferimento è quello della Regione Veneto basata su 6 livelli di presa in carico per “intensità di cura e di assistenza”, come segue:



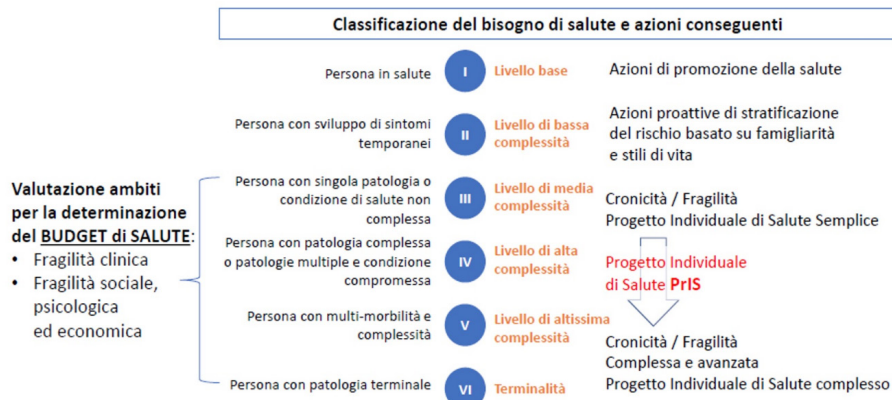
Altro modello significativo e utile è quello sviluppato nella Regione Lombardia con la suddivisione della popolazione per 5 livelli di complessità assistenziale, come da tabella seguente:

Tabella 1. Domanda, bisogni e pertinenza prevalente

	N° Pazienti/ Utenti	DOMANDA	BISOGNI	PERTINENZA PREVALENTE
Livello 1	150.000	Fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio	Integrazione dei percorsi ospedale/domicilio/ riabilitazione/ sociosanitario	Struttura di erogazione Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate
Livello 2	1.300.000	Cronicità poli-patologica con prevalenti bisogni extra-ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/ <i>frequent users</i> e fragilità sociosanitarie di grado moderato	Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prevalentemente farmacologica e di supporto psicologico - educativo) e gestione proattiva del <i>follow-up</i> (più visite ed esami all'anno)	Struttura di erogazione Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate
Livello 3	1.900.000	Cronicità in fase iniziale, prevalentemente mono-patologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale, a richiesta medio- bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari / <i>frequent users</i>	Garanzia di percorsi ambulatoriali riservati/di favore e controllo e promozione dell'aderenza terapeutica	Territorio (MMG proattivo)
Livello 4	3.000.000	Soggetti 'non cronici' che usano i servizi in modo sporadico (prime visite/accessi ambulatoriali veri)	Accessibilità a tutte le Agende ambulatoriali disponibili sul territorio	Territorio (MMG)
Livello 5	3.500.000	Soggetti che non usano i servizi, ma sono comunque potenziali utenti sporadici	Sono solo 'potenziali utenti'	Territorio (MMG)

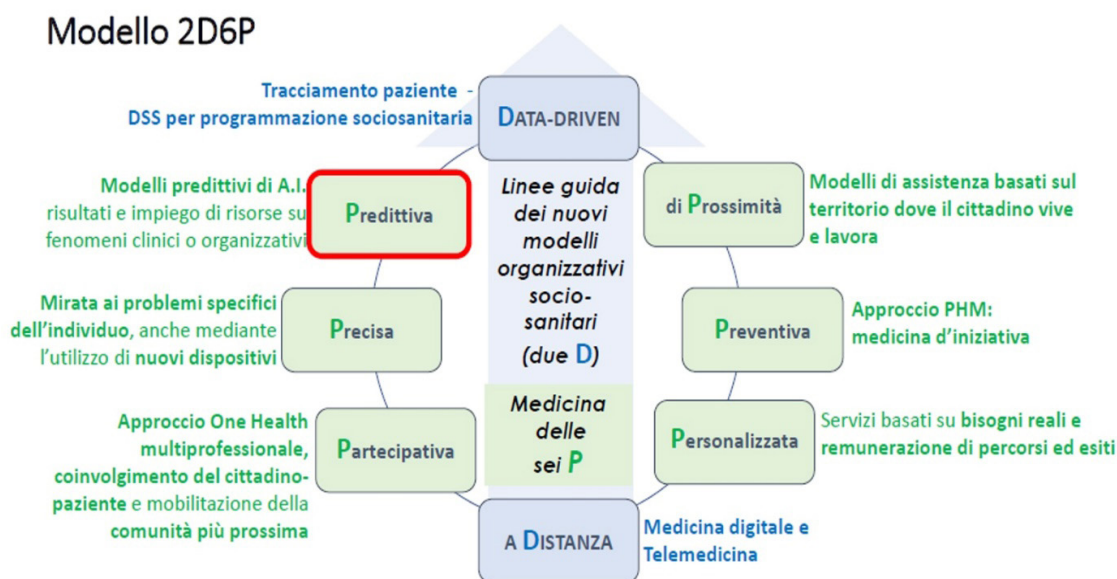
3.4. "Stratificazione della popolazione" – come da PNRR - per la programmazione e la presa in carico

L'implementazione di sistemi di misurazione e stratificazione della popolazione per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, sono in grado di costituire ed alimentare un sistema integrato che contiene informazioni sulle caratteristiche della popolazione assistita in un determinato territorio, sulla prevalenza di patologie croniche, sulla popolazione fragile, e indicatori relativi alla qualità dell'assistenza e all'aderenza alle linee guida per alcune patologie specifiche



Questo può essere fatto implementando una piattaforma informativa di inter operabilità 4.0., basata su algoritmi di Intelligenza Artificiale e su base dati integrate, che sia di supporto per differenziare le strategie di intervento per la *“presa in carico degli assistiti”* sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse, per determinare e gestire i progetti individuali di salute, e per verificare i risultati raggiunti dai servizi sanitari e sociosanitari nella comunità di riferimento.

È possibile arrivare alla definizione di un *“Modello 2D-6P”*, come segue:



Quanto sopra consente, quindi, di avere profili *“dinamici”* della popolazione e di prevedere l'evoluzione dei diversi target di pazienti per il combinato disposto delle politiche attive sanitarie e sociali e dei processi di ingravescenza delle patologie di cui sono portatori.

Applicando queste metodologie e strumenti è possibile:

- Fare scelte di policy sanitaria e socio sanitaria secondo un approccio *“one health”*, centrato sulla persona e su target omogenei di pazienti;
- Recuperare, volendo, appropriatezza, efficacia ed efficienza delle cure, garantendo equità e universalismo;
- Fare programmazione dal lato di una lettura della domanda di sanità e salute e non più solo dal lato dell'offerta che si vuole autoriprodurre.

Altri approcci premiano solo il mercato e le differenze dei redditi.

Questo sempre a proposito del crinale tra sanità pubblica e sanità privata e sempre a proposito di differenze di accesso ai servizi e di disuguaglianze di salute.

La scienza ci dà le riposte possibili, sta poi alla politica e a noi cittadini usarle o farle usare.

Bibliografia

- Gnjidic D, Le Couteur DG, Pearson S et al. High risk prescribing in older adults: prevalence, clinical and economic implications and potential for intervention at the population level. *BMC Public Health* 2013;13:115.2013; ultimo aggiornamento 2015. Disponibile all'indirizzo: <http://www.regione.toscana.it/-/la-fragilita-dell-anziano>
- American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. and transitions between frailty states. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2011;66(11):1238-43.
- AREU.en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf
- Banchieri G., Martino M., Fanello M. (2023) Dagli Osservatori fragilità/cronicità alla stratificazione dei bisogni delle popolazioni, (Quotidiano sanità);
- Banchieri G. (2023)- Il Pnrr e la necessità della stratificazione dei bisogni delle popolazioni osservate (Quotidiano sanità);
- Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded chronic care model: An integration of concepts and strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Healthcare Quarterly* 2003; 7(1), 73–82.
- Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm – issues and controversies. *J Gerontol Biol Sci Med Sci* 2007;62A(7):731- 37.
- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Aff (Millwood)* 2008;27(3):759-69.
- Bouillon K, Kivimaki M, Hamer M et al. Measures of frailty in population-based studies: an overview. *BMC Geriatr* 2013;13:64.
- Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 2009;374(9696):1196-208.
- Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(8):1487-92.
- Decreto Direttore Generale n. 3061 del 17.04.2015. Ulteriori determinazioni in materia di CReG (Chronic Related Group), in attuazione della d.g.r. n. X/2989 del 23 dicembre 2014. BURL – Serie Ordinaria del 22.04.2015.
- Delibera Giunta Regionale n. X/4662 del 23.12.2015. Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018. Bollettino Ufficiale Regione Lombardia - Serie Ordinaria del 04.01.2016.
- Delibera Giunta Regionale n. X/5513 del 02.08.2016. Ulteriori determinazioni in ordine alle linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di
- Deliberazione n. X/6164 del 30.01.2017. Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della Legge n. 23/2015 – Regione Lombardia.
- Di Bari M, Rubbieri G. Comorbidità, disabilità, fragilità. *G Ital Cardiol* 2013;14(3) Suppl 1:6S-11S.
- Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59(3):255-63.
- Gill TM, Gahbauer EA, Han L, Allore HG. The relationship between intervening hospitalizations
- Gill TM, Murphy TE, Gahbauer EA, Allore HG. The course of disability before and after a serious fall injury. *JAMA Intern Med* 2013;173(19):1780-86.
- Gobbens RJ, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols LM. In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. *J Am Med Dis Assoc* 2010;11(5):338-43.
- Gobbens RJ, van Assen MA, Luijckx KG, Schols JM. Testing an integral conceptual definition of frailty. *J Adv Nurs* 2012;68(9):2047-60.
- Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity: An Approach for Clinicians. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(10):E1-25.http://ec.europa.eu/health/indicators/docs/incd_en.pdf
- Hilmer SN, Gnjidic D. The Effects of Polipharmacy in Older Adults. *Nature* 2009;85(1):86-88. Disponibile all'indirizzo: http://www.isdbweb.org/documents/file/1486_4.pdf
- Istat, Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi. 2015. Disponibile al seguente link: www.istat.it/it/archivio/165366
- Karunanathan S, Wolfson C, Bergman H, Béland F, Hogan DB. A multidisciplinary systematic literature review on frailty: overview of the methodology used by the Canadian Initiative on Frailty and Aging. *BMC Medical Research Methodology* 2009;9:68.
- Kinsella K, Phillips DR. Global aging: the challenge of success. *Popul Bull* 2005;60(1):1-44.
- McClintock MK, Dale W, Laumann EO, Waite L. Empirical redefinition of comprehensive health and well-being in older adults of Unites States. *PNAS* 2017;113(22). Disponibile all'indirizzo: <http://www.pnas.org/content/113/22/E3071>
- Ministero della Salute. Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza del paziente complesso. Quaderni del Ministero della Salute n.23, settembre-ottobre 2013.
- Ministero della Salute. Piano Nazionale della Cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016. Disponibile all'indirizzo: www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno

-
- Regione Toscana. SNLG Regioni 21. La Fragilità dell'anziano. Regione Toscana
 - Rockwood K, Bergman H. FRAILTY: A Report from the 3rd Joint Workshop of IAGG/ WHO/SFGG, Athens, January 2012. *Can Geriatr J* 2012;15(2):31-36.
 - Tragni E, Sala F, Casula M. Il paziente anziano complesso: dati epidemiologici e di consumo dei farmaci. *Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione* 2014;6(3):5-16.
 - United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Ageing – Repot*. UN 2015. Disponibile all'indirizzo: www.un.org/
 - Van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1998;51(5):367-75.
 - Wagner E.H., Austin B.T. and Von Korff M., Organizing care for patients with chronic illness, *Milbank Quarterly* 74 (1996): 511-544
 - World Health Organization, Regional Office for Europe. *Integrated surveillance of Noncommunicable diseases (iNCD)*. Geneva, WHO, 2015. Disponibile all'indirizzo:
 - World Health Organization. *Global Health and Aging*. Geneva, WHO, 2011. Disponibile all'indirizzo: www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf
 - Zocchetti C. A quanto ammontano i consumi sanitari di una vita del singolo cittadino? *Statistica&Società – Demografia, Istruzione, Welfare*;IV(3):18-26.

Cambiamento organizzativo e competenze a supporto della presa in carico dei pazienti fragili e cronici e per affrontare le diseguaglianze

Gestione dei progetti e cambiamenti organizzativi: l'innovazione in sanità

Maurizio Dal Maso

Nel 2023 Marco Rotondi, partner dell'Istituto Europeo Neurosistemica, scriveva: *...rendere le Aziende Sanitarie più attrattive credo che sia il progetto, il nodo principale da dover sciogliere per la sopravvivenza stessa del Sistema Sanitario Nazionale. Le attuali criticità sono davanti agli occhi di tutti; se vogliamo guardare le cifre più prudenziali (quelle più allarmistiche sono addirittura il doppio), oggi mancano 20.000 medici e 65.000 infermieri. Inoltre nei prossimi 3-4 anni andranno in pensione circa 29.000 medici e 21.000 infermieri; in aggiunta a questi il 28% degli operatori sanitari è intenzionato a utilizzare il prepensionamento. Negli ultimi tre anni hanno lasciato l'Italia circa 21.000 medici e 18.000 infermieri; soltanto in 5 mesi (giugno-ottobre 2023) sono stati 1.500 gli operatori sanitari che si sono informati per andare a lavorare in Arabia Saudita. Accanto a questi processi bisogna poi considerare anche il fenomeno Great Resignation, le dimissioni volontarie, che anche in Italia ormai è esploso; il 3% circa dei professionisti sanitari ogni anno danno dimissioni volontarie, abbandonando il lavoro e andando spesso a fare lavori che non sanno ancora. Negli ultimi tre anni sono stati circa 10.000 i medici e 21.000 gli infermieri che hanno dato le dimissioni volontarie (1).*

Questa è, oggi, la vera priorità del SSN/SSR: le persone ovvero il capitale umano, dato che la gestione dei processi e la realizzazione dei progetti sono, da soli, inefficaci per fare innovazione e cambiamenti strutturali se mancano “le gambe” ovvero le “*persone giuste al posto giusto nel momento giusto e per il tempo giusto*” che li realizzano

Secondo l'Enciclopedia Treccani, il termine innovazione rappresenta l'atto, l'opera di innovare cioè di introdurre nuovi sistemi, nuovi ordinamenti, nuovi metodi di produzione.

Quindi è ogni novità, mutamento, trasformazione che modifichi radicalmente o provochi comunque un efficace svecchiamento di un ordinamento politico o sociale, di un metodo di produzione, di una tecnica anche in particolari prodotti o servizi.

Esistono 4 categorie di innovazione di prodotto o servizio secondo Henderson e Clark (2) che, nel 1990, le hanno definite di tipo incrementale, modulare, radicale o strutturale. Quella che interessa di più in sanità è quella strutturale ovvero quella “disruptive”, come la definiva Eric Topol nel 2012, quella che sostituisce le vecchie organizzazioni, la forza lavoro, i processi, i prodotti, i servizi e le tecnologie.

Più in generale si può considerare questa innovazione in sanità come quella che si introduce partendo dal

basso dimostrando la sua efficacia e crescendo all'interno del sistema, non il contrario, avendo chiaro quale è l'obiettivo, ovvero risolvere al meglio i bisogni, vecchi e nuovi, dei pazienti.

Il processo di digitalizzazione, forse il più evidente esempio di innovazione che insieme alla Intelligenza Artificiale dovremo gestire prossimamente, dovrà procedere su alcuni punti essenziali quali la promozione dell'Evidence-based management, lo sviluppo di una nuova infrastruttura tecnologica, la guida nel ri-disegno dei modelli organizzativi dei servizi ed il rafforzamento delle competenze formative in generale e digitali, in particolare, a tutti i livelli e per tutti i professionisti coinvolti nei processi sanitari e socio-sanitari.

Il punto nodale è, quindi, progettare i nuovi modelli delle organizzazioni "digitali" ovvero ideare cosa e come fare per realizzare questo cambiamento epocale, in quanto sarà contemporaneamente globale e veloce come mai era accaduto prima nella storia del nostro SSN/SSR.

L'OMS ha stimato che nel 2016 circa il 70% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia stato consumato per la gestione delle malattie croniche e questo dato aumenta la consapevolezza dell'urgenza di ripensare i modelli organizzativi della sanità attuale, ancora basata su logiche di "silos" (Ospedale, Distretto, ADI, Cure primarie) e troppo focalizzati sul trattamento delle acuzie. La logica attuale dei "silos" è ormai insostenibile sia da un punto di vista dell'efficacia clinica sia dell'efficienza gestionale dei pazienti, in generale, e di quelli cronici in particolare. Oggi dovrebbero essere già operativi i nuovi modelli organizzativi sanitari e socio-sanitari, ricordando che la tecnologia è senza dubbio il fattore abilitante ma viene sempre dopo, mai prima, rispetto al cambiamento organizzativo. Questo è il motivo per cui si ritiene che il digitale è un potenziale fattore di innovazione inclusiva perché riduce il peso delle distanze e delle differenti competenze, aspetti che nei cambiamenti "disruptive" possono essere compromessi. Ma se osserviamo l'indicatore DESI del 2022, (vedi Fig. 1), ci accorgiamo che l'Italia ha molto da fare proprio in questo settore ovvero abbiamo ancora ampi margini di miglioramento rispetto alle altre nazioni europee. L'OMS ha stimato che nel 2016 circa il 70% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia stato consumato per la gestione delle malattie croniche e questo dato aumenta la consapevolezza dell'urgenza di ripensare i modelli organizzativi della sanità attuale, ancora basata su logiche di "silos" (Ospedale, Distretto, ADI, Cure primarie) e troppo focalizzati sul trattamento delle acuzie. La logica attuale dei "silos" è ormai insostenibile sia da un punto di vista dell'efficacia clinica sia dell'efficienza gestionale dei pazienti, in generale, e di quelli cronici in particolare. Oggi dovrebbero essere già operativi i nuovi modelli organizzativi sanitari e socio-sanitari, ricordando che la tecnologia è senza dubbio il fattore abilitante ma viene sempre dopo, mai prima, rispetto al cambiamento organizzativo. Questo è il motivo per cui si ritiene che il digitale è un potenziale fattore di innovazione inclusiva perché riduce il peso delle distanze e delle differenti competenze, aspetti che nei cambiamenti "disruptive" possono essere compromessi. Ma se osserviamo l'indicatore DESI del 2022, (vedi Fig. 1), ci accorgiamo che l'Italia ha molto da fare proprio in questo settore ovvero abbiamo ancora ampi margini di miglioramento rispetto alle altre nazioni europee.

Questo è il motivo per cui si ritiene che il digitale è un potenziale fattore di innovazione inclusiva perché riduce il peso delle distanze e delle differenti competenze, aspetti che nei cambiamenti "disruptive" possono essere compromessi.

Ma se osserviamo l'indicatore DESI del 2022, (vedi Fig. 1), ci accorgiamo che l'Italia ha molto da fare proprio in questo settore ovvero abbiamo ancora ampi margini di miglioramento rispetto alle altre nazioni europee.

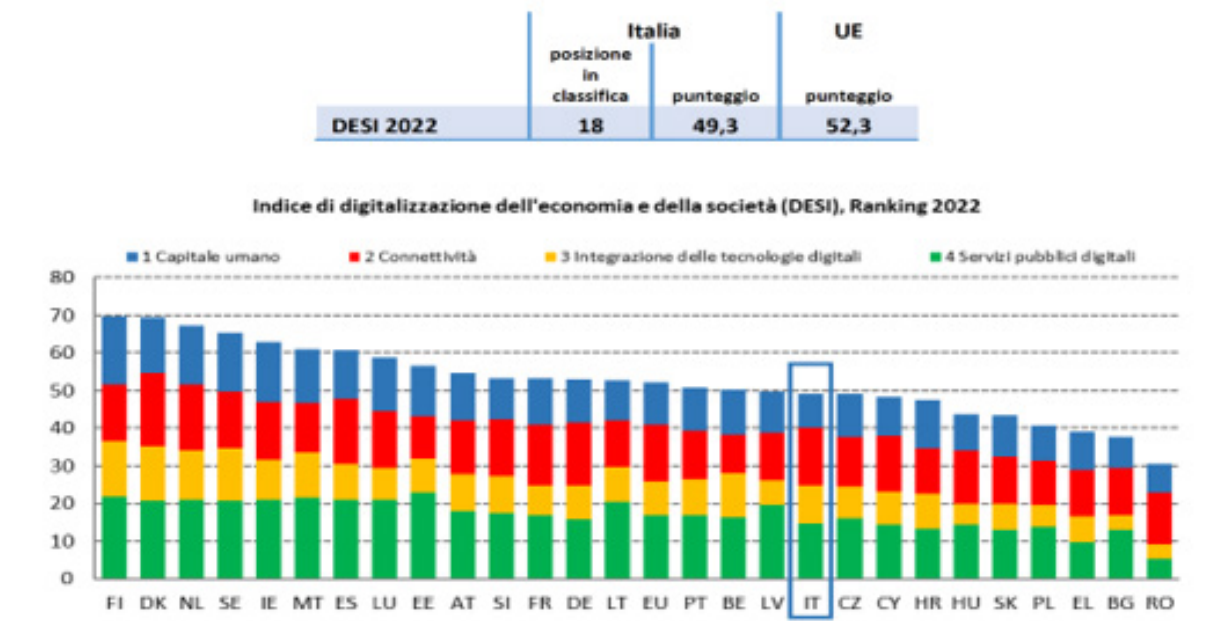


Figura 1

Il *Digital Economy and Society Index* (DESI) misura i progressi dei Paesi europei in termini di digitalizzazione dell'economia e della società. Valuta e confronta il grado di sviluppo della digitalizzazione in quattro ambiti principali, ovvero il capitale umano, la connettività, l'integrazione delle tecnologie digitali e l'implementazione di servizi pubblici digitali.

Direttamente associato al concetto di innovazione troviamo quello del cambiamento, inteso come quella azione che si genera lavorando sulla cultura e quindi sulle competenze individuali che sono alla base delle organizzazioni sanitarie, non il semplice ruolo, la funzione o la mansione.

Questo si attua usando, anche, uno strumento potente di cambiamento organizzativo, il Project Management (PM) che riesce a legare insieme in modo unico innovazione, valore e sostenibilità.

Il PM si definisce come l'insieme delle metodiche che permettono la realizzazione di un progetto, inteso come *"l'insieme di persone, risorse e fattori organizzativi, riuniti temporaneamente per raggiungere uno specifico obiettivo, con un budget prefissato e in un periodo temporale predefinito"*.

Le caratteristiche del PM sono diverse: usare un approccio strutturato (team di progetto), aggregare tutte le competenze e le risorse necessarie, definire il progetto in termini di obiettivi, ambiti, costi/ricavi, risorse e tempi sottendendo questo insieme di fattori al raggiungimento completo della performance di qualità, generando esiti e *"valore"* in precedenza definiti.

Per realizzare il cambiamento nelle organizzazioni sanitarie tra i valori tradizionali e l'innovazione seguendo le linee programmatiche dello sviluppo della qualità interna al SSN/SSR, bisogna attuare nuove modalità gestionali ed il PM è una di queste proprio perché è in grado di riorientare il comportamento degli attori interni ed esterni alla Azienda coinvolti nella realizzazione dei servizi di tutela della salute, accrescerne il valore e aumentare il senso di appartenenza all'Azienda: tutti questi elementi sono necessari per migliorare stabilmente la produzione e l'erogazione dei servizi sanitari.

Il PM tratta della pianificazione e della realizzazione di iniziative definite progetti. Il fine di un progetto è il raggiungimento di uno specifico obiettivo e questo strumento è coerente con le logiche della pianificazione aziendale intesa come processo decisionale attraverso il quale si definiscono le finalità, gli obiettivi della organizzazione, il loro impatto sui mezzi da utilizzare e sulle politiche che debbono governare l'acquisizione, l'allocazione e l'uso ottimale di tutte le risorse umane e strumentali.

Lavorare per progetti significa pianificare, programmare, organizzare e coordinare tutte le risorse necessarie per lo svolgimento di attività tra loro correlate e finalizzate al raggiungimento di un obiettivo predefinito in presenza di condizioni di rischio e di vincoli. Peculiarità di questo approccio gestionale è la costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari e multispecialistici, costituiti da personale proveniente da diverse aree funzionali aziendali e collocato gerarchicamente su livelli diversi.

Il PM è il processo di pianificazione, organizzazione, direzione e controllo di un gruppo di persone operanti come gruppo temporaneo (3) e tratta della pianificazione, della programmazione e della realizzazione di iniziative, definiti progetti.

I concetti ed i sistemi utilizzati per gestire i progetti, e le loro difficoltà, derivano dalla natura e dalla complessità dei progetti stessi (4). Il PM è una specifica modalità di gestione di azioni complesse, caratterizzato da un alto livello di integrazione di processi e competenze diverse che, attraverso una serie di strumenti a supporto delle fasi di pianificazione, programmazione, gestione e controllo di costi/ricavi, tempi e risorse, si pone a garanzia della performance complessiva del progetto stesso.

È, quindi, un'attività non ripetitiva, finalizzata al raggiungimento di un obiettivo in un predeterminato periodo di tempo, realizzato utilizzando risorse di natura diversa.

Il PM è uno strumento di gestione aziendale che lega la pianificazione alla programmazione, in quanto è orientato ai risultati, basato su tecniche organizzative articolate e flessibili, adottato in situazioni contraddistinte da particolare complessità dei problemi da affrontare, straordinarietà delle dimensioni o degli scopi dell'intervento, carattere innovativo o sperimentale dell'approccio o delle tecnologie, elevata o crescente instabilità dell'ambiente.

L'attuale evoluzione del PM si muove verso un contesto in cui viene enfatizzata l'importanza di un progetto in termini di creazione di valore per l'Azienda intesa come "*performing organization*", in cui il ruolo di un project manager si evolve integrando anche compiti di proposizione e valutazione dei progetti.

In questi nuovi approcci si colloca la metodologia Agile, inizialmente nata e sviluppata nel mondo dell'*Information & Communication Technology* (ICT) che poi si è estesa ai più diversi settori e che si basa essenzialmente su alcuni principi quali l'importanza delle relazioni umane, la funzionalità reale dei servizi, la collaborazione dei clienti e la disponibilità di accogliere cambiamenti in corso di sviluppo del progetto stesso.

In pratica i cambiamenti organizzativi previsti nel futuro SSN/SSR saranno progetti sulla direzione del cambiamento e i team di progetto potranno adeguare il raggiungimento dei risultati attesi passando da tecniche classiche "*Waterfall*" (*il ciclo di vita di un progetto : ideazione, pianificazione, esecuzione, controllo e chiusura o, in base a quanto prevede la norma UNI ISO 21502, programmazione, progettazione, affidamento ed esecuzione*) a quelle "*Agile*" con uso intensivo delle metodologie *lean* da parte di project manager esperti che dovranno usarle per coordinare al meglio i diversi componenti dei loro team di progetto.

Ne saremo capaci ovvero saremo pronti per fare questo cambiamento assolutamente necessario, cioè avremo tanti project manager giusti al posto giusto nel momento giusto, per il tempo giusto e, più in generale, potremo davvero ripensare il SSN/SSR nell'ottica Agile superando, dove necessario, quella *Waterfall* ovvero sviluppare un mix dei due modelli?

Questo è il punto essenziale: la gestione dei progetti di cambiamento con uso bilanciato di tecniche diverse, la necessità di avere project manager con competenze diverse, la presenza di sponsor di progetti esperti e capaci anche di gestire le “*turbolenze*” che l’implementazione dei progetti genereranno, la creazione di una rete attiva di comunicazione e di condivisione costante con gli utenti finali sugli obiettivi intermedi e quelli a lungo periodo ricercati (5).

Ogni organizzazione sanitaria vive di processi/operazioni (*Operation Management*, OM) e di progetti (PM), entrambi sono eseguiti da persone e con vincoli di risorse ma, i processi, intesi come una sequenza strutturata di attività finalizzate a produrre un servizio che ha valore per il cliente finale, sono caratterizzati da lavoro ripetitivo, continuativo, seriali, ricorrente che si misura con indicatori di efficacia/efficienza, produttività, sicurezza e simili.

I progetti, invece, sono caratterizzati da lavoro non ripetitivo, temporaneo, unico e non ricorrente e servono a portare essenzialmente l’innovazione nelle Aziende.

Esiste un’area comune fra OM e PM ed è rappresentata dalla ricerca del miglioramento continuo della performance aziendale e dalla costante del lavoro in team, dove l’OM rappresenta le metodologie di gestione dei processi produttivi in essere, mentre il PM è lo strumento di gestione dei progetti di miglioramento/cambiamento (routine) ovvero di innovazione intesa come la trasformazione strategica di una organizzazione, definita come un insieme di risorse orientate al perseguimento di una finalità comune in costante rapporto di evoluzione con l’ambiente di riferimento.

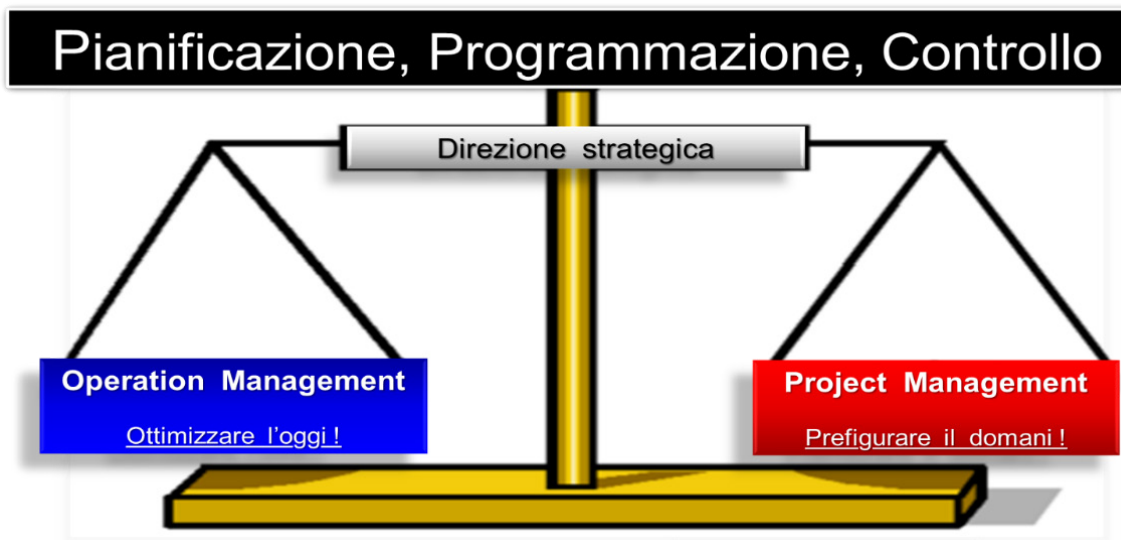


Figura 2 - mostra in modo sintetico l’operatività quotidiana di una organizzazione sanitaria.

I progetti nascono e vivono per supportare il raggiungimento degli obiettivi strategici di un’organizzazione e, quindi, il PM deve essere coerente alla gestione strategica di quella organizzazione, considerando che nelle diverse Aziende la funzione di PM può essere strutturata in modo diverso a seconda delle esigenze, della cultura aziendale e della tipologia dell’esito assistenziale atteso.

La gestione dell’equilibrio dinamico fra operazioni e progetti è l’attività primaria che svolgono le direzioni strategiche nelle organizzazioni sanitarie, ma dovremmo essere già oltre questa fase dato che

i bisogni a cui dare risposta sono molto diversi da almeno 20 anni e le organizzazioni invece lavorano ancora con modelli obsoleti.

Potremmo dire che in tutti questi ultimi anni le Direzioni aziendali hanno proposto ai cittadini, e non sempre e solo per colpe loro, quello che H. Ford diceva nel 1922, ovvero: *“ogni cliente può ottenere una Ford T colorata di qualunque colore desideri, purché sia nero”*.

È interessante ricordare che negli ultimi 20 anni le Aziende sanitarie in Italia sono state ridotte di numero e questo fattore ha comportato diversi vantaggi e svantaggi.

Tra i primi possiamo ricordare l'efficienza amministrativa, la riduzione dei costi ed un miglior coordinamento generale anche sul versante della collaborazione e della comunicazione.

Tra i secondi, invece, il rischio di centralizzazione, l'induzione di fenomeni di resistenza al cambiamento ma anche la perdita di prossimità.

Questo ultimo fattore ha avuto importanti ripercussioni sulle dinamiche di gestione delle Direzioni aziendali perché si è, di fatto, creato un progressivo allontanamento dei vertici aziendali dalle linee operative.

Ciò ha generato la necessità di avere un diverso sistema di coordinamento e controllo che superasse i vecchi modelli quali quello della supervisione diretta, dell'adattamento reciproco, della standardizzazione di processi e conoscenze, dei piani e dei programmi ed anche dei ruoli di coordinamento.

Quest'ultimo aspetto è molto importante perché ha fatto emergere delle nuove figure, i “middle manager” che sono i professionisti che detengono autorità formale e competenze professionali che collegano il vertice strategico con il nucleo operativo.

Si collocano in vecchie ma anche nuove funzioni aziendali con responsabilità trasversali di progetto, processo, integrazione, coordinamento e sviluppo di piattaforme produttive.

Inoltre sono le figure professionali in cui di più si apprezza la presenza delle “*non technical skill*” che sono quelle abilità cognitive, personali e relazionali, che si integrano con le abilità tecnico-professionali quali ad esempio la comunicazione, la consapevolezza situazionale ovvero la capacità di prestare attenzione all'ambiente di lavoro, il *decision making*, la leadership, il lavoro in team, la gestione dello stress, la capacità di sostenere la fatica, ... ovvero le famose “*soft skill*” che sono le caratteristiche essenziali e prioritarie per raggiungere i risultati attesi in un'Azienda sanitaria, e non solo.

Le funzioni tipiche dei middle manager all'interno delle Aziende sanitarie sono diverse e potremmo ricordare le sinergie per l'efficacia, le garanzie dell'*outcome*, la continuità delle cure, l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, l'orientamento al paziente, la sicurezza e la qualità delle cure, la valorizzazione e lo sviluppo delle risorse umane, l'ottimizzazione dell'uso delle risorse, la responsabilizzazione economico-finanziaria e l'organizzazione e sviluppo della ricerca e dei nuovi modelli assistenziali.

Chi sono i *middle manager*? Appartengono a 5 famiglie professionali e a 12 profili professionali: direttori di dipartimento e direttori delle professioni sanitarie, direttori di presidio e di distretto, farmacisti ed ingegneri clinici e gestionali, responsabili degli acquisti, degli uffici tecnici, dei sistemi informativi e direttori delle risorse umane, risk manager e responsabili sicurezza, prevenzione e protezione.

Tutto ciò oggi è strategico, essenziale per ridefinire le azioni delle organizzazioni sanitarie in linea con quanto si intende fare per produrre “*salute*” che, dal 2011 l'OMS definisce come “*la capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive*”.

Questa nuova definizione porta conseguentemente ad una visione più razionale dell'uso delle risorse disponibili e necessarie per ottenere esiti positivi sui livelli di salute della popolazione.

La salute viene ad essere intesa come convivenza ed accettazione dello stato di salute di “quel momento” che comunque consente la capacità di autogestirsi, quindi di vivere, anche in condizioni di irreversibile perdita della salute.

Quindi il “ciclo del PM” che è mostrato nella sottostante Fig. 3, rappresenta il *modus operandi* delle organizzazioni sanitarie in termini di equilibrio dinamico fra le operazioni ovvero le attività in essere e lo sviluppo dei progetti intesi come il futuro della operatività della organizzazione stessa, il tutto in un continuum operativo che vede la costante integrazione di progetti e processi.

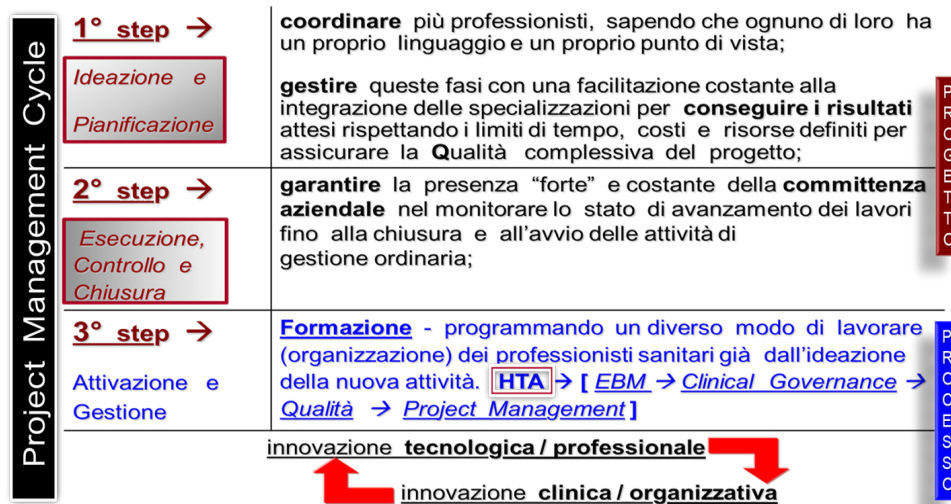


Figura 3 - è evidenziato il ciclo di produzione completo di una Azienda sanitaria ovvero come si susseguano fra loro progetti e processi e di come questi debbano essere coordinati durante la loro realizzazione sia con nuovi piani di formazione, sia con azioni di coordinamento con le attività in essere della Azienda sapendo che ogni progetto realizzato diventerà, una volta concluso, un nuovo processo di produzione della organizzazione stessa.

Infine bisogna ricordare che ogni innovazione tecnologica richiede sempre un diverso modello organizzativo che dovrà essere preparato prima, e non dopo, l’inserimento della innovazione tecnologica stessa e che dovrà essere accompagnato da specifici piani di formazione professionale multidisciplinare.

La complessità attuale del mondo sanitario e socio-sanitario è espressa nell’acronimo VUCA: volatile, incerto, complesso, ambiguo o da quello più recente BANI (*Brittle, Anxious, Nonlinear, Incomprehensible*), che hanno in comune il modo in cui si richiedono al management aziendale a tutti i livelli (direzione strategica e middle management) livelli sempre maggiori di leadership oltre alla capacità di gestire le Aziende con strumenti idonei e con metodologie che tengano conto della ricaduta di questi nuovi fattori sulle organizzazioni stesse (6).

In un mondo VUCA, ad esempio, è opportuno un approccio equilibrato che tenga conto delle potenzialità dell’innovazione senza tuttavia esporsi troppo alle sue conseguenze qualora l’innovazione si rivelasse una strada senza via d’uscita. Anche l’apertura alla sperimentazione non deve suscitare false certezze.

Nel mondo VUCA, l’autoconsapevolezza psicologica e fisica è uno status che facilita le decisioni nel quadro di una forte instabilità e variabilità del panorama circostante.

E questo vale per tutti i professionisti e, ancor più, per i loro manager chiamati a dare grande importanza al benessere dei loro collaboratori per stimolarne soddisfazione e produttività. Infine, non va sottovalutata la propensione ad accogliere il cambiamento come costante della vita lavorativa che implica la disponibilità

continua a imparare cose nuove, dando priorità a ciò che serve in un mondo nel quale il tempo è molto spesso la variabile dominante rispetto a tutte le altre (6).

LE 4 DIMENSIONI DI UN MANAGEMENT SANITARIO «VUCA»	
1. Governo dell'inatteso.	Nelle organizzazioni sanitarie il «non atteso» è una esperienza quotidiana e non eccezionale. La risposta dell'organizzazione è la « resilienza » intesa come capacità di reggere a pressioni e sollecitazioni esterne. Ciò vale anche nelle situazioni «attese» dove ci deve essere una azione di segnalazione dalla base verso la Direzione che richiede la capacità di prevedere e anticipare risposte a questi eventi attesi che sono prevedibili ma non prevenibili.
2. Diversa architettura dei processi lavorativi.	Nelle organizzazioni sanitarie dovranno coesistere assetti organizzativi nuovi, «ibridi» (→ team di progetto) fatti di differenziazione specialistica insieme ad integrazione e quindi dovrà essere profondamente rivista la <u>formazione professionale</u> , <u>le norme contrattuali oltre che di sviluppo di carriera e dei relativi sistemi premianti legati alla misurazione della performance finale.</u>
3. Orientamento a nuovi valori.	Nelle organizzazioni sanitarie dovrà essere prassi corrente apprendere dagli errori, «imparare facendo», sviluppare la capacità di lavorare correttamente in ambienti in cui coesistono incertezza, trasformazioni, evoluzioni e mutamenti sempre più rapidi e tumultuosi (→ soft skills).
4. Alta affidabilità organizzativa per una corretta governance dei processi produttivi.	Nelle organizzazioni sanitarie dovranno essere coordinate azioni diverse anche contrastanti tra loro, per gestire in modo nuovo e dinamico le relazioni fra tutti i professionisti coinvolti nei processi di cura, al di là delle singole specializzazioni e dei luoghi fisici in cui vengono fornite le prestazioni sanitarie.

Figura 4.

Il mondo VUCA ci riporta alla considerazione iniziale ovvero le persone intese come fattore di successo di una organizzazione ricordando che prima degli anni del Covid-19, secondo un'indagine del Project Management Institute (PMI) (7), le organizzazioni sprecavano in media 114 milioni di sterline per ogni miliardo di sterline speso in progetti e programmi a causa delle performance finali scadenti.

Con un'economia ancora debole, come quella in cui siamo tuttora immersi, è un lusso che non possiamo permetterci.

Ecco perché l'investimento che serve è quello sulle persone ma come farlo e, soprattutto, come essere certi di raggiungere il risultato atteso?

Intanto usando sempre di più e meglio il PM avendo chiaro i limiti che oggi sono emersi ma anche tutte le enormi potenzialità di uno strumento che permetterebbe uno stabile miglioramento di tutto il SSN/SSR (vedi Fig. 5)

P. M. in sanità	SI (domani ?)	NO (oggi !)
Punti di forza	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Team esperto e addestrato ▪ Autorità decisionale definita ▪ Supporto alla leadership 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Strutture sanitarie pubbliche e PA gestiscono impegno ▪ Autorizzazioni formali e burocrazia
Punti di debolezza	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mancanza di esperienza ▪ Vincoli di risorse ▪ Lacune normative/comunicative 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestione degli stakeholders «complessa» ▪ Cultura non orientata ai risultati
Criticità	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tendenze del «mercato sanitario» ▪ Potenziale di collaborazione ▪ Progressi tecnologici 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preparazione del personale ▪ Strumenti operativi ▪ Sistemi premianti
Opportunità	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Panorama competitivo ▪ Cambiamenti economici ▪ Eventi o mutamenti esterni 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Controllo effettivo e integrato di : tempi, risorse, costi/ricavi → Qualità

Figura 5.

Cosa serve oggi al SSN/SSR per fare davvero “*innovazione*”?

Partendo dalla consapevolezza che oltre il 50% del personale del SSN/SSR cambierebbe lavoro non per soldi o incentivi ma per un ambiente lavorativo migliore, si dovrebbe cominciare a sviluppare progetti di innovazione nelle aree strategiche di fidelizzazione del personale (*condizioni di lavoro, cultura organizzativa, relazioni e richieste di lavoro, caratteristiche personali e servizi per i dipendenti*) e nei fattori di fidelizzazione dei professionisti quali la soddisfazione dal lavoro, lo sviluppo di carriera, un accettabile equilibrio vita privata/lavoro e un disponibile impegno organizzativo e tecnologico (1).

Successivamente ipotizzare un’azione congiunta a tutti i livelli istituzionali per cambiare rapidamente e stabilmente normative e modelli organizzativi.

Da troppi anni conviviamo, e ne vediamo tutti i giorni i risultati negativi, con la consapevolezza che nessuna organizzazione può funzionare se gli incentivi dei suoi professionisti non sono allineati alle finalità generali della organizzazione stessa.

Oggi i comportamenti di tutti i professionisti sanitari non sono determinati dagli obiettivi aziendali generali espressi dalle normative bensì dal sistema premiante connesso ai comportamenti stessi: solo se il sistema premiante individuale è coerente con gli obiettivi generali aziendali questi saranno perseguiti.

Quindi dovremo agire per semplificare e riorientare l’organizzazione delle Aziende sanitarie per migliorare la soddisfazione personale, valorizzare il merito, ridare “piacere” al lavoro e fornire una migliore qualità di vita di tutti i professionisti perché sono loro il “motore” delle organizzazioni sanitarie.

Fare innovazione significherà, *in primis*, agire sulle persone, riscoprendo la “motivazione” per spingere tutti i professionisti verso un “cambiamento condiviso” attraverso nuovi modelli organizzativi e assetti normativi coerenti con gli obiettivi personali che dovranno essere allineati a tutti i livelli con quelli istituzionali.

In accordo con A.H. Maslow il prossimo progetto di innovazione dovrà partire dalla motivazione, ovvero dall’insieme strutturato di esperienze soggettive che spiega l’inizio, la direzione, l’intensità e la persistenza di un comportamento diretto ad uno specifico scopo.

È un fatto soggettivo intrinseco alla persona stessa che si traduce in comportamenti, atteggiamenti, intenzioni e obiettivi di scopo, ma quali sono i possibili obiettivi?

L’attività lavorativa è uno degli elementi, se non quello principale, dello status sociale e della identità personale, ma gli elementi che connotano un contesto motivante si riferiscono a 4 aree specifiche, ovvero quella:

1. Dello sviluppo: crescita professionale, formazione e sistemi di valutazione. I collaboratori vogliono essere formati, valutati e promossi;
2. Delle relazioni: comunicazione interna, rapporti interpersonali, clima e benessere organizzativo. I collaboratori vogliono essere stimolati, coinvolti, inseriti in team di progetto;
3. Del ruolo: contenuti tecnici del proprio lavoro e tecnologie disponibili. I collaboratori vogliono essere apprezzati, spronati e creduti;
4. Della gestione: benefit diversi e livelli di retribuzione. I collaboratori cercano essenzialmente una buona retribuzione.

Appare evidente che solo la quarta area è estrinseca ed è legata primariamente alla remunerazione, mentre le altre 3 aree sono intrinseche e toccano le “*leve*” motivazionali da usare, in una moderna gestione delle risorse umane, per ricercare un maggiore coinvolgimento delle persone finalizzato ad un maggiore impegno e alla esplicitazione massima delle loro potenzialità professionali ed umane.

Ne deriva, ricollegandoci con quanto espresso in precedenza, che oggi nel SSN/SSR non abbiamo una reale ed efficace gestione delle risorse umane che sono, invece, il primo fattore di successo delle nostre organizzazioni,

a dimostrazione che ci siamo dimenticati quanto diceva H. Ford più di 100 anni fa, ovvero che *“le due cose più importanti che non compaiono nel bilancio di una Azienda sono la sua reputazione e i suoi uomini”*.

Oggi è giunto il momento di porre rimedio a questa situazione e quindi non posso che concludere augurando *“buon project management a tutti”*.

Bibliografia

1. Rendere le Aziende sanitarie più attrattive, M. Rotondi, Neurosystemics n° 23/2023.
2. Architectural Innovation: The Reconfiguration of Existing Product Technologies and the Failure of Established Firms, Administrative science quarterly, Henderson R., Clark K., 1990/03/01.
3. D.R. Archibald, S.C. Archibald, Governare e gestire l'innovazione, Franco Angeli, Milano, 2013.
4. T.L. Young, Project Management in pratica, Franco Angeli, Milano, 2009.
5. E. Mastrofini (a cura di), Guida alle conoscenze di gestione progetti, Franco Angeli, Milano, 2020.
6. D. Bodega, G. Scaratti, Organizzazione, Egea Milano, 2013.
7. VUCA e BANI: due modelli che descrivono l'incertezza del mondo attuale. Greco C. <https://www.digital4.biz/executive/vuca-e-bani-due-modelli-che-descrivono-la-incertezza-del-mondo/>

La Formazione del personale del SSN

Silvia Boni

1. Introduzione

In queste pagine ci si propone di indagare sullo stato dell'arte della Formazione continua del personale del SSN per verificare quali siano stati finora gli attori principali, le strategie adottate, le risorse in campo e il loro utilizzo, al fine di cogliere indicazioni utili a far sì che la formazione sia potenziata, valorizzata e messa in grado di sostenere realmente il cambiamento.

Nel nostro Paese è in atto, infatti, una profonda riorganizzazione del sistema sanitario pubblico in risposta agli attuali bisogni di salute della popolazione. Parliamo, come ormai noto, di una popolazione sempre più anziana, portatrice di morbilità e comorbilità, che deve trovare una risposta continuativa di assistenza e di cura sul territorio da parte delle nuove strutture come le Case della Salute, l'Ospedale di Comunità, i servizi integrati assistenziali ai quali si viene indirizzati attraverso le COT (Centrali Operative Territoriali) che coordinano la presa in carico delle persone bisognose di cure e agiscono in stretto rapporto con i servizi e i professionisti.

Disponiamo delle risorse umane da un punto di vista qualitativo e quantitativo, necessarie a dare attuazione al tipo di modello proposto sul territorio? Sono riscontrabili, sia a livello operativo dei professionisti sanitari che gestionale organizzativo dei manager, le competenze necessarie? Come cambiano gli approcci formativi in una fase in cui la tecnologia e l'A.I. rivoluzionano non solo le modalità esplicative ma anche i contenuti stessi delle professioni facendo evolvere rapidamente le identità e l'autonomia professionale?

La formazione è un investimento: il sistema investe sui professionisti sanitari e i professionisti investono su loro stessi, in tale prospettiva verranno analizzate le dinamiche, centrali per lo sviluppo del sistema, riscontrabili tra l'organizzazione da un lato e il personale che in essa opera dall'altro per comprendere come, anche nel SSN, sia profondamente cambiato, negli anni, il rapporto di lavoro tra il singolo professionista e l'organizzazione. Capire queste dinamiche può rendere più lucida la messa a punto di strategie volte a contenere la fuga dei professionisti dal servizio pubblico e più attraente rimanere ad operare nei servizi pubblici o entrare a far parte del SSN.

Infine, verrà accennato al quadro dei progetti europei che si sono sviluppati, o sono ancora in atto, in materia

di pianificazione e programmazione del fabbisogno del personale sanitario per un confronto produttivo sulle metodologie e strategie comuni da adottare, visto che alcune difficoltà (quali ad es. *shortage* di personale, mancanza di motivazione, basse remunerazioni che hanno indotto una “proletarizzazione” del ruolo medico) si riscontrano in diversi Paesi europei (Banchieri, Vannucci 2024)¹ e non solo europei.

Scenario normativo e di indirizzo



2. Lo scenario di riferimento

Si intende qui cogliere in stretta sintesi, giusto per sottolineare come una maggiore consapevolezza stia maturando nei confronti del personale sanitario e dell'investimento in risorse umane, i tratti significativi di alcuni degli Atti di Indirizzo, Decreti e Piani che presentano indicazioni (e/o assegnano risorse) aventi diretta attinenza con lo sviluppo dei percorsi formativi nel SSN. Nello specifico, ci si propone di accennare all'Atto di Indirizzo 2024 del Ministero della Salute, al Piano Nazionale Cronicità, al Piano Nazionale Complementare e al Progetto Equità nella Salute, al D.M.77/2022 e al PNRR Missione 6 Salute, come indica la figura di seguito.

Nell' **Atto di Indirizzo del Ministero della Salute**, che anticipa le tematiche di intervento del Piano Sanitario Nazionale 2025-2027, si afferma “E’ da tempo che si sta concretizzando quel cambiamento culturale che considera la salute non più come un costo ma come un investimento da potenziare anche per rispondere alle transizioni epidemiologiche, demografiche, e tecnologiche intervenute negli ultimi anni” e più avanti “E’ evidente che il capitale umano costituisce la leva essenziale della sanità pubblica e nessuna innovazione tecnologica lo potrà sostituire. È necessario, quindi, valorizzare la formazione dei professionisti sanitari, affrontare in modo decisivo la perdurante carenza degli stessi attraverso la realizzazione di condizioni economiche e assunzionali favorevoli alla creazione di un contesto operativo del Servizio Sanitario Nazionale che possa davvero supportare, in modo efficiente e resiliente, le sfide del futuro per la tutela della salute pubblica”.²

Il punto significativo è che si è sviluppata una maggiore sensibilità, forse generata anche dalla presa di

posizione degli scienziati (Appello degli Scienziati in difesa del SSN, 3 aprile 2024), e un'attenzione mirata al miglioramento del benessere degli operatori sanitari nell'organizzazione.

Nella scheda n. 5, allegata all'Atto di Indirizzo, si cita anche l'impegno a continuare il confronto internazionale sulle metodologie di pianificazione e previsione dei professionisti sanitari proseguendo l'impegno nei progetti europei già sviluppati, quale la *Joint Action "Health Workforce Planning and Forecasting"* realizzata nel periodo 2013-2016, proseguita poi nel periodo 2017-2020 e infine continuata con il progetto "*Heroes*", ancora in svolgimento e di cui si parlerà più avanti.

Nel **Piano Nazionale Cronicità 2016** venivano già anticipati modelli e metodologie destinati ad avere ampia diffusione come il *Chronic Care Model*, la stratificazione della popolazione in base a livello di rischio, la presa in carico e cura del paziente attraverso il Piano di Cura, fino ad evidenziare gli aspetti trasversali dell'assistenza alla cronicità quali: "a) le disuguaglianze sociali, fragilità e/o vulnerabilità; b) la diffusione delle competenze, formazione, sostegno alla ricerca; c) appropriatezza nell'uso delle tecnologie ed aderenza alla terapia farmacologica; d) sanità digitale; e) umanizzazione delle cure, f) ruolo dell'Associazione; il ruolo delle farmacie".³ In particolare la parte sulla Diffusione delle Competenze, Formazione e Sostegno alla Ricerca individua precisi Obiettivi, Linee di intervento e Risultati attesi (pag.70 del Piano) e sottolinea l'importanza di adeguare ai nuovi fabbisogni formativi legati alla gestione della cronicità sia la formazione universitaria, di base e specialistica, che la formazione continua dei professionisti considerata una delle leve strategiche per favorire e supportare il miglioramento dell'assistenza sanitaria ai cittadini. In particolare, tra le Linee di intervento nella n.3 è prevista la rilevazione dei bisogni formativi del personale coinvolto (sanitario e non) anche in relazione al tema della gestione integrata, al lavoro di team, all'utilizzo delle tecnologie. Vengono quindi anticipati i temi chiave per la formazione nel nuovo modello di assistenza territoriale di prossimità, che saranno poi oggetto di intervento e di approfondimento. Il PNC è un documento programmatico avanzato, ben costruito e stimolante, il solo problema è che non prevede risorse da investire nelle direzioni indicate. Il nuovo PNC, bozza 2024, insiste sulla promozione della salute e sull'importanza di avere personale in grado di fare una diagnosi precoce ma, nel contempo, si riconosce la principale criticità dell'emergenza personale: mancano i medici ma, soprattutto, gli Infermieri di Comunità, cuore dell'integrazione socio-sanitaria. Effettivamente, se si studiano le Linee di Indirizzo pubblicate da AGENAS,⁴ per l'attuazione del Modello organizzativo delle Case di Comunità Hub, in cui si indica la necessità di disporre da 7 a 11 Infermieri di Famiglia o Comunità consistenti in : 1coordinatore Infermieristico, 2-3 IFoC per attività ambulatoriali relative alla cronicità, 3-5 per il *triage* e la valutazione dei bisogni, 1-2 IFoC per assistenza domiciliare di base e teleassistenza e un ulteriore numero a seconda del volume delle attività previste. Anche adottando un parametro minimo, considerando il numero delle Case della Salute Hub ne mancano almeno 16/17mila. Anche in questo Piano non sono previsti fondi. Con quali risorse allora far fronte alla cronicità che appare come uno dei problemi cruciali per la sostenibilità del sistema?

Piano Nazionale Complementare, Progetto Nazionale Equità per la Salute (2021-2026)

Il Piano Nazionale Complementare prevede azioni che sono complementari alla realizzazione del PNRR con l'obiettivo di integrarne e potenziarne le attività, è finanziato con fondi nazionali per 30,6 miliardi di euro. Nello specifico 2,89 miliardi di euro sono dedicati alle attività della Missione 6, Salute del PNRR, di cui al Ministero della Salute sono stati affidati 2,387 miliardi di euro.

Il Ministero della Salute ha sviluppato tre progetti tra i quali: **Salute, ambiente, biodiversità e clima** (500

milioni di euro), complementare alla componente 1 della Missione 6, “Reti di Prossimità, strutture di medicina per l’assistenza territoriale del PNRR”. In questo Progetto è prevista l’attuazione di un Programma di Formazione Continua in salute, ambiente, clima anche a livello universitario per un investimento di 6,12 milioni di euro.⁵

Infine, non si può non accennare al Progetto **Equità per la Salute**,⁶ previsto nell’Accordo di partenariato dell’Italia sulla Programmazione della politica di coesione 2021-2027, è un progetto plurifondo, finanziato sia dal FES che dal FESR, per complessivi 625 milioni di euro, a titolarità del Ministero della Salute, e svolto con il sostegno dell’Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) e l’assistenza tecnica di FORMEZ PA. Il Progetto interviene nelle sette Regioni del Mezzogiorno: Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia, che presentano minori livelli di soddisfacimento degli standard LEA e maggiori difficoltà finanziarie e organizzative. L’obiettivo è coprire le quattro aree di intervento che sono state trascurate dal PNRR individuate in: 1) prendersi cura della salute mentale, 2) maggiore copertura degli screening oncologici, 3) il genere al centro delle cure, 4) contrastare la povertà sanitaria. (pag.11) Tra le azioni indicate è inserito il “Rafforzamento dei servizi sanitari e socio-sanitari oggetto dell’intervento nelle quattro aree del programma”. L’azione è rivolta alla quantificazione e qualificazione dei bisogni sanitari, alla promozione di modalità comunicative efficaci e all’identificazione e sperimentazione di modelli di prevenzione e presa in carico efficaci dei bisogni di salute principalmente attraverso il potenziamento del numero e il rafforzamento delle competenze degli operatori sanitari, socio-sanitari e di tutti i soggetti coinvolti” (pag.14). “Le attività formative previste si svilupperanno sullo sviluppo di competenze di tipo clinico assistenziale relative alle tematiche specifiche” oggetto di intervento (pag.13). È programmata inoltre un’azione formativa di sostegno alla realizzazione delle attività, rivolta agli organismi intermedi locali delle Regioni, coinvolte e non, tesa a diffondere conoscenze sulla politica di coesione e competenze di progettazione di iniziative europee, ad approfondire tutti gli step previsti per la messa a punto di progetti (programmazione, realizzazione, monitoraggio, valutazione e controllo) e all’individuazione e scambio di esperienze e buone pratiche in materia tra le Regioni che è realizzata da PROMIS.

Il **DM77/2022**⁷ pone, come è noto, le basi del nuovo modello organizzativo dell’assistenza primaria individuando come nodi della rete sul territorio le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità, la Centrale Operativa Territoriale (COT), l’Infermiere di Comunità, l’Unità di Continuità, la Telemedicina. Il disegno appare complesso e richiede un’azione formativa estesa, a sostegno alla sua realizzazione, e articolata a diversi livelli per garantire la formazione e l’aggiornamento dei professionisti sanitari e sociosanitari coinvolti nelle attività di assistenza territoriale, in particolare dell’Infermiere di Famiglia e Comunità e dell’Unità di Continuità assistenziale.

Le risorse per l’attuazione della Riforma si trovano nel **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**,⁸ nello specifico, seguendo sempre il *fil rouge* della Formazione, nella Missione 6 Salute alla Componente 6-2 “Innovazione, Ricerca, e Digitalizzazione,” dove si inserisce l’Intervento **2.2 Formazione Tecnologica professionale e manageriale** (Digitalizzazione del SSN, Fascicolo Sanitario Elettronico, Formazione dei Medici di Base) le cui specificità vedremo in seguito.

3. Quali competenze per la sostenibilità del SSN

Appare rilevante notare come, tutti i documenti sinteticamente sopra richiamati, si muovono, nel complesso, nella stessa direzione secondo una prospettiva integrata e costituiscono l'ambiente esterno di riferimento della formazione nell'organizzazione sanitaria.

Il SSN fronteggia un'alta incertezza, attraversa un momento di crisi profonda, di opacità e poca trasparenza nelle scelte, o assenza di scelte, di fondo riguardanti il suo futuro, e, allo stesso tempo, deve far fronte ad una domanda di salute sempre crescente della popolazione, in particolare, della *ageing population* (che assorbe il 75% del totale delle risorse), ad una povertà che aumenta in modo preoccupante (ISTAT, 2024)⁹ e a una perdurante diversificazione delle situazioni dei servizi sanitari regionali.¹⁰

Il cambiamento in atto appare come l'unica possibile via da percorrere per raggiungere la sostenibilità del sistema sanitario. Investire oggi sulle *skill* dei professionisti sanitari e sulla loro resilienza aumenta la capacità generale di resilienza dell'intero sistema sanitario.

È necessario allora di identificare, all'interno del quadro delineato di investimento sull'assistenza di prossimità sul territorio, le aree oggetto di intervento prioritario per arrivare poi ad individuare le competenze necessarie, che il personale socio-sanitario deve possedere, per essere in grado di operare in coerenza, contribuendo a migliorare la qualità dell'assistenza.

In pratica si tratta di ridisegnare il sistema attraverso una lettura attenta dei bisogni di assistenza delle varie fasce di persone cui far corrispondere le giuste competenze. Sicuramente aree di interesse primario, per riorganizzare la sanità territoriale, appaiono la prevenzione e la promozione della salute, l'attenzione all'equità e alle disuguaglianze di salute per tutta la popolazione, ma specialmente per i gruppi portatori di fragilità, l'integrazione attuata a tutti i livelli e la digitalizzazione.

L'area Prevenzione, storicamente trascurata cui, in modo non vincolante, era dedicato lo 0,5% del totale delle risorse assegnate (che a volte non venivano neanche completamente utilizzate) assume oggi, alla luce dell'esperienza dell'epidemia del COVID 19, un'importanza nodale. Tra le linee strategiche del Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025, si afferma l'importanza di rafforzare le attività di sorveglianza, promuovere i programmi integrati di tutela della salute e dell'ambiente, rafforzare e preparare un piano pandemico, ridurre le disuguaglianze sociali.

L'approccio seguito è quello *One Health*, e la sua evoluzione *Planetary Health*, che considera interconnessa la salute degli esseri umani, animali, piante ed ecosistemi che implica l'azione intersettoriale in ambiti diversi e il coinvolgimento di diversi attori per raggiungere risultati di salute. L'aspetto interessante è che si diffonda un'attività di *preparedness*, con lo sviluppo di un approccio comune, nonché l'implementazione del sistema di sorveglianza epidemiologica, prevenzione e contrasto delle emergenze sanitarie.

Per esempio, se pensiamo che, in occasione del Giubileo confluiranno a Roma tra i 32 e i 35 milioni di persone, ci si sente più sicuri sapendo che è stato già messo a punto un piano di sorveglianza epidemiologica, a cura dell'Ospedale Spallanzani, e che le Aziende Sanitarie hanno già ricevuto fondi dedicati.

Nel Piano Nazionale di Prevenzione è assicurato inoltre il monitoraggio delle attività previste dai Piani Regionali della Prevenzione (PRP). La questione che crea apprensione è che, tra le nove competenze concorrenti attribuibili dallo Stato alle Regioni a Statuto Ordinario, nell'ambito della Legge sull'Autonomia Differenziata di recente approvata¹¹ che non dovranno essere subordinate alla verifica dei LEP (Livelli Essenziali di Prestazione), sono inserite anche la protezione civile e le professioni.

La Promozione della Salute mira alla prevenzione delle cause delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT), quali le malattie cardio-cerebro vascolari e respiratorie, i tumori, il diabete, i problemi di salute mentale, i disturbi

muscolo scheletrici - che sono tra le principali cause di morte a livello mondiale e responsabili per quasi il 70% delle morti - attraverso un'azione di contrasto dei principali fattori di rischio comportamentali modificabili, investendo *in primis* sulla popolazione sana, alla base della piramide della stratificazione.

I principali fattori di rischio, a tutte le età ma soprattutto nelle fasce giovanili, sono il tabagismo, l'inattività fisica, l'alimentazione corretta ed equilibrata, l'abuso di alcol, come già messo in luce dal "Programma Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari".¹² Già allora veniva richiesto, ai fini di un'azione efficace, un approccio integrato, intersettoriale e multistakeholder, attuato ai diversi livelli istituzionali, con interventi lungo tutto il corso dell'esistenza e nei contesti di vita delle persone.

Per testimoniare le B.P. intersettoriali rilevate fu anche realizzata una Banca Dati delle "Esperienze intersettoriali delle Comunità Locali per Guadagnare Salute" delle Regioni che erano state selezionate e valutate.¹³

Da quanto sopra emerge l'importanza di investire su una Formazione Continua che promuova un approccio intersettoriale e multidisciplinare che implichi una visione condivisa tra tutti gli operatori che lavorano, nei diversi *setting* (Distretti e ATS), sul territorio e possiedano conoscenze e competenze tecniche ed epidemiologiche relative all'individuazione precoce dei rischi per i singoli e per la popolazione, competenze di lettura e analisi dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, capacità di fare Rete, svolgendo un lavoro proattivo sul territorio coinvolgendo le Comunità Locali, gli Enti del terzo settore e le risorse umane disponibili presso le famiglie dei pazienti, quindi competenze relazionali di osservazione e ascolto, empatia ed empowerment, ma anche capacità di dialogo continuo, con le figure professionali coinvolte di provenienza diversa e operanti in differenti collocazioni (servizi sanitari, socio assistenziali) sviluppando, in un dato contesto, un approccio multiprofessionale effettivo all'interno delle Comunità.

Tali competenze si rendono necessarie anche per quanto riguarda l'area dell'Equità, poiché si avverte la consapevolezza, nel nostro Paese, che non a tutti siano garantite le stesse possibilità di accesso e fruizione dei servizi di qualità. La differenziazione tra le Regioni rende necessario lo sviluppo di azioni mirate volte da un lato a garantire la presenza stessa dei servizi in territori non serviti, dall'altra a rafforzare la capacità degli individui di essere consapevoli dei loro bisogni di salute e di essere in grado di reperire le informazioni sanitarie necessarie a operare scelte per migliorare la propria salute e quella della collettività cui appartengono (*health literacy*).

In questa prospettiva le competenze di informazione, comunicazione e relazione degli operatori vanno mirate al contesto specifico di riferimento e al *back ground* e alle caratteristiche degli interlocutori. L'area dell'integrazione, di cui sentiamo parlare da molto tempo e che è stata declinata in tutti i modi (verticale, orizzontale, trasversale, ecc.), si focalizza qui in particolare su quella tra diverse professioni, diverse discipline, diversi livelli essenziali di assistenza, diversi settori assistenziali.

Inoltre, occorre prendere in considerazione alcune lacune curriculari su *interprofessional e intraprofessional education* che appaiono come aspetti chiave nella nuova co-operatività nel territorio delle diverse figure di professionisti sanitari coinvolti dai medici (MMG, Pediatri, Veterinari, Specialisti, Ospedalieri) agli infermieri (Laurea Specialistica, Laurea triennale, Assistente ecc.). Mettere in comune conoscenze, competenze e capacità non viene spontaneo se non si è abituati a farlo ma, l'approccio *one health* appare fondamentale per ampliare la visione e la capacità di intervento del sistema.

Per altro, qui ci siamo riferiti solo ai medici e agli infermieri ma, la realtà del SSN è molto più complessa, dato che lo stesso SSN ha riconosciuto, come ben sappiamo, circa 30 professioni tra coloro che operano al suo interno e in ambito privato. La Digitalizzazione gioca infine un ruolo chiave nell'assistenza territoriale e certamente deve trovare spazio, in modo analogo, nei programmi formativi del nostro Paese sia a livello di curriculum universitario che di formazione continua.

La possibilità di raccogliere dati di salute significativi e di metterli in comune, superando la frammentazione e la non interoperabilità tra i sistemi, può assumere un gran valore aggiunto nella lettura dei fenomeni e quindi nella conoscenza utile alla cura delle malattie, ma *l'e-health* svolge un ruolo importante nella gestione della fragilità stessa, nell'assistenza domiciliare con la telemedicina e tutte le sue articolazioni. Per capire e agire la *connected care* è necessaria però, una formazione tecnica ad ampio spettro come viene proposta con le risorse del PNRR.

4. A chi ci rivolgiamo

Qualsiasi formatore, prima di entrare in un'aula, reale o virtuale, chiederà, per prima cosa, a chi ci rivolgiamo, quali sono i destinatari in modo da mirare i contenuti, il linguaggio e la metodologia da adottare, su coloro che intendiamo coinvolgere. La lista dei partecipanti viene studiata, parliamo di persone reali, che operano in contesti territoriali e organizzativi diversi, di età differenziata, con un *back ground* formativo e professionale ed esperienze maturati altrove.

Se si tratta inoltre di un tipo di formazione finalizzata a supportare un cambiamento in atto, si mira ad individuare possibili messaggi comuni a tutti i professionisti al fine di condividere la visione stessa del cambiamento. Allora qual'è la platea di medici e infermieri, cui ci rivolgiamo? L'OCSE evidenzia che il numero totale di medici in Italia è leggermente superiore alla media UE e si attesta a 4,1 per 1.000 abitanti, ma, secondo l'ISTAT,¹⁴ l'Italia detiene il primato, tra i diversi Paesi dell'OMS, per medici anziani. Infatti, oltre il 55,6% dei medici italiani ha più di 55 anni e solo l'8,6% ha un'età compresa tra i 25 e i 34 anni. AGENAS¹⁵ indica un'uscita per pensionamento nel quinquennio 2022-2027 di 29.331 medici e, nello stesso periodo, di 21.050 infermieri (pag.4). Da un Paese ricco di medici e con pochi infermieri diventiamo un Paese di medici anziani, sull'orlo della pensione e in fuga dal SSN e sempre meno infermieri disponibili. Come siamo arrivati a questa situazione? Innanzi tutto, è utile accennare a due ordini di considerazioni, connesse tra loro, la prima sull'evoluzione delle organizzazioni, e la seconda su come è cambiato, in questi ultimi anni, il rapporto tra l'individuo e l'organizzazione.

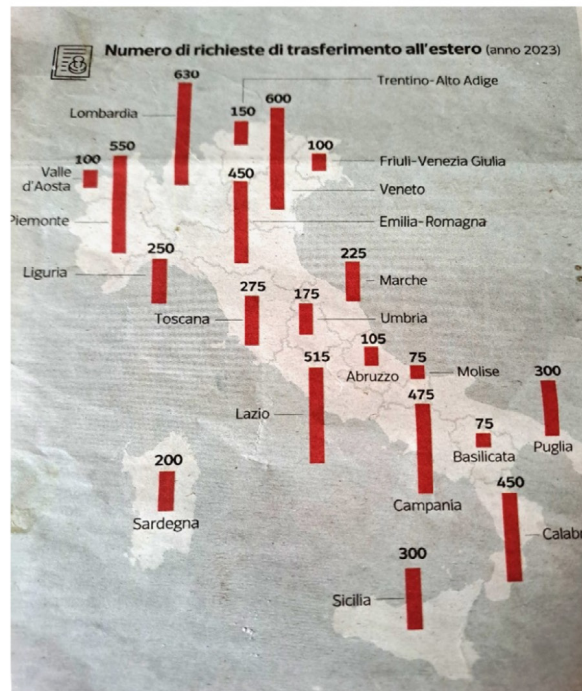
1. Le organizzazioni, negli anni, sono diventate sempre più rispettose nei confronti delle persone che, in quanto portatori di conoscenze tecniche specifiche, rappresentano un fattore critico di successo. Le conoscenze, le competenze e le capacità, individuali e collettive, sono il vero capitale delle persone, che può crescere all'interno dell'organizzazione ma, una volta maturo, o se non sussistono più le condizioni favorevoli al suo sviluppo, i professionisti possono scegliere di andare altrove. Dal canto suo l'organizzazione deve essere in grado di sviluppare il *knowledge management* e gestire, la presenza di gruppi diversi di professionisti, altamente qualificati, che agiscono al suo interno e che, per loro natura, rimangono più legati all'etica della professione che a quella dell'organizzazione. Il SSN ha operato, negli anni, in quanto organizzazione pubblica di servizi per la salute rivolti alle persone, in una difficile posizione di limitata autonomia economica e organizzativa dove, non sempre, le condizioni interne ed esterne hanno permesso lo sviluppo di una gestione "intelligente" delle risorse umane e della loro eterogeneità che può anche diventare una ricchezza. L'eterogeneità è data anche dalla presenza contemporanea di individui di età differente, cui corrispondono diversi modi di comunicazione, *vision* e motivazione che incidono sul sistema formale e informale. In questo senso si tende attualmente a sviluppare anche il Management Intergenerazionale che, in organizzazioni con anche quattro generazioni diverse "sotto lo stesso tetto", sia in grado di immettere una sinergia positiva attivando dinamiche di integrazione operative tra diverse fasce d'età che vedono i senior come risorsa portatrice di esperienza supportata dalla tecnologia degli junior.

2- Alle caratteristiche peculiari del SSN che ben conosciamo, si è aggiunto, inoltre, un cambiamento profondo del contratto psicologico tra individuo e organizzazione che non ha avuto, negli anni, l'attenzione che meritava. È cambiata la cultura del lavoro, la motivazione al lavoro e sul lavoro, i valori e le aspettative delle persone. Nello spazio di poche generazioni, il lavoro più amato dai *baby boomers* ha perso il suo fascino diventando non desiderabile e non apprezzato socialmente. Nella generazione 1946-1964, infatti, si mirava al posto fisso, pur raggiunto dopo anni di precariato, e i valori condivisi tra organizzazione e persone in essa inserite, erano: senso di appartenenza, fedeltà, lealtà all'azienda, carriera lineare all'interno. Già nella generazione X, 1965-1979, e ancor più in quella Y dei Millennial, 1980-1995, cambiano i valori da entrambe le parti: la fedeltà diventa fidelizzazione per mantenere le persone *in loco*, ma si apprezza, in entrambi i lati, la maggior indipendenza e autonomia e, soprattutto, aver operato in organizzazioni e realtà differenti accumulando esperienze. Il rapporto con il lavoro è più legato ai benefit, alla possibilità di lavorare a distanza, alla vicinanza casa-lavoro. Fino ad arrivare alla generazione Z, 1996-2010, nella quale, secondo un recente rapporto di una nota società che si occupa di mercato del lavoro e reclutamento,¹⁶ per i potenziali dipendenti italiani i 5 drivers più importanti nella scelta di un datore di lavoro, nel 2024,



Se i primi tre criteri sui quali i giovani basano le loro scelte sono quelli sopra indicati, è evidente come il SSN, non può essere un datore di lavoro apprezzabile. Sull'equilibrio tempi di vita/tempi di lavoro si è affermata una cultura che vede i due aspetti in una proporzione armonica: gli individui non sono più disposti a rinunciare alla loro vita o a sacrificarla in nome del lavoro e della carriera.

A seguito del fenomeno dell'epidemia COVID 19, la situazione per gli operatori sanitari è diventata ancora più critica, dopo l'esperienza massacrante e le vittime sul lavoro, i ringraziamenti e le lodi, si è passati all'opposto, con quasi nessuna delle promesse mantenute e una crescente scarsa disponibilità da parte degli utenti, che non sono più disposti a dare fiducia al sistema e se la prendono con chi hanno di fronte. Non c'è quindi da stupirsi se la fuga dal SSN continua. Secondo la mappa che segue, basata su dati FNOMCEO, 20.000 medici, provenienti da tutte le Regioni italiane, preferiscono, andare all'estero.



Dal Corriere della Sera
5/05/2024
Dati dell'Ordine dei
Medici Europa-Roma)

Poiché già si avverte la carenza di specialisti nelle aree critiche dell'Emergenza, dei Pronto Soccorso e alle Terapie intensive, alle rianimazioni, di anestesisti, rianimatori, radiologi, il trend è che rischiano di rimanere non servite le aree interne del Paese e si avverte il problema, già reso evidente dalla realizzazione di alcuni progetti Europei sui *Medical Deserts*,¹⁷ di come attrarre il personale sanitario nelle zone più svataggiate.

L'aspetto che stupisce è che l'esodo tocca tutte le Regioni, con cifre ugualmente alte dall'Emilia alla Calabria. Non pare sia solo l'aspetto retributivo, pure importante, l'unico fattore motivante, anche se la retribuzione media degli specialisti in Italia si aggira su 82.184 euro annui a fronte dei 155.767 del Regno Unito e dei 193.241 dell'Olanda, ma esistono altre motivazioni come l'ambiente più stimolante per la ricerca e le possibilità di presentazione e sviluppo di progetti, di investimento su se stessi e di riconoscimenti.

Rimane il fatto di una gran perdita per il Paese, che dopo aver investito per anni nella formazione qualificata di medici, vede poi annullati tutti i suoi sforzi. Occorre quindi comprendere a fondo le ragioni di tale esodo per mettere in atto tutte le strategie possibili per fermarlo.

Per riassumere possiamo affermare che il personale del SSN soffre, attualmente, di:

- Stress, super lavoro, turni faticosi, *burn out*
- Nessuna conciliazione tra tempi di vita e carichi di lavoro
- Clima teso nell'ambiente di lavoro
- Rifornimenti lenti, burocrazia "nemica"
- Mancanza di fiducia nei confronti del management e dell'organizzazione del lavoro
- Stipendi bassi rispetto al quadro EU
- Atteggiamenti aggressivi degli utenti
- Scarsa considerazione e riconoscimento sociale
- Calo di interesse della motivazione primaria

Da parte delle Aziende sanitarie, le possibili strategie percorribili da subito per invertire la rotta, possono consistere in:

- Investire sulle Risorse Umane valorizzandole con riconoscimenti non solo economici ma anche sottolineando realmente il valore del lavoro svolto (es. durante il COVID 19)
- Disegnare percorsi di carriera e formativi tesi a diffondere le nuove competenze necessarie nel rispetto di tutte le professioni
- Assumere nuovo personale, dopo una attenta analisi dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, individuando i professionisti necessari e in coerenza con la programmazione nazionale/regionale/locale
- Alleggerire i turni e il clima di lavoro: più attenzione al benessere dei lavoratori
- Sviluppare percorsi di integrazione professionale rispondenti ai bisogni dell'organizzazione dei servizi
- Utilizzare l'A.I. intanto per alleggerire il carico burocratico lavorativo

Si riscontra, inoltre, la necessità di rendere più trasparente ed efficiente il sistema pubblico dei servizi:

- Facilitando l'accesso e perseguendo l'equità in tutte le aree del Paese
- Puntando sulla ricerca e collegando la ricerca alla formazione
- Sviluppando l'attenzione al monitoraggio della qualità delle performance organizzative attraverso la valutazione e la comunicazione dei risultati
- Diffondendo una cultura che riconosca il valore e la centralità del SSN nel Paese
- Programmando strategicamente il fabbisogno di personale sanitario in coerenza con le indicazioni emergenti anche dai progetti Europei

Questi ultimi aspetti citati sono, come abbiamo prima sottolineato, quasi tutti già presenti nell'Atto di Indirizzo del Ministero della Salute 2024, altri appaiono invece come una priorità non solo del sistema sanitario ma di tutti i servizi pubblici del Paese, come emerge dalla Ricerca (OECD 2024),¹⁸ sullo stato dell'arte della fiducia, da parte dei cittadini, nei servizi pubblici in generale e sulle possibili strategie che i governi nazionali possono mettere in atto per recuperare la fiducia degli utenti.

Infine, per quanto riguarda gli aspetti legati allo stress derivante dalle condizioni di lavoro dalle tensioni ambientali interne ed esterne, della scarsa attenzione al *well being* del professionista che opera per far star bene gli altri, si può osservare che il clima teso interno, in un'organizzazione di servizi alle persone, viene avvertito dagli utenti, influisce sulla attenzione e disponibilità all'ascolto verso i pazienti, quindi anche sulle modalità di resa delle prestazioni. Si crea un circolo vizioso di malessere difficile da spezzare.

La tematica del benessere organizzativo ed individuale è attenzionata dall'Unione Europea che ha finanziato il Progetto METEOR *Mental Health, focus on Retention of Health care workers*¹⁹ che si concentra sugli obiettivi di Migliorare la **conoscenza scientifica** sulla conservazione del posto di lavoro per gli operatori sanitari nei paesi dell'UE; Identificare e analizzare i **principali fattori predittivi** del mantenimento del posto di lavoro in quattro paesi europei (Belgio, Paesi Bassi, Polonia e Italia); Sviluppare **raccomandazioni politiche basate su prove** attraverso il coinvolgimento continuo degli stakeholder e workshop di co-creazione interattivi; Presentare tutti i risultati di cui sopra in una **cassetta degli attrezzi online facilmente accessibile e consultabile** da più parti interessate. I prodotti progettuali, cassetta degli attrezzi e Raccomandazioni sono già disponibili *on line*.

5. Lo sviluppo della Formazione Continua per la salute

Per comodità di lettura individuiamo, a grandi linee, tre fasi nello sviluppo della F.C. La **prima fase** è relativa alla nascita, nel 2002, del Programma Nazionale ECM, realizzato a seguito del D.Lgs. 502/92, integrato poi dal D. Lgs. 229/99, che avevano istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità, è stato gestito inizialmente dal Ministero della Salute.

Con l'approvazione della Legge Costituzionale n.3/2001 la formazione continua in sanità viene affidata alle Regioni. Si apre un periodo di rapido sviluppo nel quale le Regioni, con il supporto delle Scuole e delle Università presenti sul loro territorio, danno vita ai loro organismi intermedi di riferimento.

Le Regioni, infatti, si rendono conto dell'impossibilità di gestire l'intero sistema attraverso l'Assessorato regionale alla salute, in quanto, oltre al rischio di sovraccaricare gli uffici, non possono agire da provider da un lato e da garanti della qualità della formazione dall'altro.

Dunque, sono le Agenzie sanitarie regionali, o in altri casi, le Scuole, che, dando attuazione ai piani e alle indicazioni dell'Assessorato, provvedono a indirizzare e coordinare la programmazione, la realizzazione e la valutazione delle attività formative delle Aziende Sanitarie e a mettere a punto la Rete dei Responsabili degli Uffici competenti e la Rete di riferimento della formazione in ciascuna azienda.

Si apre anche un acceso dibattito sulla possibile "collocazione" degli uffici formazione: se presso la Direzione generale aziendale o presso l'Ufficio personale. Naturalmente i messaggi di tali scelte sono diversi: nel primo caso la Formazione viene vista come una funzione strategica mentre nel secondo è considerata come un aspetto legato allo sviluppo dei singoli professionisti.

I sistemi a livello regionale si diversificano sia per quanto riguarda l'individuazione della tipologia delle figure professionali coinvolte (Responsabile/Coordinatore, Analista Progettista, Formatore, Docente, Tutor, Valutatore, Addetto al S.I. per la messa in rete delle attività), che nella messa a punto delle linee strategiche da seguire sull'accreditamento dei corsi e percorsi formativi (alcune Regioni accreditano solo iniziative realizzate da enti pubblici, altre invece accreditano le attività sia di enti pubblici che privati).

Nella **seconda fase** che ha inizio dal 1 gennaio 2008, la Formazione del programma ECM, con la Commissione Nazionale per la Formazione Continua e gli altri organismi, sono trasferiti all'Agenzia per i servizi sanitari regionali (AGENAS), mentre il CO.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie), organismo che rappresenta le Federazioni, gli Ordini, i Collegi e le Associazioni, si fa carico della gestione e certificazione dei crediti formativi, istituendo un'anagrafe dei professionisti e una piattaforma on line a loro dedicata. AGENAS rappresenta un momento di snodo tra linee guida nazionali, costruite insieme alle Regioni, e l'autonomia regionale.

L'Agenzia elabora documenti fondamentali che rappresentano un punto comune di riferimento (quali il Manuale Nazionale per l'accreditamento per erogazione di eventi ECM, il Manuale sulla formazione del professionista sanitario, il Manuale sulla verifica dei provider ecc. ecc.) che, offrendo indirizzi nazionali condivisi, contribuiscono alla crescita e allo sviluppo di una cultura comune sulla formazione continua dei professionisti.

Il passaggio di qualità effettivo, per collegare il singolo professionista all'azione organizzativa, si ottiene con il riconoscimento (testimoniato proprio dal Manuale sulla F.C. del professionista sanitario all'Allegato XII alla Delibera della Commissione ECM) a fianco del Dossier formativo individuale, anche del Dossier formativo di Gruppo.

Un vero punto di svolta che riconosce la funzione strategica della formazione in azienda come un'opportunità per sostenere il cambiamento organizzativo in atto, promuovendo una *vision* condivisa e l'integrazione professionale sul lavoro.

L'accreditamento si estende a differenti tipologie e metodologie formative, che utilizzano anche le tecnologie, quali la Formazione residenziale, la FAD, la Formazione sul Campo (Accreditamento Ricerche, Stage, Tirocini), la Formazione integrata (Blended), la Formazione in e-learning, su piattaforma ecc.ecc.

La **terza fase**, che arriva fino ai nostri giorni, vede lo sviluppo ulteriore della formazione e della ricerca attraverso le Reti integrate, attive a vari livelli, nazionale, regionale e aziendale, la creazione di Comunità Professionali e di Comunità di Pratica legate, ad ambiti di apprendimento definiti, e l'affermarsi della condivisione di B.P. a livello locale, regionale, nazionale e internazionale.

Le Reti (cliniche per patologia, Reti tempo dipendenti, Reti trasfusionali, Reti ospedaliere, Reti territoriali ecc. ecc.) appaiono oggi come uno strumento maturo ed essenziale di confronto e condivisione di informazioni, dati ed esperienze in tempo reale che supportano le singole strutture di ricerca e cura arricchendo di valore aggiunto le attività in svolgimento.

Al fine di fornire un'idea, anche sommaria, del funzionamento delle Comunità e della metodologia di rilevazione e valutazione delle B.P., si può accennare al funzionamento sia della Comunità Professionale dei Responsabili della Formazione delle Regioni e delle Aziende Sanitarie, che alla attivazione di una Comunità di Pratiche realizzata nell'ambito del Progetto PON GOV Cronicità.

La Rete dei Referenti della Formazione Continua a livello regionale e aziendale, poi costituitasi dal 2002, in una **Comunità Professionale**, ha contribuito al rafforzamento di un ruolo innovativo di cui non erano chiare, all'inizio, le competenze.²⁰ La Comunità Professionale ha agito da supporto alla costruzione di una identità professionale e rappresenta un esempio di una C.P. che ha svolto un'azione utile, in quel dato periodo storico, caratterizzato da un contesto incerto e da un profondo cambiamento in atto.

I membri della C.P., circa cento tra Responsabili della Formazione a livello aziendale e regionale, partecipavano attivamente ad uno scambio continuo che aveva luogo in un ambiente virtuale protetto e a loro riservato. Le C.P. si prestano ad un apprendimento mutuato e reciproco tra pari, tra persone che svolgono, pur in regioni e sedi differenti, lo stesso lavoro e condividono approcci e metodologie utili al percorso in atto.

Lo scambio prende il via dalle esigenze dei partecipanti, che hanno bisogno di disporre di un sapere non codificato e fruibile nell'immediato. Ci si riferisce quindi non solo alla condivisione di conoscenze o documenti ufficiali ma anche al cosiddetto "materiale grigio" di lavoro (bozze di delibere, di programmi ecc.), una condivisione di conoscenze «tacite» dove il sapere non codificato e sistematizzato è diffuso in tempo reale. Un aspetto fondamentale, per arrivare a stabilire un rapporto di fiducia tra i membri, sono stati anche gli incontri *de visu* che hanno permesso di rafforzare i legami reciproci e rendere possibile le interazioni in atto. In questo contesto è stato possibile condividere il *know how* generando un valore aggiunto circolare che arricchiva il sapere di ciascuno e rendeva possibile rafforzare il ruolo e l'identità professionale superando le ansie e, soprattutto le ansie e la solitudine.

Oltre a tutto i membri erano sostenuti non solo nelle scelte tecniche di lavoro, dalle elaborazioni e dal confronto con i colleghi ma anche da una vera Rete sociale di sostegno tra i membri della Comunità, protagonisti del loro percorso, e alla elaborazione e diffusione di un linguaggio comune e di un approccio culturale condiviso (fondamentale alla Costruzione di una identità professionale).

L'altro esempio, che si riferisce invece a una **Comunità di Pratica**, realizzata nell'ambito del PON GOV Cronicità, Sostenere la sfida alla Cronicità con il supporto dell'ICT, progetto del Ministero della Salute, coordinato da AGENAS.²¹

Tra gli obiettivi: Individuare modelli innovativi di gestione della salute supportati dalle tecnologie digitali con particolare riguardo alla cronicità, individuare le BP (centrate sulla gestione della cronicità con l'aiuto dell'ICT e della Telemedicina e all'assistenza degli anziani) innovative, trasferibili e scalabili nelle Regioni, migliorare la pianificazione degli investimenti, fornendo apposite linee guida e strumenti (Cassetta degli attrezzi e Manuale Operativo) per definire concreti piani di miglioramento.

Una delle azioni più efficaci è stata prevedere, all'interno del programma, l'attivazione, nel luglio 2019, della Rete dei Referenti Regionali per la Cronicità e l'ICT, che ha messo insieme, intorno ad uno stesso tavolo, sia i Responsabili dei servizi sanitari della Cronicità, che i Responsabili dei sistemi ICT regionali per dialogare insieme e condividere una visione integrata del proprio territorio.

Da questi incontri è nata una Comunità di Pratica che ha favorito l'individuazione, la rilevazione e la messa a punto di una metodologia valutazione delle BP sul tema (selezionate inizialmente in base all'adattamento di una griglia metodologica, strumento più idoneo per l'individuazione delle BP italiane in materia di cronicità ed ICT, in quanto validato scientificamente e già testato a livello europeo dal Progetto CHRODIS Plus,²² (tali pratiche sono poi state inserite nell'Osservatorio AGENAS).

Si è attivato anche un programma di incontri e di scambi interregionali tra protagonisti portatori di esperienze differenti. Particolarmente felice il periodo di svolgimento del Progetto, di attivazione del PNRR e DM 77, che ha fornito alla Comunità l'opportunità di contribuire ad individuare e sperimentare modelli innovativi utili alla realizzazione dei cambiamenti proposti.

I due esempi sopra citati rappresentano, come premesso, tipologie differenti di Comunità che, nell'arco della loro vita, hanno usufruito e si avvalgono attualmente, di condizioni esterne ed interne favorevoli alla loro valorizzazione e al loro sviluppo.

Tali approcci sono stati sperimentati e approfonditi negli anni e si adottano ormai, a livello italiano, europeo e internazionale, come modalità di ricerca e di apprendimento attivo e scambio di esperienze, che si collocano in contesti specifici, riuscendo a contribuire a supportare, definire e implementare il cambiamento proposto.

6. Il PNRR e la formazione

Nella Missione Salute 6 alla componente C2 "Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale", è inserito l'intervento 2.2 Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario per un investimento di 730 milioni di euro.

Si tratta di un intervento articolato in diversi sub-investimenti, nello specifico:

2.2 (a) Sub misura: borse di studio per la medicina generale, ogni anno del triennio 2021-23 viene pubblicato un decreto di assegnazione delle risorse alle Regioni per finanziare 900 borse aggiuntive all'anno per corsi specifici, in tre anni si avranno 2.700 borse aggiuntive di medicina generale (sub-investimento 101.973.006,00 milioni di euro), questo target è stato raggiunto;

2.2 (b) Sub misura: Piano straordinario di formazione per le infezioni ospedaliere che coinvolgerà circa 150.000 partecipanti entro la fine del 2024 e circa 140.000 entro metà 2026 (sub-investimento 80.026.994 milioni di euro);

2.2. (c) Sub misura Progetti Formativi per lo sviluppo di percorsi di acquisizione competenze di management per i professionisti del SSN, nel quale si prevede la formazione di 2.000 persone entro la metà del 2024 e di altre 4.500 entro il 2026 (sub-investimento 18.000.000 milioni di euro); 2.2 (d) Sub misura 4.200 contratti di formazione specialistica aggiuntivi, per un ciclo completo di studi (5 anni) a partire dal 2020, realizzato dal Ministero della Salute in collaborazione con il Ministero dell'Università della Ricerca, sub-investimento di 537.600.000 milioni di euro).

Quelli sopra elencati rappresentano tutti dei nuovi progetti che, insieme agli altri, inseriti nella componente M6C1 “*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*”, si propongono di dare forza e sostegno all'attuazione della Riforma. In particolare, è utile, ai nostri fini, spendere qualche parola sui Progetti Formativi per lo sviluppo di percorsi di acquisizione competenze di management la cui realizzazione, insieme ad altri interventi di competenza del Ministero della Salute, è stata assegnata ad AGENAS.

L'aspetto interessante è la strategia adottata, l'Agenzia, infatti, ha realizzato un prototipo di percorso formativo, che verrà poi replicato, per raggiungere un totale di 60 partecipanti provenienti da tutte le Regioni.

Il corso si articola in 200 ore tra frequenza in presenza, a distanza, project work e valutazione.

L'iniziativa è rivolta ai manager e ai *middle manager*, cioè a coloro che rivestono responsabilità negli organismi intermedi (distretti, dipartimenti, presidi) e nelle varie strutture dell'assistenza territoriale (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, COT).

L'investimento sul *middle management* appare significativo nell'ottica di puntare su competenze manageriali diffuse tra tutti coloro che, ai vari livelli del sistema, gestiscono risorse.

Dopo aver fornito il prototipo del corso, con il programma, l'indicazione delle tematiche trattate, le metodologie adottate di didattica e di verifica delle competenze acquisite e certificate a termine del percorso valutativo, l'Agenzia ha sottoscritto, secondo D.M. del 29 marzo 2023, con tutte le Regioni e le Province Autonome, anch'esse beneficiarie dell'investimento, l'impegno ad attuare, in tempi utili, il medesimo programma.²³

L'interesse è fornire un'impronta omogenea e condivisa con le Regioni per riuscire a sviluppare, in coerenza, gli stessi indirizzi formativi e competenze, pur adattandoli e tarandoli sul contesto locale.

Le Regioni si riservano certo la libertà di indicare i partecipanti e di fornire la certificazione delle competenze acquisite, vengono solo indicati alcuni criteri di base, per esempio, si stabilisce di coinvolgere, nelle iniziative formative, persone con aspettativa di vita lavorativa non inferiore ai 10 anni.

Quindi, come ripreso anche dalla Regione Campania, come da altre regioni, a parità di anzianità di servizio, la precedenza sarà attribuita al professionista con minore anzianità anagrafica.

Tale elemento attribuisce valore, da parte dell'organizzazione, all'investimento formativo su persone che, rimanendo più a lungo nell'organizzazione, apporteranno per un periodo di tempo più lungo, maggior beneficio ai servizi.

7. I progetti Europei per la programmazione del personale sanitario

I progetti Europei e gli studi sulla programmazione dei fabbisogni dei professionisti sanitari sono stati molteplici e di taglio differente. In questo caso ci limitiamo ad approfondire, tra gli altri, solo tre progetti in particolare, che sono stati coordinati e sperimentati dall'Italia, insieme ad altri Paesi, o che hanno rappresentato, negli ultimi anni, dei punti importanti di riferimento per le indicazioni fornite sulle competenze utili nel prossimo futuro. In particolare, ci riferiamo: 1) alla Joint Action “HEROES, Health woRkforce to meet health challEngeS”,

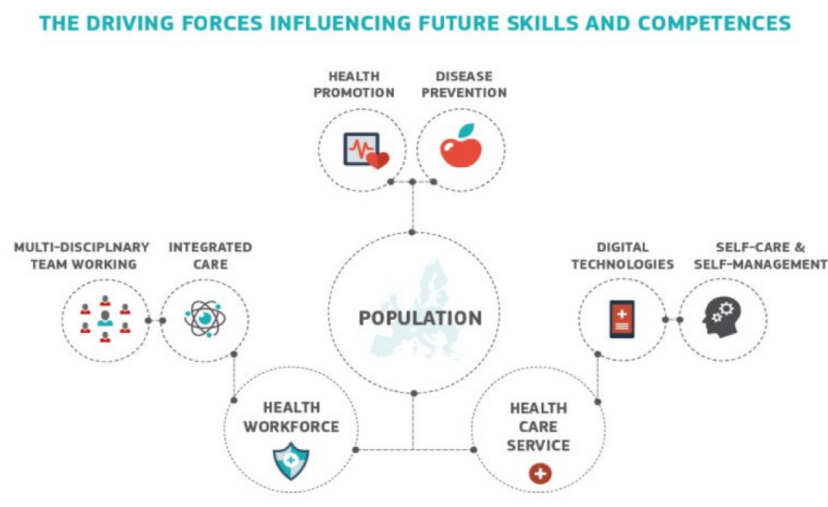
²⁴ (2) a “Health care workforce in Europe: time to act” ²⁵ e 3) a “Feasibility Study in Health Workers skills assessment: supporting health workers achieve person-centred care”.²⁶

1) **Heroes** ha la durata di 36 mesi (2023-2026), è la continuazione della precedente Joint Action “Support for Health Workforce Planning and Forecasting” (SEPEN) svoltasi nel periodo 2017-2021. Heroes, di cui è Il Ministero è partner e AGENAS è il coordinatore, è un’azione congiunta sulla programmazione del personale sanitario, finanziata nell’ambito del Programma EU4Health, e vede la partecipazione di 40 partner che provengono da 19 Paesi. Il progetto risponde all’**obiettivo** di: Migliorare la capacità di pianificazione del personale sanitario nei Paesi dell’UE ed EEA (European Environment Agency), per garantire in futuro la presenza di personale sanitario accessibile, sostenibile, e resiliente.

Il **percorso** si articola in quattro aree principali di indagine:

1. banche dati (raccolta dati, analisi, collegamenti, e fonti su domanda e offerta di personale);
2. strumenti di previsione e metodologie di pianificazione;
3. sviluppo e miglioramento delle competenze e delle capacità per gestire efficacemente la pianificazione del personale a livello nazionale e regionale;
4. metodologie e buone pratiche per garantire una mappatura completa ed efficace degli stakeholder coinvolti nella pianificazione del personale.

Lo schema di seguito sintetizza perfettamente le competenze necessarie per il futuro



Fonte SEPEN /HEROES JA Support for the Health Forces Planning and Forecasting 2017-2020

2) Il Progetto Health and care workforce in Europe: time to act

Il Progetto si sviluppa come segue:

Obiettivo: Provare ad individuare opzioni che permettano ai Paesi di rafforzare le loro HCWF al fine di far fronte agli attuali e futuri bisogni della popolazione in un quadro di copertura universale

Target: Tutti coloro che, ai diversi livelli istituzionali, e in differenti organismi, sono coinvolti nel pianificare

e programmare le risorse umane dei servizi socio-sanitari

Percorso: Schedatura omogenea dei dati relativi a medici, infermieri, ostetriche, dentisti, farmacisti, fisioterapisti (educazione e formazione continua, accesso al sistema, densità distributiva ecc..) lettura comparativa dei dati e delle azioni intraprese al fine di identificare possibili indicazioni e BP.

Prodotto : individuazione di 10 azioni per rafforzare la HCWF in Europa consistenti in:

1. Collegare l'educazione ai bisogni della popolazione e alle richieste dei servizi
2. Rafforzare la formazione professionale continua per fornire agli operatori nuove conoscenze e competenze
3. Espandere l'utilizzo dei *digital tools* per rafforzare gli operatori
4. Sviluppare strategie tese ad attirare gli operatori sanitari in zone remote e rurali
5. Creare le giuste condizioni per promuovere un sano equilibrio vita/lavoro
6. Proteggere la salute e lo stato mentale degli operatori
7. Promuovere capacità di leadership per la governance e la pianificazione
8. Rafforzare i sistemi informativi per migliorare la raccolta e l'analisi dei dati su HCWF
9. Aumentare le risorse pubbliche dedicate all'educazione, lo sviluppo e la protezione della HCWF
10. Ottimizzare l'utilizzo dei fondi attraverso lo sviluppo di politiche innovative

Le 10 azioni indicate dal progetto, realizzatosi nel 2022, hanno individuato, anticipandole, le tematiche e le strategie che sono state approfondite e attuate e hanno costituito un punto fermo di riferimento anche per i governi dei Paesi non coinvolti nello studio, come l'Italia. Nello specifico, nell'ambito dell'azione n.1, l'ufficio europeo dell'OMS si propone di: sostenere le istituzioni sanitarie e formative nel rivedere e aggiornare i curricula e i programmi; e supportare lo sviluppo e il rafforzamento della regolarizzazione e dell'accreditamento delle istituzioni sanitarie e formative e dei programmi. Nella realizzazione dell'azione n. 2, l'ufficio europeo dell'OMS mira al miglioramento degli standard della Formazione Continua dei professionisti socio-sanitari promuovendo l'accesso alle opportunità di Formazione Continua per il personale. In seguito, nel testo progettuale, si afferma che, per fronteggiare la carenza di professionisti in alcune aree geografiche, la raccolta di dati di buona qualità su base locale può aiutare ad attrarre professionisti nelle aree meno servite, in particolare...a formulare una corretta diagnosi delle cause dei così detti *medical desert* per verificare la praticabilità dello sviluppo di politiche di conservazione *in loco* dei posti di lavoro e di *task shifting* (pag.34).²⁷

3) Feasibility Study in Health Workforce Skills Assessment

Lo studio risponde alle seguenti caratteristiche:

Obiettivo: Esplorare la fattibilità dello sviluppo di una ricerca specifica sulle skills dei professionisti sanitari per fornire delle evidenze sulle competenze richieste, il loro utilizzo e il loro disallineamento (*skills mismatch*) sui luoghi di lavoro

Target: Agenzie e tutti i soggetti che hanno responsabilità sullo sviluppo e la regolamentazione delle skills dei professionisti sanitari (mirato alle policy)

Percorso: Sviluppo di strumenti e metodologie che forniscano informazioni mirate a coloro che disegnano le policy e che permettano di individuare un vero percorso di cura costruito sui bisogni differenziati dell'utente e delle sue diverse fasi di vita cui corrispondono specifiche competenze

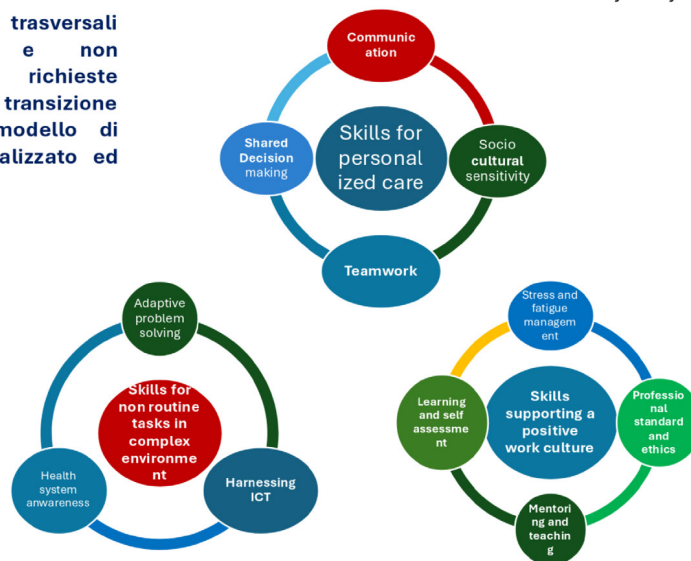
Prodotti

- Studio sulle metodologie esistenti di skills assesment

- Messa a punto di numerosi strumenti elaborati dalle Associazioni professionali e corpi regolatori per fini di certificazione della formazione. Mirati quindi sulle skills tecniche specifiche di ciascun gruppo professionale
- Strumento per una *self-evaluation* di tali skills: *Assessment of Adult Competencies (PIACC) Cognitive skills (ICT), interaction and social skills/ physical skills, learning skills*
- *General Competency Framework*- Identificazione delle competenze per l'implementazione del sistema di cure centrato sulla persona

Questo studio di fattibilità ha rappresentato un notevole contributo centrato sullo *skills assessment* del personale sanitario, collegandolo alle perdite potenziali di efficacia della performance dovute allo *skills gap*, allo *skills mismatch* o anche alla non valorizzazione delle *skills* esistenti, e dimostrando, come tali elementi, portino ad una bassa qualità di cura, scarsi risultati per i pazienti e bassa produttività. Allo stesso tempo vengono forniti, per approfondire e verificare scientificamente le *skill* possedute, una metodologia mirata e strumenti tecnici specifici di valutazione e autovalutazione, e, nelle conclusioni, si evidenzia la rilevanza delle politiche di *assessment* delle *skill* possedute, che va oltre la qualificazione e la regolamentazione, e deve essere inclusa nella pianificazione del personale sanitario identificando anche alcune aree di fabbisogni comuni alle diverse professioni.

Competenze trasversali (generiche e non specifiche), richieste per una transizione verso un modello di cure personalizzato ed integrato



8. Conclusioni

La Formazione ha assunto ormai un'importanza centrale nelle dinamiche di sviluppo dell'organizzazione sanitaria, della sua performance e della sua sostenibilità, e, di conseguenza, anche della sostenibilità del sistema Paese.

L'affermazione *Health is Wealth*, la salute è ricchezza, implica che la salute è un bene fondamentale, una responsabilità condivisa tra l'individuo e la collettività. Infatti, una persona in buona salute sarà più propositiva e serena, godendo di un maggiore benessere all'interno del suo ambiente, della sua famiglia e del suo luogo di

lavoro, dove farà meno assenze e sarà più produttivo.

Il *well beeing* degli operatori sanitari, come abbiamo accennato, si riverbera direttamente sulla qualità del loro apporto tecnico-relazionale interno ed esterno e rende la loro attività più efficace e di qualità in condizioni lavorative che permettono di interagire ed esprimere al meglio le competenze possedute.

In questa prospettiva è necessario investire in una formazione innovativa, contestualizzata, che si possa giovare di tutte le sperimentazioni, gli strumenti e le tecniche a disposizione, a patto che però rispetti due condizioni di base: sia qualitativamente valida (ben progettata, realizzata e valutata, anche rispetto all'impatto sul territorio di riferimento), e sia realizzata in un quadro di governance e di coordinamento forte.

Non bastano infatti le risorse dedicate, pur importanti e da ottimizzare, ma va realizzata anche una *vision* e una regia complessiva e accurata della distribuzione e fruizione delle opportunità formative nei diversi territori ai fini disporre di un'offerta qualitativamente e quantitativamente valida, congrua e rispondente ai bisogni di salute della popolazione nel quadro dell'implementazione dei nuovi modelli organizzativi.

Bibliografia

- Borgonovi E, "Manager per il SSN del futuro: la visione di Henry Mintzberg", *MECOSAN*, Fascicolo 2023/127, 2024
- Euro Health Net, *The future of public health in Europe*, March 2024
- La Formazione Continua nelle Regioni e nelle Aziende sanitarie*, Formez, Roma, 2007
- Magi A, "Medici 2023-2030 Quale Futuro? Pubblico o Privato? I numeri", ed. SUMAI-Assoprof, Roma, 2023
- Maniscalco L, Enea M, de Vries N, Mazzucco W, Boone A, Lavreysen O, Baranski K, Miceli S, Savatteri A, Fruscione S, Kowalska M, de Winter P, Szemik S, Godderis L, Matranga D, "Intention to leave, depersonalisation and job satisfaction in physicians and nurses: a cross-sectional study in Europe", *Scientific Reports*, 2024
- Mintzberg H, *The Structuring of Organizations*, Prentice Hall, 1979
- OECD, *Health at a Glance 2023*, Country Note Italy
- Pirrota L, "Personale sanitario: un nuovo metodo per la determinazione del fabbisogno", *Trend Sanità*, 1° luglio 2024
- Pirrota L, Da Ros A, Cantarelli P, Bellè N, "Metodologie per la determinazione del fabbisogno di personale nel management della sanità: una revisione della letteratura internazionale", n. 126 (2023) *MECOSAN*, 24 aprile 2024
- Vanzetta M, "Infermieri "Intention to leave", e aumento del tasso di mortalità ospedaliera: i dati parlano chiaro", in *TrendSanità*, 4 luglio 2024
- Wenger E, "Communities of Practice and Social Learning Systems", in *Organization*, vol.7, Sage Pub., Thousand Oaks, 2000
- Wenger E, *Communities of Practice. Learning, Meaning and identity*, Oxford University Press, Oxford 1998

Note

- 1 Banchieri G, Vannucci A, "Nhs e Ssn, due sistemi sanitari, universalistici e... "anziani"", *Quotidiano Sanità*, 10 maggio 2024
- 2 Ministero della Salute, Atto di Indirizzo per l'anno 2024, pag. 1 e pag.3, Roma, 28/02/2024
- 3 Ministero della Salute, Direzione generale della Programmazione Sanitaria, Piano Nazionale della Cronicità, pag. 67, Roma, 15 settembre 2016
- 4 AGENAS, Linee di Indirizzo per l'attuazione del Modello organizzativo Case della Comunità Hub, Roma, aprile 2024
- 5 <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/homePNRRSalute.jsp>
- 6 https://www.pnes.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_6049_0_file.pdf, e Ministero della Salute, Documento metodologico di accompagnamento al Programma Nazionale Equità nella salute, Roma, 30 settembre 2022
- 7 DM 77/2022, <https://www.italiadomani.gov.it/>
- 8 PNRR, Missione 6 Salute (M6)
- 9 ISTAT, Rapporto Annuale 2024, La situazione del Paese, Roma, maggio 2024, www.istat.it
- 10 ISTAT, Rapporto Annuale 2024, La situazione del Paese, Roma, maggio 2024, www.istat.it
- 11 Legge n.86 del 26 giugno 2024 Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione. (24G00104) (GU Serie Generale n.150 del 28-06-2024)
- 12 Programma Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari (DPCM 4 maggio 2017)
- 13 Esperienze delle Comunità Locali per Guadagnare Salute, Roma, Formez 2000
- 14 ISTAT, Disegni di Legge nn. 915, 916, 942 e 980 (Accesso ai corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia), Nota dell'Istituto nazionale di statistica, Roma, 30 gennaio 2024

- 15 AGENAS, Il Personale del SSN, Approfondimenti, Roma, marzo 2023
- 16 Randstand , Employer Brand Research 2024 Italia, www.randstat.it
- 17 Action for Health and Equity - Addressing Medical Deserts: AHEAD OECD, Survey on Trust in Public Institution- 2024 Results, Building Trust in a Complex Policy Environment <https://ahead.health>; prOmoting evidence-bASed rEformS: OASES: OASES Project – Promoting evidence-based reforms on medical deserts/, A Roadmap ROUTE-HWF – A Roadmap OUT of mEdical deserts into supportive Health WorkForce initiatives and policies (ROUTE-HWF)
- 18 OECD, Survey on Trust in Public Institution- 2024 Results, Building Trust in a Complex Policy Environment, Luglio 2024
- 19 MEnTal hEalth: fOCUS on Retention of healthcare workers: METEOR (2022-2024) <https://meteorproject.eu/>
- 20 Per una prospettiva storica, v. La Formazione Continua nelle Regioni e nelle Aziende Sanitarie, Formez, Roma, 2007 che testimonia la Ricerca, realizzata nel periodo 2005-2006, sui modelli regionali a confronto e sulla governance del sistema, è il risultato dei dato emergenti da due differenti questionari distribuiti sia agli Assessorati alla Sanità, che ai Responsabili della Formazione aziendali.
- 21 Programma Operativo Nazionale Governance e Capacità Istituzionale 2014-2020, Progetto PONGOV Sostenere la sfida alla cronicità con il supporto dell'ICT, Ministero della Salute, Coordinatore AGENAS, Luglio 2018- Dicembre 2023
- 22 Istituto Superiore di Sanità, L'Iss ha partecipato al Progetto coordinando il work package “Fostering quality of care for people with chronic diseases”. Responsabile Progetto Marina Maggini, il Quality Chronicity Recommendations Tool, prodotto all'interno dell'iniziativa J.A. Chrodis Plus (2017-2020) Implementing good practises for chronic diseases.
- 23 AGENAS, I Quaderni, Supplemento Monitor 2024, Corso di Formazione Manageriale AGENAS, I Project Work dei Discenti sulla Sviluppo dell'Assistenza Territoriale PNRR-M6 C2.2
- 24 HEROES, Health woRkForce to meet health challEnges 2023-2026, cofinanziato dall'EU nel Programma Eu4Health, continuazione del Progetto SEPEN, J.A. Support for Health Workforce Planning and Forecasting, 2017-2020- <https://healthworkforce.eu/>
- 25 WHO, European Region, Health and Care Workforce in Europe: time to act, WHO, European Region, 2022
- 26 La pratica del task shifting, la redistribuzione dei compiti tra differenti professionisti sanitari che operano in team, potrebbe costituire senz'altro un aspetto importante di un cambiamento culturale anche in Italia, anche se il fatto che non sia ancora approfondito e contestualizzato nella nostra realtà, suggerisce un'estrema cautela nel suo utilizzo in questa fase. Un Progetto europeo, di cui AGENAS è partner, TASHI, sta approfondendo proprio questa tematica <https://tashiproject.eu/>
- 27 OECD, Feasibility Study in Health Workforce Skills Assessment: supporting health workers achieve person-centred care, OECD 2018

Nuovi bisogni di salute e modelli organizzativi in cambiamento: quale formazione manageriale sanitaria

Laura Franceschetti

1. Gestire la fragilità e la cronicità nel Lazio tra processi di aziendalizzazione e deospedalizzazione

I capitoli precedenti restituiscono un quadro della Regione Lazio che in termini di profilo socio-demografico, fattori di rischio e indicatori dello stato di salute della popolazione sintetizzano una domanda di salute con specifici bisogni legati alla fragilità e alla cronicità.

Il Lazio, infatti, presenta il 23% della popolazione con un'età maggiore di 65 anni e con un indice di vecchiaia leggermente inferiore alla media nazionale¹(DEP Lazio).

Se guardiamo al fabbisogno dell'assistenza ai malati cronici e agli anziani, secondo il rapporto CERGAS 2024, il Lazio va considerata come la "Cenerentola d'Italia", per la drammatica carenza di posti letto, ritardi nella programmazione, insufficienza delle risorse, per il fatto di essere l'unica regione italiana con tariffe invariate da oltre 17 anni e, infine, per l'abusivismo dilagante nell'esercizio della professione di assistenza (Fosti et al., 2024). Dal punto di vista del fabbisogno di posti letto, infatti, la necessità sarebbe di 19.000 posti per mantenersi vicini alla media nazionale del 9.6% per anziani non autosufficienti di età superiore ai 75 anni, mentre quelli attualmente a disposizione sono meno di 9.000. La programmazione regionale, tuttavia, non risulta adeguata perché pianifica per il triennio 2024/2026 la dotazione di soli 6.000 posti che, probabilmente arriveranno a fine triennio, quando il fabbisogno sarà aumentato per l'incremento progressivo del tasso di invecchiamento della popolazione e il peggioramento delle patologie. Queste criticità di programmazione rischiano di avere pesanti ricadute sulle strutture ospedaliere: laddove dovessero mancare le strutture dedicate oppure i percorsi di assistenza a domicilio, si determinerebbero accessi impropri ai Pronto Soccorso, che minerebbero il già precario processo di riorganizzazione della rete ospedaliera. Quando il settore pubblico non riesce a fornire le risposte adeguate, le famiglie sono costrette a rivolgersi al settore privato, e non sempre a strutture o professionisti che operano nella piena legalità. Nelle regioni del Centro e del Nord l'incidenza del "badando" - regolare e irregolare - è stimata in termini di un badante ogni 15 cittadini over75, ma i dati del Rapporto Cergas evidenziano un'altra tendenza preoccupante, rispetto alla qualità delle cure: dopo due anni di aumento sostenuto del numero di badanti regolari, tra il 2021 e il 2022 la tendenza si è invertita, con un calo del 4,9%. In parte è riconducibile

alla riduzione delle "regolarizzazioni spontanee" emerse in epoca Covid-19, in parte al ridursi delle risorse economiche delle famiglie.

Se invece spostiamo l'attenzione sulla capacità delle Regioni di rispondere ai fabbisogni attraverso l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), il Lazio si colloca a livello nazionale nella fascia intermedia di quelle regioni che riescono ad assistere tra il 10 e il 20% della popolazione anziana non autosufficiente, mostrando una limitata capacità della rete di welfare pubblico di intercettare il proprio bacino di utenti potenziali.

Le riforme attuali sulla non autosufficienza in Italia, pur avendo disegnato uno scenario confortante con la legge delega 33/2023, tuttavia con il decreto attuativo di gennaio 2024 sembrano agire principalmente sulle prestazioni monetarie per i cittadini invece che sul potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria e prevedono cambiamenti futuri rispetto alla governance, visto che il Ministero della Salute non viene più menzionato, svuotando così il suo ruolo nella programmazione e gestione degli interventi che riguardano gli anziani in condizioni di non autosufficienza.

Nella vita concreta delle persone si fa sempre più marcata la differenza tra bisogno di salute acuto, che dovrebbe rivolgersi all'ospedale, e il bisogno di salute cronico, che interessa invece la salute del territorio, e questo richiederebbe una ricalibrazione dell'intera rete socio-sanitaria che miri a favorire un'assistenza più appropriata. Il SSN, tuttavia, continua a perpetuare dichiarazioni di intenti universalistiche che poi, a seguito della contrazione delle risorse, dell'aumento dei costi di produzione e dell'incremento dei bisogni, finiscono invece per concretizzarsi in "priorizzazioni emergenti e inconsapevoli, che spesso rendono randomico l'accesso ai servizi, dal momento che quest'ultimo è scollegato dall'entità del bisogno" (Longo, Ricci 2023 p. 6).

Di conseguenza, non solo le differenziazioni nelle performance regionali si fanno più rilevanti, ma riflettono diversi posizionamenti con riferimento a: scelte di allocazione delle risorse del SSN ed extra; investimenti riferiti alla rete dei servizi domiciliari; articolazione della rete di offerta e diversi modi di vedere il settore socio-sanitario. Ad esempio, l'edizione 2023 del Rapporto OASI evidenzia un fenomeno nuovo dal punto di vista del rapporto tra allocazione delle risorse e tassi di copertura dei bisogni: le Regioni del Nord con una rete più robusta di servizi e una capacity produttiva ben consolidata, sono in grande tensione finanziaria proprio perchè offrono un portafoglio di servizi più ampio e, soprattutto, relativamente più vicino all'universalismo dichiarato; le Regioni del Sud, invece, con casse già ridotte da anni di piani di rientro e con una rete di servizi più deboli, appaiono per la maggior parte in buon equilibrio finanziario.

E' possibile provare a ricondurre a sintesi le differenze dei contesti sanitari territoriali fin qui menzionati se si introduce il concetto di sostenibilità per specifici settori di intervento. Nel caso di specie di questo volume, quello relativo all'assistenza agli anziani non autosufficienti, le tradizionali dimensioni della sostenibilità - economica, sociale e ambientale - possono essere riarticolate in tre macrodimensioni: quella che attiene ai risultati economici, quella che si sofferma sui modelli di servizio e quella che approfondisce le competenze del personale (Fosti et al., 2024). Nell'ambito della prima ci si chiede quale sia il modello che a livello di sistema possa garantire il finanziamento adeguato in funzione dei trend di crescita futuri, come si possano integrare risorse pubbliche e private anche con modelli assicurativi o di partnership pubblico privato e come agevolare le aziende del settore ad aumentare la produttività (in termini di servizi offerti). Rispetto alla sostenibilità legata ai modelli di servizio si analizza il costo-efficacia delle diverse soluzioni organizzative, cercando di rapportare la scelta dell'una o dell'altra tipologia di servizio ai risultati ottenuti e alle risorse necessarie. Infine, e qui ci avviciniamo alla macrodimensione più vicina al focus del presente contributo, ci sofferma sulla revisione dei task dei diversi profili professionali coinvolti nei modelli di servizio che si stanno affermando e delle relative competenze che questi processi di cambiamento richiedono a tutti i professionisti della salute.

L'introduzione di criteri di gestione aziendalistici nelle strutture sanitarie e l'adozione di sistemi a rete (in realtà nei testi normativi mai citati direttamente ma sottesi all'espressione comune di "integrazione socio-sanitaria") tanto nei processi decisionali quanto nell'organizzazione dei servizi sul territorio, infatti, hanno determinato lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi - le Case della Salute e i Presidi territoriali di prossimità, prima, poi con il PNRR le Case della comunità e gli Ospedali di Comunità - che pongono nuove sfide ai professionisti sanitari e sociali (Banchieri et al, 2019): questi sono sempre più chiamati a svolgere non solo attività manageriali (Vicarelli, 2012), ma anche a gestire rapporti interprofessionali ed equipe multidisciplinari all'interno delle specifiche reti di cura.

Non diversamente dalle altre Regioni, anche il Sistema Sanitario Regionale del Lazio è espressione del complesso processo di cambiamento che, negli anni scorsi, ha interessato il SSN con riferimento a queste due principali direttrici di innovazione: l'aziendalizzazione delle originarie Unità Sanitarie Locali e l'assunzione, da parte delle Regioni, di un ruolo centrale nell'erogazione dei servizi. Queste riforme hanno determinato l'affermazione di nuove forme di regolazione che hanno progressivamente ridimensionato il ruolo dello Stato a vantaggio di altri attori, sia pubblici che non, e il coinvolgimento nei processi di decisione pubblica di diversi livelli istituzionali insieme all'esternalizzazione e alla privatizzazione di molti servizi ha portato all'affermazione di uno scenario di multilevel governance in cui è sempre più necessario favorire strategie di coordinamento per rendere efficaci tanto i processi decisionali quanto le modalità di implementazione dei processi (Kazepov e Barberis, 2013).

Nel Lazio la svolta aziendalistica ha comportato fin da subito la necessità per i vertici delle ASL, così come per gli operatori sanitari, di rivedere il proprio bagaglio di competenze in modo da poter gestire in modo più efficace ed efficiente i nuovi contesti organizzativi nei quali si sono trovati ad operare. La riduzione del numero delle aziende sanitarie dalle originali 51 USL a 12², operata nel biennio 1994-1995, infatti, seguiva una rigida logica di contenimento e ottimizzazione dei costi di gestione degli ambiti territoriali, giustificata dalla funzione di "holding" delle aziende sanitarie che le Regioni hanno di fatto assunto (Tanese, 2018).

Anche il processo di deospedalizzazione che, a partire dal 2000, la Regione ha avviato per rispondere all'improrogabile necessità di risanamento e di progressivo rientro dal disavanzo che il SSR aveva accumulato nel corso degli anni, ha accentuato la necessità di ridisegnare le competenze in sanità. Lo sviluppo di nuove strutture assistenziali territoriali volte a offrire un'alternativa al ricovero ospedaliero prendendo in carico il paziente non autosufficiente (quali i presidi territoriali di prossimità, oppure il potenziamento dell'assistenza domiciliare, o ancora l'incremento degli hospice e delle residenze sanitarie assistenziali) infatti, ha alimentato nuovi bisogni formativi per gli operatori sanitari e sociosanitari al fine di garantire l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, la qualità assistenziale e, più in generale, il miglioramento degli esiti delle pratiche di cura (Osservatorio Uil Roma e Lazio, Eures, 2016).

Nel 2015 queste direttrici di cambiamento hanno conosciuto un'altra tappa importante con l'ulteriore riduzione delle ASL del Lazio a 10³, e la contestuale costituzione di due maxi-asl (la Roma 1 e la Roma 2) ciascuna con una popolazione superiore a un milione di abitanti. L'accorpamento puntava all'obiettivo di dare piena operatività alle reti ospedaliere dell'emergenza e delle patologie tempo-dipendenti⁴, in modo tale che le risorse umane e economiche recuperate potessero essere impiegate per il potenziamento della rete territoriale. Con la stessa finalità si è proceduto alla recente centralizzazione di alcune funzioni gestionali delle Asl del Lazio, operata attraverso la costituzione di strutture intermedie tra regione e aziende. Si tratta, da un lato, delle "aree di aggregazione"⁵ per lo svolgimento delle gare di acquisto finalizzate a razionalizzare gli acquisti; dall'altro della cosiddetta "Azienda Lazio.0", ossia un nuovo Ente sovra e inter aziendale che, secondo quanto già sperimentato in alcune regioni come Veneto, Sardegna e Liguria, dovrebbe ottimizzare gli assetti istituzionali e organizzativi

del SSR, in modo tale da consentire alle aziende sanitarie la piena focalizzazione sulle attività ed i servizi alla persona.

Si tratta di cambiamenti solo apparentemente procedurali che hanno, invece, inevitabili implicazioni nelle reti di relazioni tra attori organizzativi perché richiedono ai vertici delle Asl coinvolte lo sviluppo di competenze manageriali e di networking che si esplicano nella necessità di un maggiore coordinamento tra le diverse aziende, nella capacità di pianificazione degli interventi e di controllo sull'assegnazione e utilizzo dei beni acquistati.

L'efficacia dei tagli e degli accorpamenti, tuttavia, è tale se l'aumento delle dimensioni organizzative è accompagnato da un cambiamento degli assetti interni delle ASL. Non basta rafforzare le figure apicali, ma occorre definire e responsabilizzare anche le figure intermedie tra il vertice e i nuclei operativi (Mintzberg, 1985) in modo da garantire un'adeguata adozione delle scelte strategiche da parte di tutta l'organizzazione. Un aspetto cruciale in questi contesti di cambiamento, di semplificazione e di aggregazione tra le Aziende diventa pertanto il riconoscimento del ruolo determinante svolto dal cosiddetto middle management (Furnari et al., 2019), la cui criticità maggiore è oggi rappresentata non tanto da una mancata formalizzazione di questi livelli intermedi, quanto piuttosto dalla necessità di definire i confini di questi ruoli, in termini di tipologia di incarico, percorso formativo, collocazione nell'organigramma (ITB-CNR, 2018).

Un'ulteriore sfida di contesto che ha inevitabili ricadute sugli assetti organizzativi delle ASL è il crescente reindirizzamento delle risorse economiche verso le cosiddette forme di sanità privata. Entrambi i settori, pubblico e privato, hanno conosciuto nel periodo del Commissariamento una decisa flessione dei posti letto disponibili, tuttavia il Lazio si caratterizza a livello nazionale per un'elevata incidenza di posti letto in ospedali e strutture private accreditate: con oltre il 39% dell'offerta totale, si colloca al secondo posto nella graduatoria nazionale, dietro la Lombardia.

Negli ultimi anni la sanità laziale ha tentato di recuperare questo shift verso la sanità privata con forme organizzative dei servizi che valorizzano una maggiore ibridazione dell'area sanitaria e di quella sociale (Barretta et al., 2009), soprattutto per quanto riguarda i cosiddetti "pazienti fragili". La rimodulazione delle reti assistenziali vede nel territorio il principale protagonista delle relazioni di cura, con un maggiore coinvolgimento dei distretti, dei servizi sociosanitari e della medicina di base. È il caso delle "Case della Salute" che, attraverso la gestione programmata di protocolli diagnostico-terapeutici integrati che definiscono percorsi di presa in carico e di cura per le patologie croniche, si configura come un modello che favorisce la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare tra gli operatori in collegamento con gli altri servizi territoriali e l'ospedale.

Di fronte a queste sfide sempre più articolate e con sistemi di gestione del personale dirigenziale marcatamente differenziati a livello regionale, la formazione diventa una leva strategica per il potenziamento delle competenze manageriali nelle aziende sanitarie, come un elemento di assoluta necessità per gestire il cambiamento organizzativo.

2. La formazione manageriale in sanità nel Lazio: attori e prodotti

Negli anni Novanta e nel primo decennio del Duemila, in concomitanza con i processi di riforma descritti nel paragrafo precedente, si comincia a parlare di vera e propria formazione manageriale, con l'adozione di alcune misure volte a disciplinare le modalità di accesso all'incarico di Direzione Sanitaria Aziendale e al secondo livello dirigenziale⁶ e anche a regolare in maniera più specifica la formazione manageriale dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere⁷, nonché di tutti i dirigenti delle strutture sanitarie⁸.

Si riconosce che anche questi per l'esercizio delle funzioni di direzione di un servizio pubblico essenziale, come

quello sanitario, sono chiamati a possedere adeguate conoscenze e competenze non soltanto di natura professionale ma anche organizzativa e gestionale, sempre più indispensabili in un contesto in continua contrazione di risorse. Essi, infatti, devono farsi carico del cosiddetto "governo clinico" del Servizio Sanitario, inteso come integrazione tra autonomia professionale e responsabilità gestionale, tra il piano della gestione operativa di settore e quello della gestione strategica aziendale. Inevitabilmente ciò incide sull'identità professionale di questi attori, che da un lato diventa più complessa con la necessità di padroneggiare competenze diverse da quelle acquisite nel corso degli studi universitari, dall'altro è sottoposta alla perdita di autonomia professionale derivante dallo sviluppo di processi di cura che integrano sempre più professionalità diverse, provenienti anche dal sociale (Lusardi, 2015). Sulla spinta di queste disposizioni nazionali da un lato, e dei processi di risanamento e di riorganizzazione della rete ospedaliera sul territorio, dall'altro, anche la Regione Lazio ha avviato una serie di iniziative formative dirette sia agli operatori sanitari in generale, sia alle figure apicali. L'attivazione di nuove modalità di organizzazione dei servizi, quali i presidi territoriali di prossimità, l'assistenza domiciliare, l'incremento degli hospice e delle residenze sanitarie assistenziali, infatti ha rafforzato la necessità di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, la qualità assistenziale e gli esiti delle cure in ospedale e sul territorio. Ma non basta operare solo sul versante organizzativo, occorre agire anche su quello culturale favorendo l'acquisizione di logiche di benchmark, di responsabilizzazione nonché di partecipazione e relazione tra i diversi operatori sanitari e sociali e con i pazienti/utenti.

Dal 2003 al 2006 la Regione Lazio ha cercato di governare questo settore in parte individuando specifici percorsi formativi riconosciuti a livello regionale, mediante la partnership con l'allora Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione come ente erogatore, in parte finanziando voucher individuali come misura di sostegno alla formazione professionale permanente e all'alta formazione, anche per allinearsi alle direttive europee che promuovono la strategia del life-long learning (Consiglio di Lisbona 2000). Nel 2007, l'esigenza di razionalizzazione della spesa imposta dal Piano di Rientro ha investito anche il settore della formazione e questo ha spinto la Regione ad affidare l'erogazione di questi corsi ad un ente di formazione regionale⁹(in house) (Pinelli et al., 2010), lasciando comunque la possibilità che anche altri soggetti (gli atenei sul territorio, ad esempio) si occupassero di questo settore formativo, sospendendo però l'erogazione dei voucher di finanziamento individuale.

Il territorio laziale, tuttavia, presenta anche un'alta concentrazione di Atenei e si è caratterizzato fin da subito per una elevata vivacità e reattività alla nuova domanda di formazione manageriale in sanità, che la Regione ha scelto di non legittimare per lungo tempo. Il consolidamento di queste esperienze, tuttavia, viene riconosciuto dalla Regione che ne prende formalmente atto con una deliberazione (2 luglio 2019, n. 438) che approva lo schema di accordo di collaborazione¹⁰per l'organizzazione e la realizzazione di corsi di formazione manageriale in ambito sanitario coinvolgendo direttamente le università sul territorio: Sapienza Università di Roma, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Università Cattolica del Sacro Cuore, LUISS Guido Carli. Questo accordo è reso necessario, si legge nella premessa, da un lato dalla numerosità della domanda, rappresentata dai dirigenti sanitari in servizio presso gli enti, gli istituti e le aziende sanitarie del Lazio, che già si trovano nella necessità di adempiere all'obbligo della formazione manageriale, o che aspirano al conseguimento del titolo abilitante e sono in possesso dei requisiti richiesti, e dall'altro dal fatto che la Regione riconosce che, su territorio, è presente un'offerta formativa qualificata e diversificata nell'ambito del management sanitario, erogata dai vari atenei operanti, non ancora riconosciuta ai sensi della normativa vigente.

Oltre ai quattro Atenei già citati, il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche¹¹ della Sapienza di Roma si è trovato fin da subito a competere con enti di formazione con una solida esperienza in campo medico, quali

i 6 Policlinici Universitari: 3 afferiscono alla stessa Sapienza, ovvero “Umberto I”, “Sant’Andrea” e Fondazione “Sapienza”; c’è poi il Policlinico di “Tor Vergata”, il “Campus Biomedico” e l’Università Cattolica del Sacro Cuore connessa al Policlinico A. Gemelli. A questi si affianca la LUISS - Libera Università di Studi Sociali “Guido Carli” - con la sua Business School e alcune Università private quali l’Università Telematica “Cusano”, l’Università degli Studi Internazionali di Roma - UNINT, etc.

Quasi tutte offrono Corsi di Alta Formazione e Master di Management Sanitario¹² fortemente caratterizzati da un deciso impianto economicistico che inizialmente sembra corrispondere efficacemente ai nuovi profili professionali delineati dall’aziendalizzazione delle Asl, anche se poi trascurano la dimensione relazionale che è invece sempre più imprescindibile nei nuovi contesti organizzativi a rete. Costituiscono nell’insieme un mercato affollato e competitivo con una forte attrattiva sulle aziende sanitarie della Regione e su quelle limitrofe.

A Roma hanno sede anche le Presidenze e le Direzioni di tutti gli Ordini Professionali Sanitari, delle Società Scientifiche e Professionali sanitarie, di FIASO e Federsanità ANCI, nonché di Gruppi Editoriali quali Il sole 24 Ore Sanità e il Quotidiano Sanità anch’essi presenti con offerte formative manageriali o connesse a metodologie e strumenti di clinical governance.

Altrettanto attive sono le associazioni che rappresentano la realtà delle strutture sanitarie e sociosanitarie private accreditate, quali ANISAP la Federazione Nazionale delle Associazioni Regionali o Interregionali delle Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private, oppure AIOP l’Associazione italiana ospedalità privata, o ancora ARIS l’associazione Religiosa degli Istituti Sanitari e Unisalute di Confindustria.

In questo contesto fortemente competitivo il Disse ha fin da subito lavorato sui profili formativi da offrire ai discenti, rendendoli aderenti alle innovazioni in atto nella sanità italiana per i quali non sono necessarie solo competenze economico-gestionali, ma anche capacità relazionali, di coordinamento e di lavoro in rete.

Il Disse è un dipartimento caratterizzato da un approccio scientifico interdisciplinare, basato sull’apporto di sociologi, economisti, storici, psicologi, giuristi, antropologi, statistici, che si ritrova anche nella progettazione del Master di II livello in Management e Innovazione nelle Aziende Sanitarie (MIAS), scelta che nel tempo sembra aver incontrato in maniera costante l’interesse del mondo sanitario del centro sud¹³.

Questo impianto interdisciplinare si è tradotto in un programma didattico che, per quanto rimodulato di anno in anno in funzione di esigenze contingenti, ha sempre mantenuto la barra dritta sulle macroaree tematiche indicate dalla normativa nazionale e regionale.

I Moduli didattici del Master, pertanto, hanno puntato inizialmente a sviluppare gli strumenti per governare il cambiamento in sanità e per la gestione delle risorse umane e della comunicazione; ad adottare il governo clinico e la predisposizione dei PDTA, i sistemi di budgeting e di valutazione; nonché le competenze per implementare i processi di integrazione sociosanitaria, con un focus sullo sviluppo delle strutture intermedie e di prossimità. Nel posizionarsi sul mercato laziale della formazione manageriale in sanità, il Master MIAS ha cercato poi di integrare questi moduli formativi di base con altri progettati a partire dalla specificità fortemente sociologica del Dipartimento universitario nel quale è stato attivato. I moduli didattici sono articolati in modo tale da stimolare la riflessione sul ruolo attivo che il professionista può svolgere nelle organizzazioni sanitarie e per sviluppare la capacità di lettura delle dinamiche che si attivano nelle strutture complesse così come nelle reti territoriali di cura. In questi contesti infatti è necessario non solo accogliere i bisogni clinici del paziente, ma soprattutto mettere al centro il cittadino con tutte le sue componenti sociali per le quali le competenze mediche non bastano ma occorre mettere in campo anche risorse di accoglienza, di comunicazione, di lavoro nelle reti cliniche territoriali così da favorirne l’empowerment rispetto ai percorsi di cura. L’obiettivo, pertanto, è costruire la figura del professionista riflessivo (Schön, 1983), capace non solo di generare cambiamenti culturali

ma anche di innescare nuovi modi di lavorare.

Questa connotazione è stata mantenuta salda nel tempo e si è espressa in moduli formativi specifici del MIAS, quale quello dedicato ad esempio a valorizzare lo sviluppo di rapporti interprofessionali ed equipe multidisciplinari all'interno delle reti sociosanitarie. L'attivazione di competenze specifiche da un lato, e di relazioni di collaborazione, dall'altro, infatti permette di passare dall'immagine della sanità come rete di strutture ad una sanità come rete di azioni (Pipan 2010), nella quale senza dubbio è centrale il ruolo del manager, ma è altrettanto determinante il ruolo giocato dai singoli nodi della rete, perché «se i nodi sono intelligenti la rete funzionerà meglio» (p. 228). Ed è per questo motivo che il master MIAS non si rivolge – e nel tempo non è stato scelto – solo dal top management, ma soprattutto dai ruoli manageriali intermedi, come ad esempio Dirigenti medici di struttura o Coordinatori infermieristici, che si trovano a dover tradurre processi di cambiamento decisi dal vertice aziendale e poi calati verso il livello operativo, ricorrendo a risorse di negoziazione e di dialogo per i quali non stati formati nel tradizionale percorso di studi.

A questi poi si aggiunge una diversificata platea di professionisti, impiegati nei servizi amministrativi, di gestione delle risorse umane e formazione, di progettazione e sviluppo organizzativo, di comunicazione e relazione con i pazienti, presenti nelle diverse direzionali aziendali, macrostrutture, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti clinici o Distretti Sociosanitari. Professionisti che pur non avendo responsabilità dirigenziali specifiche, si trovano comunque, nelle loro pratiche quotidiane, a vivere quella dimensione di rete che sempre più caratterizza il lavoro di cura e che, inevitabilmente richiede l'esercizio di competenze negoziali, relazionali e di gestione dei conflitti al quale il MIAS dedica molto spazio. Sono proprio questi professionisti, a mostrarsi più sensibili a metodi didattici che, partendo dall'idea di aula come luogo di incontro di diversi saperi ed esperienze, coltivano il dialogo, il confronto, le relazioni collaborative anche con professionalità più soliste, come è tradizionalmente quella medica (Pipan e Pentimalli, 2018).

Un altro modulo cresciuto con il master e reso possibile proprio grazie al fatto che l'ente promotore del Master è un Dipartimento universitario, che coniuga tradizionalmente l'attività formativa con l'attività di ricerca, è quello sul management del rischio in sanità, inserito nell'a.a. 2010-2011 e frutto di un ampio e articolato lavoro di ricerca condotto dai membri dello staff del Master, con il contributo di alcuni docenti ricercatori¹⁴. Alla luce delle evidenze di questa ricerca, il modulo è stato progettato non solo con l'intento di presentare le più recenti strategie di risk management, ma soprattutto con l'obiettivo di attivare nei partecipanti una riflessione sul fatto che, ancora una volta, le strutture (e quindi anche le procedure) «si realizzano solo attraverso una rete di relazioni che connette processi, persone, materiali, valori e istituzioni in un continuum» (Pipan, 2010, p. 19). La possibilità di continuare ad operare con successo in un contesto tanto competitivo è riconducibile, anche alla creazione di valide alleanze istituzionali: innanzitutto quella storica con l'ASISQUAS, Associazione Italiana per la Qualità delle Cure Sanitarie e Sociali, che garantisce un osservatorio attento ai cambiamenti del contesto. E poi quella con l'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, e con l'Azienda per l'emergenza urgenza (Ares 118), che insieme a SIMEU e SIS118 hanno contribuito all'attivazione di un indirizzo specialistico in 'Management dei servizi di Emergenza e Urgenza' (MEU), attivo dall'a.a. 2008/2009 all'a.a. 2011/2012. Così come è frutto di un'analogia sinergia inter-istituzionale l'attivazione, nel 2011, del Master per lo Sviluppo delle Reti Sociali, che ha visto coinvolte le Centrali Cooperative, SUNAS, CESV e altri soggetti del Terzo Settore.

Con l'obiettivo di unire gli approcci teorici alle pratiche, il MIAS ha scelto inoltre di dotarsi di un corpo docente che annovera tanto professori incardinati nei principali atenei (Sapienza Università, Università Roma Tre, Politecnico Marche) quanto professionisti impegnati nel settore della sanità italiana, economisti, sociologi, medici, manager, consulenti, esperti in comunicazione, preziosi soprattutto in quanto portatori di significative

esperienze di innovazione gestionale come la creazione delle società della salute in Toscana, l'attivazione di Ospedali di Comunità e Case della Salute, lo sviluppo di UCCP e AFT, la creazione delle maxi ASL, etc. In questo modo le lezioni frontali si arricchiscono con un sapere pratico che ben si innesta con il sapere manageriale, medico, infermieristico e amministrativo di cui sono portatori, a loro volta, i discenti del master.

3. Formare alle relazioni di cura negli assetti organizzativi disegnati dal PNRR: tra management delle reti e digitalizzazione

I nuovi assetti organizzativi disegnati dal PNRR¹⁵, ma in parte già esistenti, amplificano queste sfide alla interprofessionalità, alla managerialità, alla flessibilità già introdotte da vent'anni di cambiamento organizzativo in sanità. Acronimi quali PDTA, UDI, ADI, ma anche denominazioni quali Case della comunità, Ospedale di comunità, e ancora le COT e le UVMD sottintendono una forte richiesta di competenze di coordinamento.

I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), infatti, come strumento di clinical governance centrato sulla multidisciplinarietà nell'organizzazione dei servizi assistenziali, e sulla centralità dei "modelli di rete" vuole assicurare la presa in carico totale dei pazienti attraverso la cooperazione e il coordinamento tra i professionisti, la relazione con i pazienti e i familiari, l'informazione al paziente per un maggiore empowerment dello stesso nel percorso terapeutico. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) come servizio organizzato dalle ASL anche in collaborazione con i Comuni, dal momento che deve offrire un'assistenza a carattere multidisciplinare rivolta in particolar modo a pazienti non autosufficienti, per lo più affetti da patologie cronicamente evolutive, si configura come un modello organizzativo nel quale ancora più strategiche diventano le competenze relazionali e di comunicazione. La valutazione multidimensionale del bisogno del paziente può richiedere, infatti, il coinvolgimento di professionalità non solo mediche, ma anche infermieristiche, oppure di operatori socio-sanitari (O.S.S.), o assistenti di base del Servizio Sociale o, eventualmente, di operatori tecnici dell'assistenza domiciliare (OTA) o i volontari. Allo stesso tempo diventa centrale la relazione con il caregiver, ossia il familiare o l'assistente del paziente che, adeguatamente informato e formato dagli operatori sanitari può diventare parte attiva del processo di miglioramento della qualità delle condizioni di vita del paziente, pur nel rispetto dei ruoli e delle competenze degli operatori che compongono il team multiprofessionale del Piano di Assistenza Individuale (PAI). Non da ultimo, in questo nuovo assetto del sistema delle cure, non va sottovalutata l'opportunità di valorizzare il dialogo e la collaborazione con associazioni del Terzo Settore attive sul territorio di riferimento al fine di comunicare meglio i servizi offerti e ripensare le procedure di accoglienza, avvicinare specifiche categorie di utenza ai percorsi di cura, ma soprattutto per avviare esperienze di co-progettazione dei servizi e delle prestazioni così da potenziare la medicina territoriale in una logica di continuità con la medicina ospedaliera.

Anche altre strutture introdotte dal PNRR, per un efficace svolgimento delle proprie funzioni di servizio hanno bisogno di rafforzare le competenze relazionali, comunicative e di coordinamento del personale in esse impiegato. Le Case della Comunità, ad esempio, vengono proposte come strutture finalizzate a migliorare la qualità di tutti i servizi già offerti dalle Case della Salute, rafforzandone l'approccio integrato e multidimensionale con il settore sociale (Agnetti, 2023; Brambilla, Macciocco 2022), in esse dovrà operare un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali per il lavoro in team dei quali una risorsa fondamentale è proprio quella della comunicazione interprofessionale ma anche dell'accoglienza diffusa. La centralità del coordinamento e della comunicazione è ancora più evidente, se questi piani di assistenza si avvalgono in maniera

significativa delle possibilità offerte dalle nuove tecnologie, quali quelle a supporto dei sistemi informativi in grado di rilevare dati clinici in tempo reale oppure quelle funzionali all'attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT).

L'obiettivo di rafforzare l'assistenza sanitaria intermedia e le relative strutture, quali gli Ospedali di Comunità¹⁶, riporta al centro dell'attenzione la necessità già sottolineata nel Patto per la salute 2019-2021¹⁷, di valorizzare le professioni sanitarie. Si tratta, in particolare, di quella infermieristica e di quelle della riabilitazione per rispondere ai bisogni di continuità assistenziale con particolare riferimento ai malati cronici, così come anche il ruolo del farmacista per la presa in carico nello specifico dei soggetti più fragili, affetti da multi-morbilità, al fine di garantirne l'aderenza terapeutica.

Tale processo viene richiamato nel PNRR per garantire i servizi di prossimità ed il ruolo dell'infermiere di comunità e comporta un ripensamento delle competenze necessarie in una prospettiva di skill mix, nonché la possibilità di scambio di ruoli (task shifting) delle professioni sanitarie per rispondere ai trend demografici ed epidemiologici che hanno evidenziato nuovi bisogni.

La creazione di strutture come le Case della comunità, gli ospedali di comunità, la progettazione di Percorsi Assistenziali Integrati (PDITA) e i Punti Unici di Accesso, pertanto, porta alla tessitura di nuovi campi organizzativi governati da professionisti che devono essere sempre più in grado di accogliere i nuovi bisogni sociali, di salute e di assistenza dei cittadini. Ormai da decenni si lavora per livelli di "complessità assistenziale" e non si può prescindere dalla capacità di erogare assistenza attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità delle cure all'interno e tra le diverse istituzioni e i diversi operatori coinvolti nella presa in carico dei pazienti nelle filiere assistenziali, fino a coinvolgere anche i cittadini come nodi rilevanti di questa rete delle cure. Come abbiamo visto, diventano rilevanti anche le competenze che riguardano le relazioni con i pazienti, e i loro care givers (famigliari e non), oltre a quelle che supportano le interazioni con i colleghi medici e con tutti gli operatori sanitari e sociali ma anche con il personale amministrativo e la direzione aziendale, le istituzioni pubbliche e politiche, il mercato dei beni e dei servizi.

Pensare all'organizzazione sanitaria come una rete, e non più come macchina statica, razionale, standardizzata e gerarchica, significa ridefinirla (Hatch e Cuncliffe, 2006) quindi interpretarla in modo dinamico come un 'fare organizzazione' nel mettere in pratica progetti trans-locali dentro la rete delle cure.

L'organizzazione va intesa come rete intra e inter-organizzativa che richiede ai professionisti non solo nuove competenze relazionali e di cooperazione, ma anche nuovi linguaggio da condividere, nuovi simboli e rituali, nuove modalità di controllo, tecnologie e strumenti -artefatti- da associare alle cure che sappiano coniugare il modo tradizionale di fare salute - attraverso le strutture ospedaliere orientate al breve periodo (guarigione) - con un nuovo approccio alla salute che è quello della deospedalizzazione e della progressiva istituzionalizzazione delle cure a livello territoriale, orientato al lungo periodo e all'integrazione con il sociale (presa in carico) (Tousjin, 2011; Pipan e Pentimalli, 2018).

In questi nuovi contesti di lavoro gli operatori sanitari cercano di integrare il repertorio delle vecchie competenze e lo sviluppo di nuove competenze manageriali è ciò che è possibile in maniera ancora più costruttivo se si superano le barriere culturali professionali e si mette in atto invece quell'apprendimento cooperativo necessario per governare le reti delle cure.

E' un processo di apprendimento guidato tanto dalla necessità di sostenere l'autonomia professionale dei singoli, quanto dalla necessità valorizzare il significato della cooperazione nei gruppi di lavoro dedicati a mettere in pratica progetti concreti, ma è innegabile che la cooperazione è una competenza, è un'arte che va imparata per realizzare non solo pratiche di cura sempre più efficaci, ma capaci anche di scoprire e correggere - quindi gestire

- gli errori o le possibili mancate corrispondenze nel lavoro di cura sul territorio. La rete è fatta di nodi e se i nodi sono competenti - anche nella gestione dell'errore - la rete funzionerà meglio in quanto si svilupperanno le connessioni tra i nodi che permetteranno di costruire esperienze durevoli e replicabili anche in altri contesti.

Dentro a questi processi cooperativi per gestire attività all'interno di reti specialistiche che si snodano dall'ospedale al territorio e viceversa, da un lato aumenta il lavoro immateriale, relazionale, intangibile e dall'altro sono sempre più necessarie competenze legate alla gestione di dati e informazioni sugli esiti della cura. Altre competenze da sviluppare, pertanto, sono quelle legate alla conoscenza dei nuovi artefatti e strumentazioni tecnologiche che cambiano radicalmente i tradizionali repertori lavorativi (Franceschetti, 2021).

In letteratura la sanità elettronica viene considerata come una "disruptive innovation" (Vicarelli & Bronzini, 2018), a causa dei cambiamenti radicali che comporta nelle procedure e nelle pratiche lavorative. Parlare di innovazione tecnologica in sanità significa affrontare una questione estremamente ampia e complessa, che assume i tratti della telemedicina, ma che poi investe tanto gli aspetti prettamente hardware-centric quanto lo sviluppo di tecnologie per l'erogazione dei servizi. Il termine usato, anche se dai confini semantici poco definiti, quasi una black box, è quello di eHealth (Della Mea, 2001; Franceschetti, 2011; Glinkowski, 2006; Oh et al., 2005; Lusardi et al., 2018).

Nell'esperienza dei professionisti sanitari che hanno partecipato al Master¹⁸, si evidenzia che la criticità maggiore di queste innovazioni tecnologiche non riguarda la funzionalità delle stesse, ma piuttosto il fatto che le Ict sono state introdotte nei diversi contesti organizzativi senza un'adeguata contestualizzazione da parte dei vertici aziendali, e gli operatori sanitari hanno reinterpretato la necessità di questo cambiamento come l'inevitabile adattamento ad un processo di informatizzazione più ampio che investe tutta la società. Ne deriva la necessità di introdurre nelle organizzazioni sanitarie non solo competenze digitali, ma soprattutto una cultura digitale: spesso, infatti, l'introduzione delle nuove tecnologie viene vissuto all'interno delle organizzazioni solo come un modo di eseguire le stesse procedure che si seguivano prima, con strumenti diversi - quelli digitali, appunto. L'introduzione delle tecnologie, invece, dovrebbe servire anche a rivedere i processi organizzativi, a reingegnerizzarli, e questo è possibile se si introduce, una cultura digitale, che non necessariamente deve essere specialistica sulle competenze informatiche ma sa contestualizzare adeguatamente le tecnologie e gli applicativi nelle specifiche organizzazioni e nelle reti di azione nelle quali questi sono coinvolte. Ancor di più, nel caso di una rete di cura che è sempre meno ospedalocentrica, che va sul territorio e che si avvale di team multiprofessionali.

Eppure, non è raro il caso di testimonianze che raccontano di un settore sanitario che, pur presentando un elevato tasso di innovazione tecnologica, poi si trova ad arrancare dietro il Fascicolo Sanitario Elettronico oppure la cartella clinica, o ancora nella compilazione dei gestionali dell'ADI. E' possibile comprendere questa apparente contraddizione se si introduce la distinzione tra 'tecnologia clinica' e 'tecnologia manageriale': la prima, legata alle pratiche di cura in senso stretto, raggiunge anche elevati livelli di implementazione perchè è legittimata dalla Direzione (tanto che ne viene promossa anche una specifica formazione, sponsorizzata dal fornitore esterno di tecnologie); la seconda, quella manageriale invece, si articola in applicativi progettati dal centro, poco funzionali rispetto alle routines quotidiane, a volte addirittura rilasciati in concomitanza dell'entrata in funzione senza un minimo di formazione ad hoc.

Di fronte a queste criticità tecniche, la risposta degli operatori sanitari è un mancato endorsement verso le iniziative di eHealth (Graffigna et al., 2016), che può addirittura prendere le forme delle diffuse resistenze culturali all'uso delle Ict. Percepite come un ulteriore aggravio rispetto al lavoro clinico, le nuove soluzioni

tecnologiche manageriali-organizzative vengono descritte come attività essenzialmente "burocratiche", volte all'immissione di dati che "non misurano" perchè i singoli non riescono a coglierne le ricadute organizzative. La difficoltà di conoscere e partecipare al disegno complessivo del processo di innovazione della propria organizzazione viene da molti vissuto con un senso di frustrazione non solo per la necessità di dover subire una frammentazione degli applicativi che complessifica le procedure d'accesso, ma anche per la consapevolezza di non veder valorizzate, oltre i confini della propria unità organizzativa, eventuali soluzioni tecnologiche progettate dal basso che potrebbero essere un efficace volano per l'innovazione valorizzare anche le esperienze di innovazione digitale sperimentate nei singoli uffici e reparti (che, se non messe a sistema, rischiano di alimentare la frammentazione).

La progettazione frammentata dei sistemi informativi e la forte differenziazione territoriale nello sviluppo e nella diffusione di queste soluzioni informatiche ostacolano un percorso virtuoso di implementazione della sanità elettronica che dovrebbe favorire invece modalità di azione integrate tanto tra le diverse unità operative (comunicazione organizzativa), quanto tra i diversi sistemi sanitari territoriali (attraverso l'interoperabilità degli applicativi). In più, lavorare in un contesto caratterizzato da un'efficace integrazione dei sistemi informativi aprirebbe anche uno spazio di opportunità per l'integrazione culturale, e non solo meccanica, tra le diverse professionalità impegnate nei sistemi di cura che derivi da una legittimazione reciproca dei rispettivi ruoli e non solo da un'imposizione normativa (Lusardi & Tomelleri 2017).

In letteratura è stata più volte sottolineata la centralità del ruolo degli operatori sanitari nei progetti di eHealth, ma con un'attenzione specifica alla relazione di cura con il paziente, in quanto essi sono sia stakeholder del processo (Hennermann et al., 2017, p. 281), sia architetti delle scelte dei loro assistiti in remoto (Thaler e Sunstein, 2009).

Nell'ambito di questa riflessione sullo sviluppo di competenze per la gestione di reti di cura per la fragilità e la cronicità, invece, è possibile evidenziare un ruolo più articolato del personale sanitario, in particolare se ricopre una posizione di middle management, rispetto alla dimensione tecnologica del processo di integrazione territoriale di questi servizi. Se sapientemente attivato come nodo della rete, infatti, può essere un valido «nudge» (ibidem), un pungolo, al processo di eHealth intra e interorganizzativo. E sviluppando adeguate competenze, potrebbe addirittura presidiare la progettazione e la gestione di tale processo con una figura manageriale specifica. Nello specifico, i nuovi bisogni formativi si orientano verso competenze relazionali e di conoscenza del particolare contesto organizzativo (soft skills piuttosto che hard skills). Diventa fondamentale la capacità di maturare uno sguardo d'insieme, una visione sistemica dell'organizzazione, in modo da valorizzare anche le esperienze di innovazione digitale sperimentate nei singoli uffici e reparti (che, se non messe a sistema, rischiano di alimentare la frammentazione). Ma anche saper lavorare in équipe multiprofessionali che coinvolgano attivamente non solo gli informatici ma anche i clinici (medici o infermieri a seconda degli specifici processi) e "praticare" una nuova concezione della gestione del dato in sanità, facendo sì che l'informazione sia disponibile tempestivamente per i clinici, soprattutto nel momento critico del end-over oppure nel coordinamento interorganizzativo ospedale territorio.

4. Agire la formazione manageriale fuori dall'aula: il caso della ricerca-intervento nella riorganizzazione del Presidio Nuovo Regina Margherita della ASL Roma 1

Istituito all'interno di un Dipartimento universitario, il Master MIAS ha sempre coltivato non solo una

naturale vocazione formativa ma anche una missione di ricerca applicativa che si è sostanziata, nel tempo, tanto nella realizzazione di project work di gruppo finalizzati a completare il percorso formativo dei singoli discenti (insieme alla didattica in aula e allo studio individuale), tanto nell'attivazione di reti di ricerca-intervento con le strutture sanitarie - regionali e locali¹⁹- interessate a sviluppare i risultati nei project work, in veri e propri disegni di ricerca di più ampio respiro organizzativo e con il coinvolgimento di altri partners scientifici, già facenti parte della rete del Master stesso.

E' questo il caso della collaborazione attivata nel 2018 con la Regione Lazio e con la ASL Roma 1 per ridisegnare il modello organizzativo e funzionale del Presidio Nuovo Regina Margherita e che ha visto il coinvolgimento anche dell'Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale (AsIQuAS), del Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto di Tecnologie Biomediche (CNR-ITB) e di Cittadinanzattiva Lazio Onlus/Tribunale per i diritti del malato (TDM). Questo progetto di ricerca-intervento è stato ampiamente investito dall'emergenza della pandemia da Covid-19, con conseguenze significative non solo sulle modalità di conduzione delle attività di ricerca, ma anche sulle linee di intervento previste dall'originario progetto. Il Presidio, infatti, è stato in prima linea nella gestione territoriale della pandemia e la dirigenza ha scelto di accogliere fin da subito le indicazioni di innovazione organizzativa delineate nel PNRR, accentuando in itinere quelle dimensioni di cambiamento erano già in nuce nel progetto di ricerca originario.

La prima sfida che il progetto ha deciso di raccogliere è stata quella di una decisa territorializzazione dei servizi attraverso il potenziamento dell'Unità di Degenza Infermieristica UDI all'interno della Casa della Salute, nella quale sperimentare la presa in carico del paziente in una logica di continuità assistenziale dei servizi e di integrazione tra equipe multiprofessionali. Gli interventi principali del progetto - fortemente voluti da una dirigenza consapevole delle criticità presenti nella propria rete di servizi - hanno riguardato soprattutto il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nella gestione dei propri pazienti ricoverati in questa struttura. Per il raggiungimento di tale obiettivo sono stati organizzati dei momenti di confronto strutturato tra i MMG e gli operatori coinvolti in UDI al fine di fare emergere le criticità, condividere le esperienze e trovare insieme soluzioni, e un corso di formazione ad hoc dedicato proprio alle "Cure Intermedie ad alta intensità infermieristica", i cui principali e prioritari destinatari sono proprio i Medici di Medicina Generale, il cui contributo è riconosciuto dall'Azienda come strategico nell'individuazione precoce e multidimensionale dei bisogni di salute dei propri assistiti e come punto di riferimento costante durante il percorso di cura all'interno dei diversi setting assistenziali.

Un'altra attività di progetto - già prevista nel disegno originario e che è stata potenziata proprio in conseguenza non solo delle misure di contenimento della diffusione del contagio, ma anche delle prospettive di sviluppo disegnate dal PNRR - è quella centrata sullo sviluppo di un sistema di teleassistenza e telemedicina a supporto delle attività di assistenza domiciliare integrata. Questa ha costituito una scelta quasi imprescindibile per il Presidio Nuovo Regina Margherita perché l'architettura organizzativa dello stesso prevede per molti suoi professionisti la necessità di interfacciarsi costantemente con realtà operative che sono esterne alla sede stessa del Presidio, ma ad essa funzionalmente legate nei percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti, quali il Presidio Ospedaliero Santo Spirito e la Casa Circondariale "Regina Coeli", nonché le attività di assistenza territoriale erogate dal CAD (Centro di Assistenza Domiciliare) Distrettuale e dalla UCP (Unità di Cure Primarie) gestita in collaborazione con 10 MMG.

La ASL Roma 1 ha risposto con soluzioni tecnologiche che sono state scelte tra quelle proposte da due partner tecnologici esterni (iTel e BI Health) e sono state validate dalla responsabile della U.O.C. Sistemi e Tecnologie Informatiche e di Comunicazione, un'ingegnere chiamata nel maggio del 2020 a ricoprire questo ruolo nella

ASL Roma 1, dopo una consolidata esperienza nel settore in altre ASL dell'Emilia Romagna. La svolta in termini di digitalizzazione della ASL sembrava riprodurre quindi il paradigma neoliberista, con un forte orientamento al mercato in ambito sanitario, non solo perché il ruolo di driver dell'innovazione tecnologica era evidentemente giocato da soggetti esterni all'Azienda, in qualità di esperti di settore in grado di indirizzare le scelte della governance politica dell'Azienda, ma anche perché il processo di innovazione seguiva una solida traiettoria top-down che raramente contemplava l'ipotesi di un confronto dal basso con soluzioni specifiche prospettate dai livelli operativi della stessa ASL. Erano inevitabili, di conseguenza, le resistenze messe in atto dagli operatori sanitari nell'adozione di queste soluzioni tecnologiche, resistenze che si rafforzavano con la variabile demografica del personale e con l'identità professionale degli stessi: il sapere medico-clinico rifiutava il confronto con un altro sapere – quello informatico – per la ridefinizione delle pratiche di lavoro, in modo da non cedere a ibridazioni che rischiavano da un lato di minare i rispettivi territori di competenze, dall'altro di minacciare le posizioni di potere ampiamente acquisite all'interno della specifica organizzazione.

Il non adeguato coinvolgimento degli operatori sanitari nella definizione delle procedure di digitalizzazione adottate dall'azienda prendeva così le forme di una mancata fiducia nelle potenzialità delle tecnologie: la percezione diffusa tra gli operatori descriveva il processo di produzione e di trasferimento dell'informazione attraverso soluzioni tecnologiche come un meccanismo di (re)distribuzione del potere (Greenhalgh et al., 2016), piuttosto che come un'innovazione funzionale al buon funzionamento della struttura sanitaria al servizio dell'utenza. Anche in questo caso, come nella linea di attività dedicata allo sviluppo di processi di territorializzazione dei servizi, la leva di cambiamento agita a fianco dell'innovazione tecnologica è stata quella formativa al fine di consolidare una diffusa cultura digitale tra gli operatori sanitari coinvolti: è stato progettato uno specifico modulo formativo che nella prima parte, presentava contenuti finalizzati a creare nel fruitore la consapevolezza della rilevanza della telemedicina non solo nell'ambito progettuale ma nella pratica sanitaria quotidiana, così come anche previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Un'ulteriore linea di attività del progetto che anticipava e rafforzava le indicazioni del PNRR è stata quella centrata sulla riprogettazione delle procedure di accettazione, accoglienza e comunicazione con i pazienti in una logica partecipata (con il coinvolgimento degli utenti e degli operatori) per favorire una maggiore integrazione delle procedure in essere e una più agevole digitalizzazione delle stesse.

Nello specifico, l'attività di riprogettazione delle procedure di accoglienza diffusa si è articolata in una fase iniziale di ricostruzione delle procedure in atto condotta attraverso specifici strumenti di rilevazione²⁰ finalizzate ad avviare un percorso dialogico con gli operatori per consolidare una cultura diffusa dell'accoglienza, nella sua valenza strategica di informazione, orientamento, accompagnamento e accettazione durante tutte le fasi della presa in carico del cittadini/paziente.

Il coinvolgimento attivo degli operatori li ha resi parte propositiva nella fase progettuale e facilitatori nella fase attuativa e altrettanto incisiva è stata la formalizzazione del dialogo e del confronto con i cittadini, siano essi pazienti o caregivers, realizzata anch'essa attraverso un focus group al quale hanno preso parte i rappresentanti delle Associazioni di volontariato e di pazienti che siedono al Tavolo Misto Permanente per la Partecipazione (TMPP), tra i quali le Associazioni dello Sportello per il Volontariato attivato presso le Case della Salute (SAV). La struttura sanitaria ha raccolto le sollecitazioni emerse in questo contesto e le ha assunte come un patrimonio informativo focale che ha guidato il processo di riprogettazione della procedura di Accoglienza del Presidio, sia per quanto riguarda la segnaletica di orientamento nella sede, sia in riferimento alla creazione sul sito istituzionale di una sezione dedicata all'organizzazione dei servizi del presidio stesso.

Coerentemente con le indicazioni del PNRR, il caso dell'attivazione della Casa della Salute nel Presidio Nuova

Regina Margherita ha anticipato una serie di questioni organizzative che, di lì a poco, altre strutture sanitarie avrebbero dovuto affrontare per implementare il più recente modello di Casa della Comunità. In entrambi i casi si tratta, infatti, di un modello organizzativo che implica una forte centralità tanto del momento dell'accoglienza quanto della comunicazione interprofessionale, e richiede in entrambi i casi un cambiamento dei ruoli agiti sia dai professionisti sanitari, sia dagli operatori socio-sanitari, sia dai pazienti e dai caregivers, considerando anche nuove declinazioni possibili, ad esempio attraverso il ricorso alle nuove tecnologie.

Bibliografia

- Agnetti B. (2023), Case della Salute e Case della Comunità. Uguali o diverse?, in *Quotidiano Sanità*, 10 aprile, disponibile a: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=112792
- Banchieri G., Colavita F. e Massaro G. (2019), *Ospedali di Comunità, Case della Salute e cure primarie: esperienze regionali e confronti*. Edizioni Joelle.
- Barretta A., Ruggiero P. e Gepponi A. (2009), Ruolo del controllo di gestione nel governo dei network sanitari pubblici. *Tendenze nuove, Materiali di lavoro su sanità e salute della Fondazione Smith Kline*, 4: 379-400, DOI: 10.1450/30457.
- Brambilla M., Maciocco G. (2022), *Dalle Case della Salute alle Case della Comunità, La sfida del PNRR per la sanità territoriale*, Carocci
- Della Mea V. (2001). What Is e-Health (2): The Death of Telemedicine? *Journal of Medical Internet Research*, 22, 3(2): e22. DOI: 10.2196/jmir.3.2.e22.
- Doria S., Franceschetti L., Pentimalli B. (2021), *Le sfide per i manager sanitari tra soft skills, ICT e carriere frammentate*, Milano, FrancoAngeli
- Fosti G., Notarnicola E., Perobelli E. (a cura di), (2024), *La sostenibilità del settore Long Term Care nel medio-lungo periodo. 6° Rapporto Osservatorio Long Term Care*, Egea, Milano.
- Franceschetti L. (2011). *L'amministrazione in rete: uno sguardo sociologico. La comunicazione online in sanità*. Milano: Franco Angeli.
- Franceschetti L. (2021), *Competenze per governare l'innovazione tecnologica in sanità in RU Risorse Umane 3/2021*, pp.51-66,
- Furnari A., Lecci F. e Ricci A. (2019), *Il middle management nelle aziende sanitarie pubbliche: censimento nazionale e analisi dei meccanismi di empowerment e responsabilizzazione*. In: *CERGAS Bocconi, a cura di, Rapporto OASI 2019. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano*. Milano: Egea.
- Glinkowski W. (2006). *Telemedicine and eHealth*. In: *Pie.tka E., Łe.ski J. and Franiel S., editors, Proceedings of the XI International Conference Medical Informatics & Technology MIT 2006, September 25-27, Wisla, Poland*, in <https://itib.polsl.pl/mit/papers/I-23.pdf>.
- Graffigna G., Barello S., Bonanomi A. and Menichetti J. (2016). The Motivating Function of Healthcare Professional in eHealth and mHealth Interventions for Type 2 Diabetes Patients and the Mediating Role of Patient Engagement. *Journal of Diabetes Research*, 1-11. DOI: 10.1155/2016/2974521.
- Greenhalgh T., Jackson C., Shaw S. and Janamian T. (2016). Achieving Research Impact through Co-creation in Community-based Health Services: Literature Review and Case Study. *The Milbank Quarterly*, 94, 2: 392-429. DOI:10.1111/1468-0009.12197.
- Hennemann S., Beutel M.E. and Zwerenz R. (2017). Ready for eHealth? Health Professionals' Acceptance and Adoption of eHealth Interventions in Inpatient Routine Care. *Journal of Health Communication*, 22, 3: 274-284. DOI:10.1080/10810730.2017.1284286.
- Istituto Tecnologie Biomediche - Consiglio Nazionale Ricerche, a cura di, (2018), *Il middle management nella sanità italiana: Stato dell'arte e prospettive gestionali. Risultati da Forum Management Sanità – FIASO*. Roma: KOS Comunicazione e Servizi.
- Hatch, M. J., & Cunliffe, A. L. (2006). *Organization Theory: Modern, Symbolic, and Postmodern Perspectives* (2nd ed.). New York: Oxford University Press
- Kazepov Y., Barberis E. (2013), *Il Welfare frammentato. Le articolazioni sociali delle politiche sociali italiane*. Roma: Carocci.
- Longo F., Ricci A. (2023), *Gestire la sanità dell'universalismo selettivo e randomico: quali trade off strategici per il management del SSN?*, in *CERGAS Bocconi, a cura di, Rapporto OASI 2023. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano*. Milano: Egea.
- Lusardi R. (2015), *Pratiche di welfare nel terzo millennio: verso l'integrazione sociosanitaria tra organizzazione, tecnologie e professionisti. Salute e Società*, 3: 185-208. DOI: 10.3280/SES2015-003015
- Lusardi R., Radin R. and Tomelleri S. (2018). «E» come engagement. Il coinvolgimento di pazienti e professionisti come fattore di sviluppo dei processi di eHealth. *Politiche Sociali, Social Policies*, 2: 163-178. DOI: 10.7389/90592.
- Lusardi R., Tomelleri S. (2017). Phenomenology of Health and Social Care Integration in Italy. *Current Sociology*, 66(7): 1031-48

DOI: 10.1177/0011392117737821.

Mintzberg H. (1985), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*. Bologna: Il Mulino.

Oh H., Rizo C., Enkin M. and Jadad A. (2005). What is eHealth (3): A Systematic Review of Published Definition. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1) e1. DOI: 10.2196/jmir.7.1.e1.

Osservatorio Uil Roma e Lazio – Eures sulla qualità e la trasparenza del Sistema Sanitario Regionale (2016), *Numeri della sanità del Lazio nel panorama italiano ed europeo*. n.1.

Pinelli N., Rossini G., D'Adamo A.; De Pietro C.; Nuti S.; Rebori E. (2010), *Formazione Manageriale in Sanità. Competenze e fabbisogni per lo sviluppo professionale del management SSN*, Laboratorio FIASO-AgeNaS. Roma: Edizioni Iniziative Sanitarie.

Pipan T. (2010), *Il ruolo dei master nella formazione manageriale in sanità*. In Pipan T., a cura di, *I rischi in sanità. Un nuovo fenomeno sociale*. Milano: Franco Angeli.

Pipan T., Pentimalli B. (2018), *Apprendere dalle pratiche. Le sfide della formazione professionale per lo sviluppo delle competenze manageriali in sanità*. *Scuola Democratica*, 3: 523- 542. DOI: 10.12828/92145

Schön D.A. (1983), *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. London: Temple Smith.

Tanese A. (2018) *Il ruolo del management nel Servizio Sanitario: Una storia in tre atti*. Milano: Egea.

Thaler R.H., Sunstein C.R. (2009). *La spinta gentile. La nuova strategia per migliorare le nostre decisioni su denaro, salute, felicità*. Milano: Feltrinelli.

Tousijn W. (2008). *L'autonomia professionale di fronte alla sfida consumeristica e alla sfida manageriale*. In: Speranza L., Tousijn W., Vicarelli G. (a cura di). *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*. Bologna: Il Mulino.

Vicarelli G. (2012). *Medici e manager. Verso un nuovo professionalismo? Cambio*. *Rivista sulle Trasformazioni Sociali*, 2(3): 125-136, DOI: org/10.13128/cambio-19456.

Vicarelli G., Bronzini M. (2018). *La sanità digitale: dimensioni di analisi e prospettive di ricerca*. *Politiche Sociali, Social Policies*, 2: 147-162. DOI: 10.7389/90591.

Note

- 1 L'indice di vecchiaia, pari al rapporto percentuale tra il numero delle persone con più di 65 anni e il numero dei bambini 1 fino ai 14 anni, nel Lazio si attesta a 184 mentre a livello nazionale arriva a 193,1.
- 2 Con la costituzione di 4 aziende su base provinciale (Frosinone, Latina, Rieti, Viterbo) e di 8 aziende operanti sul territorio 2 di Roma.
- 3 DCA n. U00606 del 30.12.2015 con Deliberazione n. 1 del 04.01.2016.
- 4 Si tratta di quelle patologie per le quali il tempo rappresenta la variabile fondamentale per l'outcome inteso sia come 4 numero di vite salvate che come recupero funzionale (trauma grave, ictus, infarto miocardico acuto).
- 5 La nuova aggregazione (aree vaste) raggrupperà le Asl del nord del Lazio (Viterbo, Rieti e la Asl RMF), le Asl di Roma 5 comprese le aziende ospedaliere e universitarie e le Asl del Sud del Lazio
- 6 D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484.
- 7 Legge n. 419/1998, che delega il Governo ad emanare uno o più Decreti Legislativi, contenenti disposizioni modificative e 7 integrative del Decreto Legislativo n. 502/1992.
- 8 Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229.
- 9 L'ente direttamente coinvolto dalla Regione è l'Istituto Regionale di Studi Giuridici "A. C. Jemolo" di Roma con il quale si 9 è creato un rapporto "privilegiato" e consolidato.
- 10 L'art. 5 sancisce che l'accordo ha validità per tre annualità di svolgimento del corso in oggetto, dal 2019 al 2022, con 10 possibilità di rinnovo previa esplicita manifestazione di volontà di entrambe le parti.
- 11 Al momento dell'istituzione del Master MIAS, nel 2005, era denominato Dipartimento Innovazione e Società, nel 2010 è 11 poi passato ad essere Dipartimento di Scienze Sociali, per diventare nel 2012 Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche.
- 12 In particolare "Tor Vergata" nel tempo ha sviluppato una esperienza di master di "Economia Sanitaria". La "Cattolica" eroga 12 master "clinici" e un master di management sanitario in collaborazione con la Società dei Medici Manager. La LUISS Business School ha un master di management il MAS, Management delle Aziende Sanitarie, un master sul Rischio Clinico, e un master di farmacoconomia EMPHA. Il "Campus Biomedico" organizza master "clinici" e non, per ora, di management.
- 13 Gli iscritti al master, infatti, provengono non solo dal Lazio, ma anche dall'Abruzzo, dal Molise, dall'Umbria, dalla Toscana. A queste regioni si aggiungono casi, meno numerosi ma comunque significativi, di frequentanti provenienti dalla Campania, dalla Puglia, dalla Sicilia, dalla Sardegna. Regioni del centro sud che non offrivano simili progetti formativi.
- 14 Il lavoro di ricerca è stato raccolto nel volume collettaneo Pipan T. (2010), (a cura di) *I rischi in sanità*. Un nuovo fenomeno 14 sociale, Franco Angeli, Milano
- 15 Il PNRR per rispondere alle criticità emerse a seguito dell'emergenza pandemica, e ancora di più per fronteggiare il 15 progressivo processo di invecchiamento della popolazione italiana e l'acuirsi delle malattie croniche, propone interventi su due dimensioni del servizio sanitario: la territorialità e la digitalizzazione. La Missione 6 Salute si articola in due componenti: M6C1 - Reti di

prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale; M6C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, ciascuna articolata in specifiche linee di investimento (<https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&cid=5833&areaPNRR-Salute&menu=missionesalute>)

16 Come previsto dalla Linea di Investimento 1.3 della Missione del PNRR.

17 <https://www.fnopi.it/aree-tematiche/patto-per-la-salute-2019-2021>

18 Si fa riferimento ad una rilevazione sul campo finalizzata a ricostruire le carriere e le competenze che gli attuali e futuri middle manager narrano di praticare e/o di voler sviluppare, compiuta attraverso la raccolta di storie organizzative e professionali raccontate da discenti ed ex-discenti del Master in MIAS durante tavole rotonde, interviste e focus group nel periodo 2016-2018 (Doria, Franceschetti, Pentimalli, 2021).

19 Tra le altre, la ASL Roma 1, la ASL di Rieti e quella di Viterbo, e ancora l'ASRem del Molise

20 Un questionario autocompilato, somministrato digitalmente (attraverso la piattaforma Google Suite) a tutti i referenti 20 dei singoli servizi coinvolti, con la doppia finalità di esplicitare e censire le procedure esistenti nel Presidio ma anche di rendere noto alle diverse unità operative il rinnovato interesse della Direzione Aziendale verso questa dimensione strategica - sia a livello di Presidio che di singolo Servizio; un focus group con gli stessi operatori che hanno compilato il questionario, per approfondire le maggiori evidenze emerse da una prima lettura delle risposte e integrare con ulteriori informazioni

La digitalizzazione della sanità a supporto della gestione dei pazienti fragili e cronici e per affrontare le diseguaglianze

Tecnologie e semantica: un binomio da ripensare

Angelo Rossi Mori

1. Tecnologie e semantica: due fattori abilitanti al cambiamento

In questo capitolo esaminiamo le opportunità offerte dalle tecnologie e dalla semantica per migliorare l'efficienza, la sicurezza e la qualità delle cure e dell'assistenza.

I paradigmi dell'*Integrated Care* e del *Chronic Care Model* (CCM) forniscono la chiave di lettura per comprendere come la simbiosi di tecnologie e semantica possa contribuire a trasformare la gestione della fragilità, della cronicità e delle disuguaglianze di salute. Le tecnologie esistenti sono capaci di offrire il supporto necessario ad assecondare i cambiamenti strutturali dei modelli organizzativi che si stanno delineando con il DM77 e con l'intensa legislazione avviata in sinergia con il PNRR.

La digitalizzazione progressiva dei dati sanitari con un uso appropriato della semantica potrà offrire un supporto sempre maggiore agli operatori e rendere le informazioni più accessibili ai professionisti autorizzati, per facilitare la collaborazione tra i vari attori del sistema sanitario e favorire quindi la continuità delle cure.

Nel loro insieme, il monitoraggio continuo, una diagnosi tempestiva, le cure personalizzate favoriranno una gestione olistica delle condizioni di salute, con un'assistenza più efficiente, sostenibile e centrata sul paziente.

1.1. Assecondare ruoli e compiti di tutti gli attori dell'ecosistema della salute

- La condivisione dei dati tra professionisti e con i pazienti migliora la gestione delle cure e asseconda la trasformazione delle dinamiche tra i vari attori dell'assistenza a lungo termine.
- I dispositivi di monitoraggio remoto possono consentire più autonomia ai destinatari delle cure.
- I sistemi di notifica segnalano anomalie ed eventi a rischio, migliorando la sicurezza del paziente.
- I pazienti e i caregiver diventano una parte attiva di un sistema integrato di cura e assistenza.

Tradizionalmente, il modello di cura dei pazienti con fragilità e cronicità si basa su una forte dipendenza dai caregiver familiari.

Le soluzioni tecnologiche, come i dispositivi indossabili e la sorveglianza ambientale, possono ridurre questa

dipendenza. Inoltre, le applicazioni mobili e le piattaforme di telemedicina attivano a loro volta interventi professionali a distanza o in presenza, supportando il processo di cura in un ambiente domiciliare. La tecnologia asseconda una riallocazione delle attività tra i vari attori coinvolti nell'assistenza alle persone con fragilità e patologie croniche, delegando alcune azioni più semplici e ripetitive anche ai caregiver o ai pazienti stessi.

Ogni membro del “*team virtuale*” attorno al destinatario delle cure, con una opportuna formazione, può svolgere compiti più complessi e collaborare con gli altri in modo più efficace.

La maggiore flessibilità porta ad una migliore divisione del lavoro, riducendo l'intervento dei professionisti solo quando strettamente necessario e migliorando l'efficienza complessiva del sistema di cura.

Centralità dell'assistito e suo coinvolgimento attivo

I professionisti sociali e sanitari devono fare squadra, per apparire al cittadino come un team integrato e coerente.

La tecnologia svolge un ruolo di sottofondo, facilitando la circolazione delle informazioni tra i diversi operatori sanitari, nel rispetto della privacy; in particolare la telemedicina consente una gestione proattiva delle condizioni di salute degli assistiti e facilita l'accesso alle cure, per ottenere interventi più tempestivi e cure più personalizzate.

Nasce una dinamica interattiva, che non solo migliora l'efficacia delle cure, ma aumenta anche la fiducia del paziente nel sistema sanitario, poiché sente di essere parte attiva nella realizzazione del proprio progetto di salute. I cittadini e i caregiver diventano parte integrante dell'intero sistema di assistenza, se opportunamente formati per utilizzare dispositivi domiciliari, interpretare correttamente le informazioni, assumere un atteggiamento di prevenzione attiva e comunicare efficacemente con i professionisti per decidere in merito alle proprie cure. Il coinvolgimento dell'assistito e del suo caregiver varia in base al tipo di tecnologia e al livello di partecipazione richiesto.

La tecnologia abilita diversi livelli di coinvolgimento.

Un tipo di partecipazione adatto ai pazienti anziani o con disabilità è una sorveglianza discreta e non invasiva da remoto, senza una partecipazione attiva da parte del cittadino. I sensori ambientali possono rilevare cambiamenti nei parametri vitali o nella routine quotidiana del paziente, inviando notifiche agli operatori solo in caso di anomalie, assicurando la privacy e la dignità della persona.

Una partecipazione limitata prevede invece un ruolo del cittadino o del caregiver, per eseguire semplici compiti ripetitivi, se necessario dopo una fase di apprendimento, come la generazione di una richiesta di intervento tramite un dispositivo di allarme o un'applicazione mobile.

Questo permette all'assistito di mantenere un certo grado di controllo sulle proprie cure, senza dover gestire direttamente tutti gli aspetti dell'assistenza. In altri casi la collaborazione può essere interattiva: l'assistito o il caregiver utilizza le proprie conoscenze e gli strumenti in dotazione per interagire con gli operatori e prendere decisioni congiunte.

La comunicazione è bidirezionale: i pazienti condividono le proprie reazioni con i loro operatori e ricevono consulenza e supporto.

La telemedicina e le app facilitano questa collaborazione, rendendo possibile un dialogo continuo e costruttivo. Infine, dopo una formazione specifica, una parte dei cittadini e dei caregiver possono essere abilitati a gestire autonomamente alcuni dispositivi medici e prendere eventualmente alcune decisioni, in circostanze predefinite, per adattare il trattamento programmato sotto la supervisione di un operatore sul processo complessivo.

Tecnologie ed educazione per la gestione autonoma della propria salute

La tecnologia consente ai cittadini di gestire meglio gli stili di vita, le attività quotidiane e la malattia, con applicazioni mobili che offrono promemoria per i farmaci, guide per l'esercizio fisico e suggerimenti per una vita sana. I dispositivi monitorano i parametri vitali e inviano dati ai care manager e ai medici per una supervisione. Si promuove così l'empowerment dei pazienti, permettendo loro di prendere decisioni informate riguardo alla propria salute e di gestire attivamente le proprie condizioni.

L'educazione sanitaria è fondamentale per l'autocura. Gli applicativi di formazione forniscono informazioni su malattie, trattamenti e stili di vita sani e sono pronti a ribadirle in caso di bisogno. In questo modo aiutano il paziente a prendere decisioni informate, migliorando la loro competenza e fiducia nella gestione della propria salute.

1.2. Integrazione tra servizi sanitari e sociali ed il ruolo del terzo settore

- La cooperazione tra professionisti sanitari, sociali e volontari garantisce un'assistenza coordinata ed efficace agli assistiti con fragilità e malattie croniche, ottimizzando le risorse disponibili.
- Il coinvolgimento attivo delle organizzazioni di volontariato fornisce un supporto essenziale agli assistiti, migliorando il loro benessere psicosociale; una Banca del Tempo può gestire la domanda e l'offerta di supporto tra gli assistiti, promuovendo la solidarietà e la partecipazione attiva della comunità.

Un modello organizzativo integrato prevede che le aziende sanitarie, i servizi sociali, le farmacie, i Comuni stringano accordi con i vari soggetti attivi in una località, come le organizzazioni del terzo settore, le associazioni di pazienti, le parrocchie, gli istituti scolastici e le associazioni sportive.

Supporto alla gestione di gruppi di interesse tra gli assistiti

Un approccio per migliorare il benessere degli assistiti consiste nella creazione di gruppi per dedicarsi insieme ad attività culturali, ricreative o di assistenza reciproca, legate o meno a patologie specifiche.

Sono iniziative che favoriscono la socializzazione ed offrono benefici fisici, mentali ed emotivi, riducendo anche il senso di solitudine che è sempre più diffuso, specialmente tra gli anziani soli.

Si organizzano gruppi per svolgere semplici attività fisiche, come passeggiare in parchi o sentieri naturali, oppure per partecipare ad attività musicali o di artigianato, effettuare viaggi, prendersi cura di piante e giardini ed esperienze immersive di visite a musei, teatri e luoghi culturali.

Probabilmente i gruppi più apprezzati saranno quelli sulla gastronomia e sul giardinaggio!

Si creano chat dove gli assistiti possono comunicare, condividere interessi comuni ed esperienze oppure coordinarsi per iscriversi, ricevere promemoria e aggiornamenti sulle attività programmate.

La banca del tempo a supporto alle attività di assistenza reciproca

Le tecnologie supportano le attività del volontariato e l'assistenza reciproca per offrire aiuto agli assistiti per varie attività quotidiane. Forum e gruppi di supporto permettono di condividere esperienze e di ricevere sostegno emotivo.

Un servizio utile riguarda l'introduzione della "banca del tempo" per gestire la domanda e l'offerta di supporto da parte dei singoli cittadini, valorizzando le competenze dei membri della comunità e aiutando a colmare il

divario tra la domanda e l'offerta di servizi formali.

Vantaggi della collaborazione tra professionisti e terzo settore

Il terzo settore, con la sua capacità di mobilitare risorse e creare reti di solidarietà, gioca un ruolo importante per ottimizzare l'uso delle risorse sanitarie e sociali formali; la mediazione dei volontari può indirizzare gli assistiti verso l'assistenza più adatta alle loro esigenze e ridurre gli accessi impropri alle strutture di urgenza ed emergenza.

Questo approccio aumenta l'efficienza complessiva dell'ecosistema sistema della salute e contribuisce a creare un ambiente più inclusivo e solidale, favorendo la coesione sociale ed il benessere psicologico e sociale degli individui.

1.3. Rassegna delle opportunità offerte oggi dalle tecnologie

- Le tecnologie possono migliorare l'efficienza amministrativa, fornendo informazioni ai cittadini sui servizi di assistenza e permettere loro di gestire le pratiche online.
- La tecnologia facilita la collaborazione tra operatori sanitari e pazienti per la continuità delle cure.
- I sensori ambientali migliorano la sicurezza dei pazienti, prevenendo incidenti domestici.
- I dispositivi di telemedicina creano un ambiente sicuro e confortevole per i pazienti.

Le tecnologie offrono da anni una vasta gamma di servizi che possono migliorare l'efficienza amministrativa e fornire informazioni utili ai cittadini. I cittadini possono accedere più agevolmente alle informazioni sui servizi di assistenza disponibili e sulle procedure per ottenerli, riducendo il tempo necessario.

La possibilità di scaricare moduli, inviare richieste via Internet e ottenere informazioni sullo stato di avanzamento delle pratiche in corso facilita la gestione delle pratiche amministrative. Tuttavia, il vero cambiamento riguarda i processi di assistenza.

Supporto alla continuità della cura e dell'assistenza

La tecnologia migliora la continuità della cura e assicura che i pazienti ricevano la giusta attenzione e assistenza, facilitando la collaborazione tra i vari operatori sanitari e sociali e tra loro e i pazienti.

Un sistema informativo efficiente garantisce che tutti gli operatori sanitari e sociali coinvolti abbiano accesso alle informazioni aggiornate sul paziente.

I sistemi di promemoria e avvertenze sull'uso dei farmaci o sulle misurazioni periodiche sono strumenti efficaci per ridurre il rischio di dimenticanze e mantenere un alto livello di aderenza alle terapie prescritte.

Le tecnologie di monitoraggio offrono soluzioni per migliorare la sicurezza dei pazienti e prevenire incidenti.

I sensori ambientali e le telecamere intelligenti possono monitorare costantemente l'ambiente domestico in modo non invasivo, prevenendo incidenti e segnalando comportamenti anomali.

I sistemi di allarme avvertono i caregiver o gli operatori in caso di emergenze, permettendo interventi rapidi.

I dispositivi progettati per migliorare la mobilità e l'autonomia dei disabili e degli anziani migliorano la qualità della vita e facilitano le attività quotidiane, riducendo la dipendenza dai caregiver o da altri operatori.

Integrazione di ICT e dispositivi medici

La combinazione di ICT e dispositivi medici supera gli ostacoli spazio-temporali e apporta un impatto diretto significativo, specialmente sull'assistenza a lungo termine. Il monitoraggio remoto dei pazienti

riduce la necessità di visite frequenti in ambulatorio e permettendo ai pazienti di ricevere assistenza di alta qualità senza dover lasciare le loro case. La domotica crea un ambiente sicuro e confortevole per i pazienti; si possono rilevare cadute, variazioni nei parametri vitali e altri segnali di allarme, migliorando la sicurezza e la qualità della vita dei pazienti. La tecnologia attuale già offre un'ampia gamma di servizi innovativi che possono migliorare significativamente l'efficienza e l'efficacia dell'assistenza a lungo termine, ed è in continua evoluzione. Il PNRR sviluppa una struttura informativa per supportare l'interoperabilità tra i diversi sistemi e dispositivi.

La progettazione include i dati da condividere, in modo da garantire una comunicazione efficace e significativa tra tutti i partecipanti al sistema.

1.4. La sinergia tra la semantica, i PDTA, i modelli organizzativi e le tecnologie

- La semantica è una disciplina autonoma, essenziale per la gestione ottimale delle tecnologie sanitarie.
- La diversità dei sistemi sanitari rende difficile comunicare e integrare i dati clinici tra diversi sistemi.
- Assegnare i codici corretti ai termini-chiave usati nei PDTA, richiede esperti di standard di codifica; nella pratica corrente gli operatori non possono garantire una codifica accurata degli altri dati clinici.
- Società scientifiche, esperti di semantica, istituzioni, aziende tecnologiche e fornitori di servizi domiciliari devono collaborare per analizzare un numero adeguato di use case sui modelli organizzativi di Integrated Care sulla gestione di fragilità e malattie croniche, per:
 - assegnare i codici accurati ad una massa critica di termini-chiave;
 - definire algoritmi elaborabili da implementare in modo uniforme negli applicativi. .

Assegnare nomi alle cose e ai concetti astratti aiuta le persone e i software a catalogare, etichettare, ragionare, interpretare o decidere.

La semantica è una disciplina autonoma, che si occupa da secoli di vari campi del sapere umano, dal rapporto tra parole e significati considerato da Platone e Aristotele, fino alla tassonomia biologica di Linneo e ai thesauri per la gestione delle biblioteche.

Nel web semantico le informazioni sono strutturate e annotate per essere utilizzate dai computer, oggi alla base degli algoritmi nei sistemi di intelligenza artificiale.

Nel mondo della salute, fino al secolo scorso la semantica risiedeva negli istituti nazionali di statistica, nell'OMS e nelle organizzazioni professionali dei medici e delle altre professioni sanitarie; oggi serve anche la collaborazione con i tecnologi perché il binomio tra semantica e ICT possa giocare il suo ruolo nell'ecosistema della salute.

La sfida incombente della massima sinergia tra la semantica e le tecnologie digitali

Con l'adozione diffusa dello standard HL7-FHIR, ormai l'interoperabilità *sintattica* per trasmettere i dati tra i sistemi può essere considerata matura.

Finora, l'adozione degli standard internazionali di codifica nei sistemi digitali ha permesso una gestione solo parziale dell'interoperabilità *semantica*, limitata dall'eterogeneità interna all'ecosistema della salute: i concetti clinici sono espressi con dialetti e stili locali e sono gestiti a proprio modo da una varietà di piattaforme e applicativi, rendendo difficile la comunicazione e l'integrazione tra contesti operativi diversi, ormai improcrastinabile.

Nello stesso tempo, gli standard internazionali di codifica, come ICD, SNOMED CT e LOINC, in Italia sono poco usati e le numerose terminologie cliniche ottimizzate per scopi mirati complicano ulteriormente l'interoperabilità dei dati clinici tra diversi contesti sanitari, in quanto l'interpretazione corretta dei dati nel loro insieme richiede livelli di dettaglio specifici per ogni contesto d'uso, e questo può portare a fraintendimenti ed errori, compromettendo la qualità delle cure.

Pertanto, la capacità di gestire la semantica dei dati clinici con precisione ed efficacia in sistemi eterogenei rimane una sfida complessa, che richiede approcci innovativi.

Un punto di partenza: formalizzare meglio la semantica nei PDTA

Solitamente i PDTA sono redatti da medici per medici, fanno ricorso a conoscenze implicite e raramente prevedono di strutturare i termini clinici ed il loro utilizzo in modo non ambiguo: non hanno adottato una interlingua comune attraverso le diverse comunità di parlanti, che variano per lingua, specialità e sotto-specialità, contesti locali e scuole di pensiero.

Un passo iniziale per agevolare, senza ulteriori interpretazioni, chi sviluppa i sistemi ICT riguarda l'uso nei PDTA di una terminologia basata su standard di codifica internazionali, indipendente dai diversi contesti linguistici; se i codici vengono assegnati da professionisti appositamente addestrati, questi standard garantiscono la coerenza dei codici dei dati clinici tra diverse istituzioni e sistemi sanitari.

Invece, l'assegnazione dei codici da parte dei singoli professionisti sanitari e sociali nel corso della loro pratica quotidiana è troppo complessa per essere considerata affidabile.

Nel mondo digitale i concetti clinici non sono tutti uguali

Per affrontare le necessità incombenti della digitalizzazione si può partire dalla constatazione empirica che l'uso dei concetti clinici nella pratica corrente è molto disomogeneo; uno studio di diverse esperienze sul campo [Rossi Mori et al, 2024], ha dimostrato che più del 90% su miliardi di occorrenze riguarda meno di *duemila termini-chiave*.

Per una singola patologia, ad esempio per il diabete, i concetti utilizzati nei PDTA di solito sono molto meno e l'uso corrente dei dati clinici si concentra di solito su meno di 200 termini-chiave.

La costruzione di una base semantica robusta per le principali patologie croniche e la non-autosufficienza ('Clinical Documentation Kernel' (CDK), [Rossi Mori et al, 2024]) richiede una descrizione ben contestualizzata di un sotto-insieme selezionato di termini-chiave.

Si tratta dei termini ormai già in largo uso negli applicativi per gli specialisti, frutto di anni di pratica dei clinici e dei fornitori, perché sono richiamati ad esempio nei nodi decisionali descritti all'interno dei PDTA ed in altre situazioni rilevanti.

Un'analisi congiunta degli use case da parte di clinici e tecnologi, centrata sia sulle evidenze scientifiche che sulla pratica corrente, può agevolmente fissare il loro significato univoco e i loro utilizzi concreti nella gestione dei processi di cura.

Promuovere una partnership con istituzioni, clinici, operatori domiciliari, tecnologi e organizzazioni di pazienti su questo tema è fondamentale per sviluppare soluzioni che migliorino l'interoperabilità semantica e rispondano alle reali esigenze dell'ecosistema della salute.

Occorre sottolineare che, *durante i normali processi di cura* al di fuori dei protocolli dei clinical trial, forzare la narrativa originale in termini e codici poco diffusi rischia di alterarne il significato: da una parte richiederebbe agli utenti tempo ed esperienza non sempre disponibili, e dall'altra si presterebbe a distorsioni e irrigidimenti

che possono poi alterare l'interpretazione complessiva dell'insieme dei dati.

Invece, sfruttare i termini-chiave e i loro utilizzi contestualizzati descritti nel CDK consentirà agli applicativi di elaborare i dati clinici in modo coerente attraverso i vari sistemi e di fornire un Valore significativo agli utenti "umani" per interpretare al meglio tutti gli altri dati clinici relativi ad un paziente.

L'adozione del CDK consentirà di gestire meglio la maggior parte delle attività di routine che richiedono l'elaborazione omogenea dei dati tra diversi contesti, ad esempio per organizzare un visualizzare dei dati, verificarne la coerenza, alimentare sistemi di aiuto alla decisione, calcolare indicatori.

Semantica e ICT negli use case sui modelli organizzativi per l'Integrated Care

I modelli organizzativi rappresentano un altro approccio sistematico e coordinato per elaborare un uso ottimale della semantica e dell'ICT.

Rispetto all'approccio centrato sulle conoscenze cliniche e i PDTA, da una parte offrono un approccio sistematico per definire chiaramente i processi, i ruoli e i bisogni informativi nelle use case, dall'altra insieme al *Chronic Care Model* espandono l'analisi su presa in carico, gestione proattiva, ruolo dei care manager e coinvolgimento della comunità.

Ma soprattutto sui pazienti e gli assistiti maggiormente coinvolti nella gestione della propria salute, per aumentare la loro aderenza ai trattamenti e migliorare i propri stili di vita.

Gli use case sono scenari specifici che descrivono come i vari attori interagiscono tra loro per raggiungere gli obiettivi di cura.

Gli attori coinvolti possono includere medici, infermieri, specialisti, pazienti, caregiver, volontari, amministratori e tecnologi.

Ogni attore ha un ruolo specifico e responsabilità nell'ambito del percorso di cura. Nel progettare le iniziative per mettere in atto trasformazioni radicali dei processi di cura, è importante descrivere le attività svolte da ciascun dovrà, specificando obiettivi, ruoli, responsabilità e interazioni con gli altri attori.

Semplificando, i medici si occupano della diagnostica e del trattamento dei pazienti, prendono decisioni cliniche basate su evidenze e interagiscono con altri colleghi per garantire un approccio coordinato.

Gli infermieri monitorano le condizioni dei pazienti, eseguono le procedure necessarie e comunicano con i medici e i caregiver. I pazienti e i caregiver partecipano attivamente nella gestione della propria salute, aderiscono ai piani di trattamento e comunicano con i professionisti sanitari. In questo può essere di aiuto un toolkit, come lo STO [Rossi Mori, ICIC] che fornisce 23 classi di fabbisogni di integrazione che riguardano la collaborazione tra i professionisti, il coinvolgimento dell'assistito e del caregiver, e le decisioni manageriali e cliniche. Tali classi aiutano a delineare sistematicamente le modifiche organizzative e le aree di miglioramento adatte alle specifiche esigenze locali.

Lo schema che ne deriva permette di discutere i bisogni informativi degli attori coinvolti, che variano a seconda dei ruoli e delle attività da svolgere.

L'analisi quindi riguarda l'identificazione dei termini-chiave per valutare lo stato di salute dei pazienti e svolgere le proprie funzioni in modo efficace.

Le tecnologie, nell'ambito di ciascun use case adattato alle specifiche esigenze del contesto locale, devono soddisfare questi bisogni informativi, garantendo la sicurezza e la privacy dei dati.

I piani individuali di assistenza devono essere disponibili in modo elaborabile. I dati amministrativi, come informazioni sulla gestione delle risorse, statistiche sulle performance e report di conformità, sono necessari per gli amministratori per prendere decisioni informate.

Le cartelle cliniche elettroniche, i sistemi di supporto alle decisioni, le piattaforme di telemedicina e i dispositivi di telemonitoraggio devono essere implementati in modo tale da facilitare la condivisione delle informazioni, garantendo che i termini-chiave e gli altri dati clinici siano facilmente accessibili a tutti i membri del team di cura, in modo selettivo rispetto al proprio ruolo. Inoltre, queste tecnologie devono supportare il management con algoritmi avanzati per analizzare i dati.

1.5. Verso una adozione sinergica delle tecnologie e della semantica

Il ruolo delle istituzioni

Le istituzioni, nazionali e regionali, svolgono un ruolo cruciale nel promuovere l'adozione di modelli organizzativi avanzati nel settore sanitario, con le opportunità tecnologiche di supporto.

È essenziale che ogni regione sviluppi e aggiorni costantemente un piano strategico per l'innovazione dei processi e la maturazione dell'attitudine a "fare squadra" tra i professionisti, in linea con le esigenze locali e le direttive nazionali.

Questo piano dovrebbe includere programmi di finanziamento e incentivi per supportare una profonda evoluzione culturale sui modelli organizzativi integrati, specialmente nelle aree rurali e meno sviluppate e per gli assistiti con fragilità e malattie croniche.

Inoltre, occorre investire in programmi di formazione continua per il personale sanitario, concentrandosi sulle competenze tecnologiche necessarie per utilizzare efficacemente le nuove soluzioni.

Promuovere la collaborazione tra diversi settori sanitari e tecnologici può sviluppare soluzioni integrate e migliorare la gestione dei pazienti.

Implementare soluzioni efficaci per un uso omogeneo della semantica dei dati clinici tra i diversi sistemi informativi sanitari facilita la condivisione dei dati e migliora la continuità delle cure.

Promuovere l'uniformità dei termini-chiave e delle funzioni collegate garantisce una comunicazione efficace e sicura tra i diversi attori del sistema sanitario e produce Valore per gli utenti e per l'ecosistema della salute.

Sviluppare e aggiornare piani strategici per l'innovazione organizzativa nel settore sanitario.
 Promuovere la collaborazione tra i professionisti, per "fare squadra".
 Promuovere soluzioni per gestire la semantica dei dati clinici.
 Dare priorità a iniziative per gli assistiti con fragilità e malattie croniche nelle aree remote.

Il ruolo delle società medico scientifiche e per le altre organizzazioni professionali

Le organizzazioni delle professioni sanitarie e sociali devono giocare un ruolo attivo nel promuovere l'innovazione sui modelli integrati di assistenza, con studi clinici e sperimentazioni per valutare l'efficacia delle corrispondenti soluzioni tecnologiche e della semantica dei dati clinici, per sviluppare soluzioni basate su evidenze scientifiche in collaborazione con università, istituti di ricerca, strutture sanitarie ed aziende tecnologiche.

Altrettanto importante è offrire ai professionisti corsi, workshop, seminari, linee guida e best practices per un aggiornamento continuo sulla collaborazione interprofessionale, sulle nuove tecnologie e sull'uso ottimale dei dati clinici.

Inoltre, promuovere l'uso di strumenti clinici avanzati, come i sistemi di supporto decisionale e le piattaforme di telemedicina, può migliorare la qualità delle cure e l'efficienza operativa.

Effettuare valutazioni periodiche sull'uso delle tecnologie e dei termini-chiave utilizzate nella pratica clinica assicurerà che siano sicuri, efficaci e aggiornati.

Riconoscere e promuovere i modelli di assistenza innovativi, supportati dalle tecnologie.
Offrire programmi di aggiornamento per i professionisti sui modelli organizzativi, sulla collaborazione interprofessionale, sulle opportunità offerte dalle tecnologie e sulla semantica dei dati sanitari.
Valutare periodicamente risvolti organizzativi ed outcome di tecnologie e termini nella pratica clinica.

Il ruolo dei manager delle aziende sanitarie

I manager delle aziende sanitarie, ospedaliere e locali, devono sviluppare insieme ai Comuni ed al terzo settore i piani per adottare e implementare i modelli di *Integrated Care* supportati dalle tecnologie, per soddisfare le esigenze delle strutture e dei pazienti, aumentare l'efficienza dei processi operativi e amministrativi, ridurre le liste di attesa e migliorare l'esperienza dei pazienti.

Devono implementare studi per valutare l'impatto delle tecnologie sulla qualità delle cure e l'efficienza operativa, adattando le strategie in base ai risultati ottenuti.

Devono offrire programmi di formazione per il personale sanitario, sulle competenze tecnologiche e sull'uso della semantica, insieme al supporto per risolvere rapidamente i problemi tecnici, per garantire un'adozione efficace delle soluzioni implementate.

Devono utilizzare le piattaforme di telemedicina sviluppate grazie al PNRR, specialmente per i pazienti in aree remote o con mobilità ridotta.

Sviluppare piani per adottare modelli di *Integrated Care* supportati dalle tecnologie, per migliorare l'efficienza dei processi operativi e amministrativi, con piattaforme di telemedicina per l'accesso alle cure
Implementare studi per valutare l'impatto delle tecnologie e della semantica.
Offrire programmi di formazione interna per il personale sanitario e sociale.

Il ruolo delle imprese (informatica, comunicazione, dispositivi medici, servizi alla persona)

Le imprese tecnologiche devono aumentare gli investimenti in ricerca e sviluppo per creare soluzioni tecnologiche innovative che rispondano al meglio alle esigenze dei modelli organizzativi innovativi nel settore sanitario, attuali e del futuro imminente.

Devono collaborare strettamente tra loro con le aziende sanitarie e i professionisti permette di sviluppare prodotti e servizi integrati che siano realmente utili e utilizzabili nella pratica clinica quotidiana.

Devono offrire servizi di consulenza per aiutare le strutture sanitarie a scegliere e implementare le soluzioni tecnologiche più adatte alle loro esigenze.

La formazione continua ed il supporto tecnico garantiranno che i clienti possano utilizzare efficacemente le nuove tecnologie.

Le imprese devono facilitare l'accesso alle tecnologie nelle comunità svantaggiate e contribuire al miglioramento della salute pubblica, per un progresso sostenibile e inclusivo.

Aumentare gli investimenti in ricerca e sviluppo sulle soluzioni organizzative e tecnologiche innovative.
 Collaborare tra loro, con le strutture sanitarie e con i professionisti per soluzioni altamente integrate.
 Offrire servizi di consulenza per le strutture sanitarie sui modelli organizzativi e le tecnologie.
 Implementare iniziative per promuovere l'accesso alle tecnologie

1.6. Conclusioni

Le tecnologie stanno rivoluzionando il settore long-term care, offrendo opportunità per migliorare la qualità della vita dei pazienti, aumentare l'efficienza dei servizi sanitari e sociali e promuovere la sostenibilità ambientale. L'implementazione di soluzioni tecnologiche avanzate permette di migliorare significativamente gli esiti clinici grazie a diagnosi puntuali, monitoraggio continuo e gestione personalizzata delle terapie.

Inoltre, le tecnologie aumentano l'autonomia e la sicurezza dei pazienti in un ambiente sicuro e protetto.

La gestione digitale dei dati sanitari e la telemedicina si affianca alle attività in presenza e ottimizza l'efficienza operativa delle strutture sanitarie.

Le cartelle cliniche elettroniche e i sistemi informativi sanitari facilitano la condivisione dei dati tra i diversi fornitori di servizi sanitari, migliorando il coordinamento delle cure e garantendo un approccio integrato alla gestione delle malattie croniche e delle condizioni di fragilità.

Inoltre, formazione e di supervisione proattiva aiutano a promuovere stili di vita sani e a prevenire l'insorgere di malattie croniche, migliorando il benessere generale della popolazione.

Prospettive future per l'integrazione tecnologica

Le prospettive future per il supporto tecnologico nell'assistenza a lungo termine sono promettenti e vedono l'evoluzione continua delle tecnologie esistenti e l'affermarsi di innovazioni come l'intelligenza artificiale, la realtà virtuale, la capacità di analizzare grandi quantità di dati sanitari, nuove modalità di riabilitazione e terapia.

Le innovazioni tecnologiche non solo miglioreranno la qualità delle cure, ma favoriranno anche un sistema sanitario più efficiente, equo e sostenibile.

La crescente interconnessione tra dispositivi medici e piattaforme digitali permetterà una gestione sempre più preciso delle condizioni di salute. I servizi di telemedicina saranno diffusi e accessibili, riducendo le barriere geografiche e migliorando l'accesso alle cure per tutte le fasce della popolazione, ma con particolare riguardo alla non-autosufficienza ed alla cronicità, specialmente a domicilio e nelle zone remote.

Infine, l'adozione di tecnologie sostenibili e pratiche ecocompatibili continuerà a crescere, contribuendo a ridurre l'impatto ambientale del settore sanitario.

La collaborazione tra professionisti sanitari e sociali, istituzioni, aziende tecnologiche, e organizzazioni di pazienti è cruciale per assicurare che le soluzioni rispondano alle reali esigenze dell'ecosistema complessivo della salute.

Per realizzare il pieno potenziale delle tecnologie, occorrono piani strategici pluriennali che identificano chiaramente gli obiettivi, le risorse necessarie e le tempistiche, garantendo un accesso equo a tutti i pazienti. I piani devono investire nella formazione dei professionisti e degli assistiti, assicurando che siano competenti nell'uso delle nuove tecnologie e consapevoli delle best practices.

Inoltre, devono prevedere sistemi di valutazione per misurare l'efficacia delle tecnologie adottate, raccogliendo indicatori per migliorare continuamente i processi e le soluzioni. Infine, sebbene la trasformazione produrrà

prevedibilmente significativi benefici economici, è importante sviluppare modelli di finanziamento sostenibili che permettano di coprire i costi iniziali.

Bibliografia

- Rossi Mori A., Mercurio G., Palumbo W., Paolini I., Ruotolo L. (2008) “Focused Profiles for Chronic Patients in Integrated Care and Clinical Governance” 9th International HL7 Interoperability Conference - IHIC 2008, Crete, Greece, http://www.hl7.org.gr/ihic2008/9o_congress/ihic_2008.html
- Rossi Mori A, Mazzeo M, D’Auria S. (2009). Deploying Connected Health among the Actors on Chronic Conditions. European Journal of ePractice N° 8. December 2009, http://www.epractice.eu/files/European%20Journal%20epractice%20Volume%208_1.pdf
- Mazzeo M, Agnello P and Rossi Mori A (2012) “Role and Potential Influence of Technologies on the Most Relevant Challenges for Long-Term Care” - ENEPRI Research Report No. 113. European Network of Economic Policy Research Institutes, Bruxelles, June 2012
- Rossi Mori A, Mazzeo M. (2013). “Holistic health: Predicting our data future (from inter-operability among systems to co-operability among people)”. I. J. Medical Informatics Vol. 82 No. 4 Pg.14-28
- Rossi Mori A, Contenti M, Verbicaro R (2013). “Policies on Telemedicine-Enhanced Hospital Services: Prioritization Criteria for the Interventions at Regional Level”. in Gulla V, Rossi Mori A, Gabbrielli F, Lanzafame P eds. (2013). “Telehealth Networks for Hospital Services: New Methodologies”. IGI Global, pp.1-14 <https://www.igi-global.com/book/telehealth-networks-hospital-services/70780>; <https://www.igi-global.com/book/healthcare-administration-concepts-methodologies-tools/105935>
- Rossi Mori A, Albano V, Mercurio G. (2015) “Cronicità, invecchiamento e tecnologie digitali - Predisporre il cambiamento, acquisire innovazione” Libro Verde prodotto dall’Area Innovazione e Sviluppo di Federsanità ANCI in collaborazione con l’Istituto Tecnologie Biomediche del CNR, dicembre 2015
- RossiMori A, Piera J, Albano V, Mercurio G (2019). “A systematic analysis of the multi-annual journey of Badalona towards integrated care”. Int J Integrated Care, Aug 2019, <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.s3344>
- Rossi Mori A. Technology-enabled strategies for a fully integrated health system. Conference on Integrated Care ICIC 2020, 09-2020
- Rossi Mori A (2022). “The ‘Service Transformation Outline’ toolkit to assist in the design, comparison and replication of integrated care programmes”. Journal of Integrated Care, Vol. 30 No. 4, pp. 335-350. <https://doi.org/10.1108/JICA-01-2022-0009>
- Rossimori A, Girolami S, Freriks G (2024). A missing link on semantic interoperability. Studies in Health Technology and Informatics, IOS Press, 2024 (in press)

Fragilità, cronicità e diseguaglianze: definizioni e approcci Data analytics e predittività

Michele Fanello

Topics

- Le linee guida del PNRR e gli standard applicativi del DM 77/22: l'approccio PHM (*Population Health Management*) e *One Health* e il tema della stratificazione del rischio sociosanitario
- *Business Intelligence* e *Data Analytics* in sanità: definizioni, ambiti, contenuti, obiettivi, architettura strutturale e strumenti

Il nuovo scenario sociosanitario dalle linee guida del PNRR: la svolta digitale della sanità data-driven

Contesto epidemiologico

Per iniziare ad affrontare il tema della fragilità sociosanitaria è necessario prima di tutto circoscrivere l'ambito epidemiologico e organizzativo che lo caratterizza, focalizzato su tre componenti: l'invecchiamento della popolazione, l'incidenza della cronicità e la disponibilità del personale sanitario.

Invecchiamento: l'ISTAT certifica che nel 2023 la speranza di vita è intorno a 83 anni (81 per gli uomini e 85 per le donne) e che l'aspettativa di vita in buona salute sta continuamente aumentando.

Cronicità: tre quarti degli ultrasessantacinquenni (codificati "anziani") ha almeno una patologia cronica, la metà ne ha 2 o più. Se consideriamo gli over 75, l'86% ha almeno una patologia cronica, quasi il 70% ne ha 2 o più.

La gestione della cronicità si trasforma progressivamente in gestione della fragilità sociosanitaria, intesa come perdita temporanea o permanente dell'autosufficienza.

L'incidenza del costo di gestione della cronicità supera il 70% della spesa totale.

Personale sanitario: in Italia abbiamo un'alta percentuale di medici sopra i 55 anni; il numero di Medici d

Medicina Generale sta diminuendo progressivamente e oltre il 40% supera il limite di 1.500 pazienti. Abbiamo un numero di specialisti inferiore del 25% in meno rispetto alla media europea; nel Pronto Soccorso mancano 4.200 medici (solo nel primo semestre 2022 se ne sono dimessi circa 100 al mese); il rapporto infermiere/abitanti è meno della metà del valore riscontrato nelle nazioni comparabili con l'Italia (6/1.000 contro 13/1.000) e si stima una carenza di circa 70.000 infermieri. Infine, tra medici neolaureati e specializzandi, più di 1.000 l'anno vanno all'estero per stipendi e condizioni di lavoro "nettamente migliori".

Il cambio di paradigma

Un'altra riflessione preliminare doverosa riguarda i paradigmi su cui si impernia il sistema sanitario. L'evoluzione della pandemia da Covid-19 ha reso evidente l'importanza di un sistema sanitario pubblico e nazionale, basato sulla fiscalità generale e sottratto alle logiche di mercato

Il paradigma attuale, incardinato sull'approccio basato sui bisogni del paziente, deve evolvere in un approccio basato sulle dinamiche di comunità, ossia su un sistema di offerta che preveda una mobilitazione delle risorse della comunità più prossime al paziente: famiglia, servizi, rete formale e informale e, di conseguenza, una valorizzazione effettiva del territorio nel quale la comunità risiede.

Il razionale di questa considerazione poggia anche su una riflessione riguardante il modello sanitario lombardo, che ha introdotto una distinzione tra gli enti acquisitori e quelli erogatori di servizi sanitari, trasformando le aziende sanitarie territoriali in entità responsabili per l'acquisto e il pagamento dei servizi, e le aziende ospedaliere in fornitori esclusivi di tali servizi, rendendole il fulcro del sistema sanitario.

Posizionare l'ospedale al centro del sistema ha avuto come conseguenza la marginalizzazione dei servizi territoriali e un ridimensionamento delle politiche preventive, già carenti di finanziamenti, portando a una situazione in cui è il livello dell'offerta a determinare la domanda. In altre parole, il sistema sanitario lombardo così concepito si è orientato più a "produrre" patologie che a generare salute.

L'equiparazione tra strutture sanitarie private e pubbliche, ha obbligato le aziende ospedaliere pubbliche a competere sul mercato con i privati, in una gara a offrire servizi sempre più redditizi.

Di conseguenza, il deficit regionale è aumentato in modo significativo, le liste d'attesa per alcuni interventi, soprattutto quelli meno remunerativi, si sono estese in modo esponenziale, mentre si assiste a una proliferazione incontrollata di cliniche private e centri medici, senza adeguati controlli né sul numero né sulla qualità delle cure fornite.

La pandemia di Covid-19 ha evidenziato *l'interdipendenza tra la salute individuale e collettiva*. La nostra salute dipende da quella degli altri e viceversa. Per questo motivo, è fondamentale unire le forze per difendere un sistema sanitario pubblico forte ed efficiente.

L'epoca post pandemica, anche grazie ai finanziamenti del PNRR, può e deve rappresentare un nuovo inizio per il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che dovrà definitivamente *sganciarsi dalla logica "ospedale-centrica"* e articolare il sistema su tre pilastri, tutti fondamentali ed equilibrati tra loro: la medicina generale, l'ospedale, la sanità pubblica territoriale

Il piano di rifondazione del SSN dovrebbe avere alcuni cardini:

- Revisionare il rapporto tra SSN e medicina generale e SSN su logiche di migliore integrazione e responsabilità professionale
- Riorganizzare l'assistenza ospedaliera,

- Riproporzionare i setting assistenziali a favore del territorio, attuando la medicina di iniziativa e personalizzata attraverso un approccio di interoperabilità multidisciplinare
- Rimodulare i LEA secondo rigorosi criteri scientifici e destinare alla spesa privata quelli a più basso valore;
- Attuare un piano di digitalizzazione pervasivo sia per la gestione clinica, sia per le analisi di evoluzione del contesto

Contesto strategico

L'ambito epidemiologico, quello organizzativo e la necessità di cambiare i paradigmi di approccio, determinano alcune fondamentali linee guida per le strategie delle aziende sanitarie nel prossimo futuro, che poggiano su cinque pilastri: gestione della fragilità/cronicità, presidio dei processi di presa in carico, riequilibrio dei setting assistenziali, gestione del Privato Accreditato e creazione di una nuova geografia professionale

Gestione della fragilità/cronicità

Per indirizzare le risorse in modo più efficace verso le persone che ne hanno più bisogno, è necessario partire dalla *stratificazione del rischio sociosanitario* che permette di identificare e classificare gli individui in base al loro livello di bisogno e rischio di sviluppare problemi di salute o sociali. Si rimanda al capitolo successivamente dedicato all'approfondimento su questo tema

Va sviluppata e potenziata la pratica di raccolta, organizzazione e accesso ai dati, per supportare la produttività, l'efficienza e il processo decisionale. Le nuove tecnologie di data management permettono di implementare modelli previsionali che consentono di anticipare problematiche e prendere decisioni informate

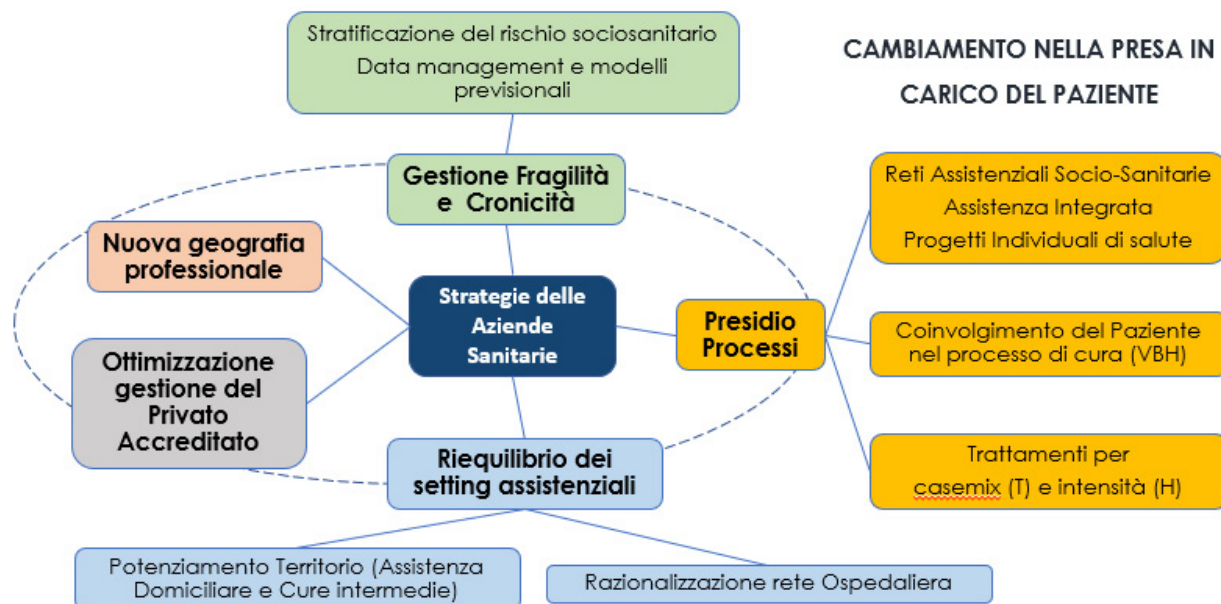


Figura 1- Il fronte strategico delle Aziende Sanitarie

Cambiamento nella presa in carico del paziente

E' fondamentale sviluppare *il sistema di Reti Assistenziali Socio-Sanitarie* per garantire un'assistenza integrata ai pazienti con un approccio multidisciplinare ai problemi che tenga conto dei bisogni sanitari e delle

condizioni di autonomia dei soggetti presi in carico, in modo da implementare progetti individuali di salute dove il coinvolgimento del paziente nel processo di cura diventa un elemento essenziale.

Si tratta quindi di concretizzare il concetto di *Value Based Healthcare*, un processo di miglioramento continuo che prevede una rete multidimensionale di cure che mette al centro il paziente e la sua partecipazione attiva. Il *case mix* dovrebbe essere utilizzato nel territorio per valutare il carico assistenziale, l'utilizzo delle risorse sanitarie e la corretta presa in carico dei pazienti, migliorando l'appropriatezza delle cure e l'efficienza e l'efficacia dei servizi sanitari.

Con la stessa logica dovrà essere estesa l'applicazione del modello ospedaliero per intensità di cura, che si concentra sul paziente e sull'intensità di cura necessaria, variabile a seconda della stabilità clinica e del livello di complessità assistenziale

Riequilibrio dei setting assistenziali

Dal momento che la cronicità assorbe ormai quasi l'ottanta per cento delle risorse sociosanitarie, diventa indispensabile il *potenziamento del Territorio*, attuando estesamente modelli di assistenza domiciliare e di prossimità, riducendo e razionalizzando la rete ospedaliera da riservare alle acuzie e potenziando le cure intermedie

Nuova geografia professionale

Questo capitolo sarebbe molto ampio, ma si può sintetizzare nella considerazione che della necessità di avere medici meglio occupati, più infermieri meglio formati e altre figure professionali opportunamente formate e collocate

Gestione del Privato Accreditato

Il SSN fornisce a "gestione diretta" il 63% dei servizi richiesti dai pazienti (. 69,8 mld), mentre "acquista" dal settore privato "accreditato" il restante 37% (. 41,5 mld) (ACOP, 2024)

Le strutture private accreditate tendono a operare con una mentalità orientata al risultato e possono avere maggiore flessibilità nella gestione delle risorse rispetto al settore pubblico.

Questo può tradursi in una migliore efficienza operativa e riduzione dei costi.

Il settore privato può essere più rapido nell'adottare nuove tecnologie e pratiche innovative.

Questa specializzazione può portare a interventi efficienti e rapidi, riducendo i tempi di degenza e migliorando i risultati per i pazienti.

I privati possono offrire servizi complementari a quelli pubblici, colmando eventuali lacune e aumentando l'accessibilità alle cure per i cittadini, aiutando a ridurre le liste d'attesa nel sistema pubblico, permettendo un accesso tempestivo ai trattamenti e potenzialmente riducendo i costi associati a lunghe attese, come il peggioramento delle condizioni di salute che richiederebbero trattamenti più costosi.

Il settore privato può offrire un servizio personalizzato, con attenzione alla *customer satisfaction*, che può migliorare l'esperienza complessiva del paziente e possibilmente condurre a migliori esiti di salute.

Sono due i principi guida dell'evoluzione del contesto strategico:

- Salute globale (One Health)*: un approccio ideale per raggiungere la salute globale perché affronta i bisogni delle popolazioni più vulnerabili sulla base dell'intima relazione tra la loro salute, la salute dei loro animali e l'ambiente in cui vivono, considerando l'ampio spettro di determinanti che da questa relazione emerge
- Medicina di Popolazione (Population Health Management - PHM)*: un approccio che persegue l'obiettivo di

tutelare la salute dell'intera popolazione e non solo di coloro che richiedono attivamente una prestazione sociale o sanitaria (medicina di iniziativa), attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo di dati, per prevenire e rispondere ai bisogni del singolo cittadino. L'attuazione di queste strategie è di competenza del management sanitario, per il quale è palese una carenza generale di legittimazione, dovuta prevalentemente alle nomine politiche e al fatto che non è mai partito un processo rigoroso di selezione e di crescita delle figure deputate a presidiare il cambiamento necessario.

PNRR - Missione 6 – Salute e DM 77/2022

In questa Missione del Programma di ripartenza e resilienza, che riguarda la salute dei cittadini, sono previste riforme e investimenti importanti per due componenti dell'ambito sociosanitario, quella strutturale/organizzativa e quella tecnologico-digitale/scientifica.

Componente 1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: potenziamento assistenza sanitaria e rete sanitaria territoriale

- o Riforma - servizi sanitari di prossimità,
- o Investimento 1: Case della comunità
- o Investimento 2: Casa come primo luogo di cura
- o Investimento 3: Ospedali di comunità

Componente 2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN

- o Ambito 1 - Aggiornamento tecnologico e digitale
- o Investimento 1: Ammodernamento parco tecnologico ospedaliero
- o Investimento 2: Ospedale sicuro e sostenibile
- o Investimento 3: Infrastruttura tecnologica e strumenti raccolta, elaborazione, analisi dati e simulazione
- o Ambito 2 - Ricerca scientifica e trasferimento tecnologico
- o Investimento 1: Potenziamento ricerca biomedica ssn
- o Investimento 2: Sviluppo competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali

Per queste componenti è previsto un finanziamento complessivo di circa 15 miliardi di euro, a cui si possono aggiungere altri 6 miliardi provenienti dalla Missione 5 e da altri fondi di provenienza europea.

Si tratta di investimenti importanti che, se ben utilizzati, potranno effettivamente rappresentare una svolta per il nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Per quanto riguarda la componente organizzativa, il DM 77/2022 disegna il futuro prossimo dell'assistenza territoriale, fissando come elemento cardine il Distretto Socio-Sanitario.

Nella figura che segue è schematizzata l'organizzazione tipo che riguarda 100.000 abitanti di area urbana.

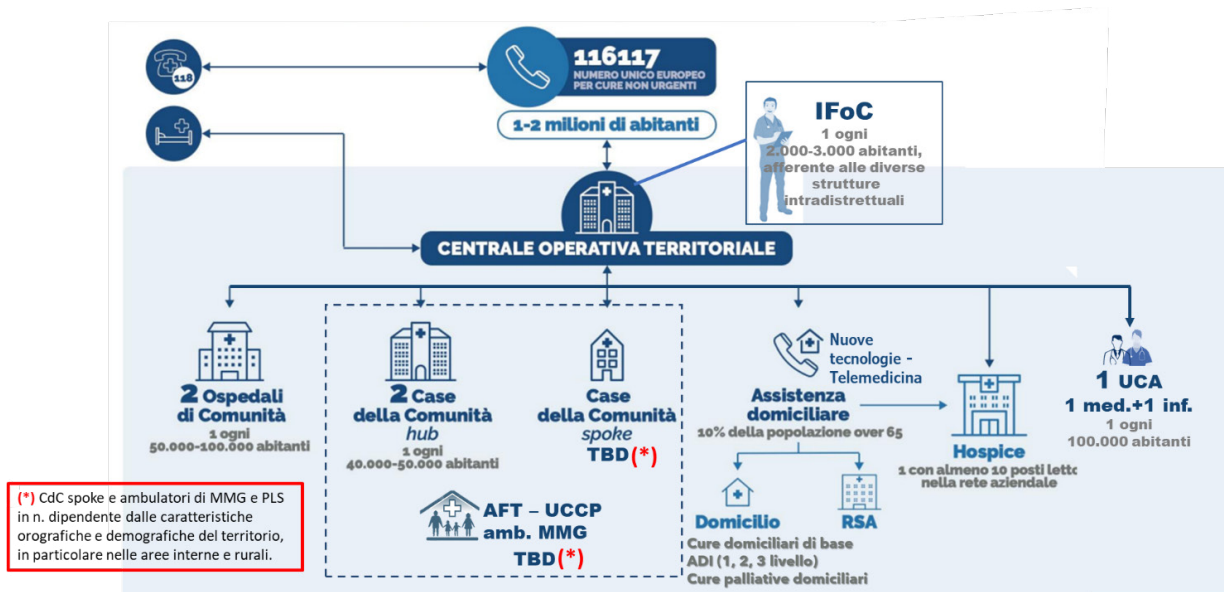


Figura 2 - "il futuro prossimo dell'assistenza territoriale - Rielaborazione da Agenas

È significativa, nel DM 77, l'introduzione dell'Infermiere di Famiglia o Comunità – IFoC, una figura importante di supporto a tutti professionisti sanitari territoriali, nella gestione dei processi di transizione tra setting assistenziali diversi e di raccordo e coordinamento tra le strutture sanitarie e socio-sanitarie aziendali

Stratificazione della popolazione per la programmazione e la presa in carico

Come detto precedentemente, uno degli indirizzi strategici della riorganizzazione dei setting assistenziali sociosanitari è rappresentato dal più importante strumento mirato ad implementare le politiche di *Population Health Management*: la stratificazione della popolazione per livelli di rischio di fragilità sociosanitaria. L'implementazione di sistemi di misurazione e stratificazione della popolazione sulla base del rischio andranno a costituire e alimentare una *piattaforma integrata che contiene informazioni sulle caratteristiche della popolazione* assistita in un determinato territorio, sulla prevalenza di patologie croniche, sulla popolazione fragile e le sue caratteristiche.

Tali informazioni sono necessarie al calcolo degli indicatori relativi alla qualità dell'assistenza e all'aderenza alle linee guida per alcune patologie specifiche.

È quindi necessario implementare un *sistema informativo di interoperabilità* che sarà di supporto per gli operatori per la determinazione dei Progetti Individuali di Salute, per la programmazione, la previsione e la verifica dei risultati raggiunti dai servizi sanitari e sociosanitari nella comunità di riferimento.

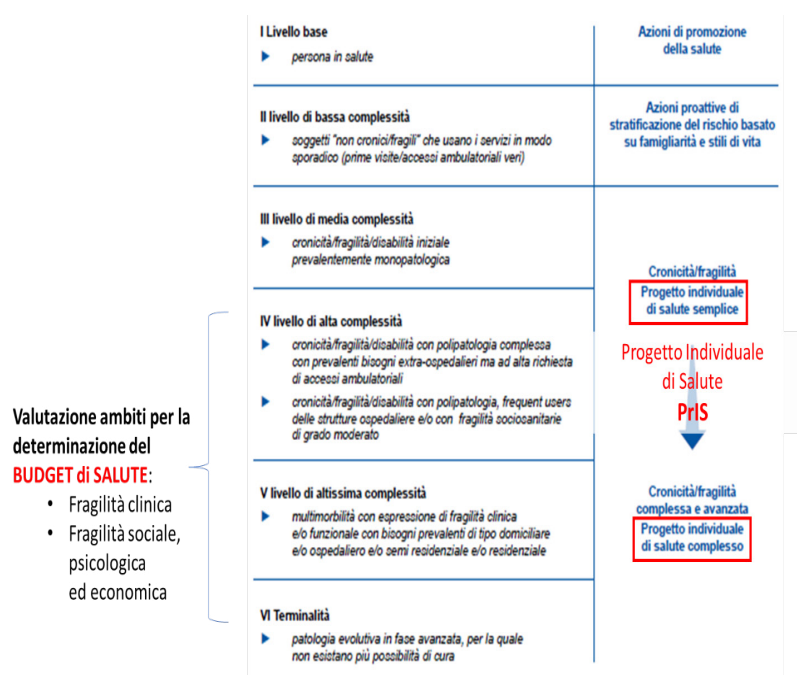


Figura 3 - Classificazione del bisogno di salute e azioni conseguenti – Da DM77/2022

Come schematizzato nella figura 3, ogni livello di rischio corrisponde ad azioni conseguenti e coerenti. La finalità è quella di aumentare l'appropriatezza delle prestazioni e, di conseguenza, i costi ad esse correlati.

Progetto Individuale di Salute e Budget di Salute

Il Progetto Individuale di Salute (PrIS) rappresenta la *storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali, in raccordo con i servizi sociali*, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia (concretizzazione del concetto di PHM).

È anche un sistema di valutazione costante del bisogno di salute e implica sistemi organizzativi e interventi clinico assistenziali coordinati.

Il criterio su cui si incardina il PrIS, come strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socioassistenziale della presa in carico, è la multidisciplinarietà: infatti è una equipe multiprofessionale che stabilisce le azioni appropriate per tutta la durata del *Patient Journey*.

Rilevante è il collegamento che nel PNRR viene fatto tra PrIS e budget di salute, uno strumento di finanziamento che mira a promuovere l'autonomia e la presa in carico della persona, in particolare per le persone con fragilità, e che consiste nell'assegnazione di un budget individuale che può essere utilizzato per acquistare servizi e prestazioni socio-sanitarie, in base alle esigenze specifiche della persona

La differenziazione della complessità del progetto individuale di salute si basa sulla valutazione degli ambiti per la determinazione del budget di salute corrispondente: la fragilità clinica, sociale, psicologica ed economica dell'individuo. E' importante sottolineare che il budget di salute tende a far superare la logica classica, definita "*per silos*", della remunerazione delle prestazioni sanitarie, oggi imperniata sul rimborso della singola prestazione, per passare invece ad un'impostazione trasversale di remunerazione dell'intero percorso di cura dell'assistito.

Il budget non deve però essere una semplice ricognizione delle risorse esistenti, ma uno strumento per garantire un set minimo di risorse per tutti i cittadini, intrecciando risorse pubbliche e private.

È importante definire bene il perimetro di utilizzo del budget, la compartecipazione dell'utente ed è indispensabile per questo riformare lo strumento ISEE.

Progetto individuale e budget di salute sono due fondamentali elementi, introdotti dal PNRR, che – se correttamente implementati – consentiranno una effettiva razionalizzazione dell'impiego delle risorse, una maggiore appropriatezza delle cure, con la riduzione di ridondanze e sprechi e un migliore risultato complessivo in termini di efficacia ed efficienza del SSN.

Transitional Care Management (TCM) – Cure Traslocazionali

Il Progetto Individuale di Salute comporta una migrazione dell'assistito, dal momento della sua presentazione al SSN, attraverso le diverse strutture che erogano servizi diagnostici, terapeutici e assistenziali.

Questa migrazione si concretizza in un percorso (Patient Journey) che rappresenta la traccia sulla quale poter effettuare qualsiasi indagine di appropriatezza delle cure, attraverso la determinazione e la misurazione di indicatori di processo e di esito.

Il modello di assistenza transitoria (TCM – *Transitional Care Management - Cure Traslocazionali*) rappresenta le azioni *finalizzate a garantire il coordinamento e la continuità di cura nel trasferimento dei pazienti tra diversi setting assistenziali*, da una struttura a un'altra o da un livello di intensità di cura a un altro e ruota attorno a un team interdisciplinare - coordinato operativamente da infermieri - che migliora i risultati dei pazienti riducendo al contempo le riammissioni ospedaliere e privilegiando le cure di prossimità

La componente critica del TCM è l'assistenza dei pazienti durante la transizione tra le strutture sanitarie, identificando gli obiettivi dei pazienti e sviluppando un piano di assistenza individualizzato.

Il TCM di solito inizia in una situazione di acuzie, successivamente l'assistenza continua verso la comunità o con l'impostazione delle cure domiciliari.

I passaggi del processo sono, in successione, i seguenti:

1. *Valutazione*: a valle delle attività di stratificazione del rischio in cui si identifica lo specifico livello di bisogni assistenziali dell'assistito, l'unità di valutazione multidisciplinare (*Multi Disciplinary Team – MDT*) composta da MMG/PLS, infermiere, specialista, psicologo, assistente sociale e altre figure professionali dell'Equipe, in coprogettazione con il paziente o il caregiver, determina il PrIS, che normalmente inizia con un *infermiere di assistenza transitoria* (identificato nel DM 77/2022 come IFoC) specializzato nella cura di pazienti con condizioni di salute croniche, come malattie cardiache, ictus, broncopneumopatia cronica ostruttiva, cancro e diabete
2. *Ammissioni*: il PrIS (che si compone di un Piano Assistenziale Individuale - PAI e di un eventuale Piano di Riabilitazione Individuale - PRI) viene attivato e l'IFoC prende in carico il paziente facendo una valutazione approfondita, raccogliendo dati sullo stato di salute e sui comportamenti, sul livello di assistenza, sul supporto sociale necessario e sugli obiettivi di salute.
3. *Data Ingestion*: durante lo sviluppo del *Patient Journey* le informazioni relative alle diverse prestazioni erogate sono progressivamente inserite (*data entry*) in una piattaforma gestionale di interoperabilità, in modo da essere disponibili dai diversi operatori coinvolti nel processo e da poter essere utilizzate per il monitoraggio dell'appropriatezza del percorso
4. *Accumulo di dati*: le informazioni saranno inserite nel sistema software del fornitore di assistenza sanitaria in modo che l'infermiere di assistenza transitoria possa sviluppare un piano di assistenza personalizzato per il paziente.
5. *Accesso*: l'accesso ai dati del PAI, da parte di personale autorizzato, come medici, infermieri e assistenti sociali ha lo scopo di monitorare continuamente lo stato di salute, adattare gli interventi e stabilire eventuali transizioni di setting assistenziale. La COT ha il compito di coordinare operativamente queste transizioni e di garantire l'accesso alle strutture assistenziali coinvolte

6. *Follow Up*: la continuità dell'assistenza è assicurata dall'attivazione delle Cure Intermedie (Ospedali di Comunità), per garantire una transizione graduale tra l'ospedale e l'ambiente domestico; dall'attivazione dell'Assistenza Domiciliare, anche con sistemi di Coaching Digitale e di Telemedicina); infine dalla fruizione di servizi di prossimità (Case di Comunità). L'IFoC continuerà l'assistenza anche dopo la dimissione conducendo visite domiciliari o appuntamenti remoti per un periodo determinato.
7. *Regolazioni*: consistono nell'adattamento degli interventi e nella modulazione del set di assistenza. L'IFoC sarà disponibile anche su chiamata telefonica in modo che i pazienti o le loro famiglie possano accedere a ulteriori consigli medici quando necessario. Questo è fondamentale, in quanto consente all'infermiere di identificare i cambiamenti nelle condizioni di salute del paziente per apportare modifiche alla cura del paziente quando necessario.

Lo schema che illustra il *Transitional Care Model* è caratterizzato da una piattaforma di interoperabilità – gestita dalla COT all'interno di ogni distretto – che rende possibile il tracciamento puntuale del *Patient Journey* per garantire continuità e appropriatezza delle cure e monitorare costantemente le transizioni fra i diversi setting assistenziali e le relative risorse da impiegare.

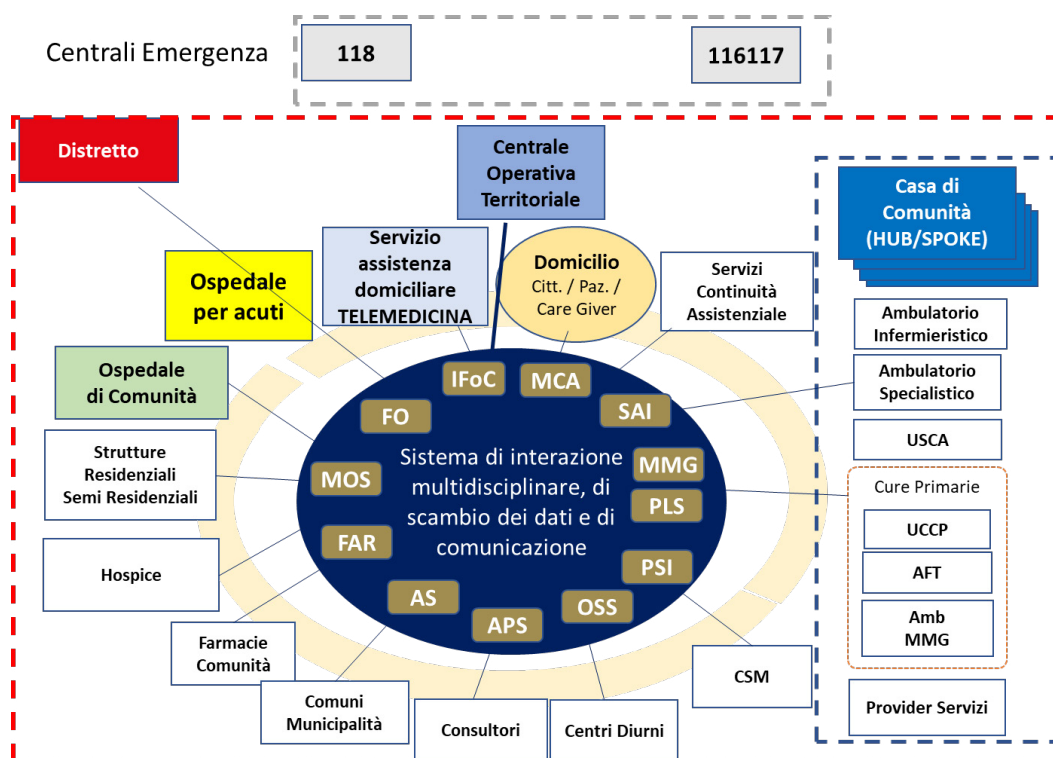


Figura 4 - Elementi in gioco nel Modello delle Cure Traslocazionali

Legenda sigle:

- MCA = Medico di Continuità Assistenziale
- SAI = Specialista Ambulatoriale Interno
- MMG/PLS = Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta
- PSI = Psichiatra
- OSS = Operatore Sociosanitario
- APS = Altri Professionisti Sanitari
- AS = Assistente Sociale
- FAR = Farmacia di Comunità

- MOS = Medico Ospedaliero
- FO = Farmacista Ospedaliero
- IFoC = Infermiere di Famiglia e/o Comunità

Queste figure illustrano visivamente la complessa rete di interazioni e la struttura tecnologica che supporta il modello di Cure Traslocazionali e la gestione integrata dei dati

Piattaforma di integrazione

Il sistema di gestione delle cure Traslocazionali necessita di una piattaforma di integrazione di due sistemi:

Un'area transazionale interattiva nella quale consistono i sistemi clinici gestionali (cartelle cliniche), con dei moduli di interazione multicanale accessibili ai diversi operatori sociosanitari, per inserire e aggiornare dati, informazioni e comunicazioni relative alle prestazioni progressivamente erogate e usabili anche dal cittadino per consultare dati o compilare questionari (*Patient Report Outcomes – PROS*)

Un'area di Data Integration & Analytics, dove transitano (in entrata e in uscita) e vengono integrati i dati prodotti dai gestionali, per avere un ambiente informativo unico su cui lavorare, per ricavare e produrre informazioni utili alla programmazione sanitaria (*Analytics e Reporting*) e alla gestione dei percorsi di cura.

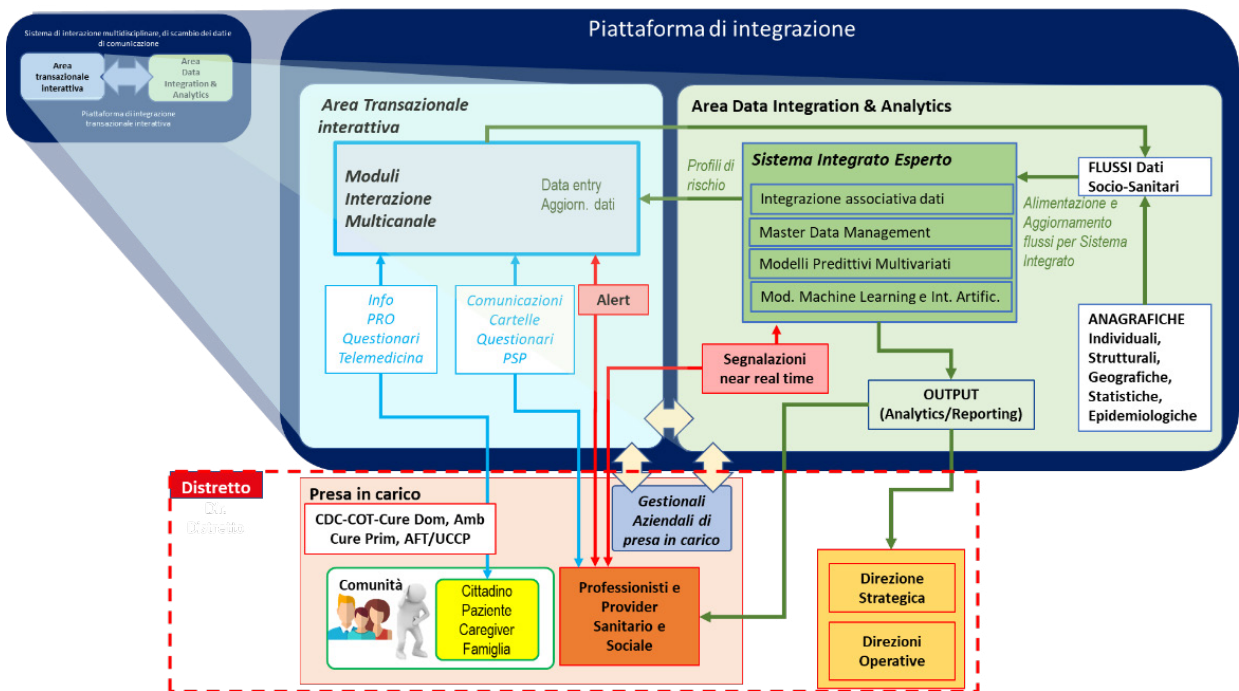


Figura 5 - Piattaforma di integrazione per il TLM

Uno schema architetturale complessivo è rappresentato dalla figura 6 che illustra le componenti del sistema integrato su cui poggia l'intera organizzazione informativa del sistema sociosanitario

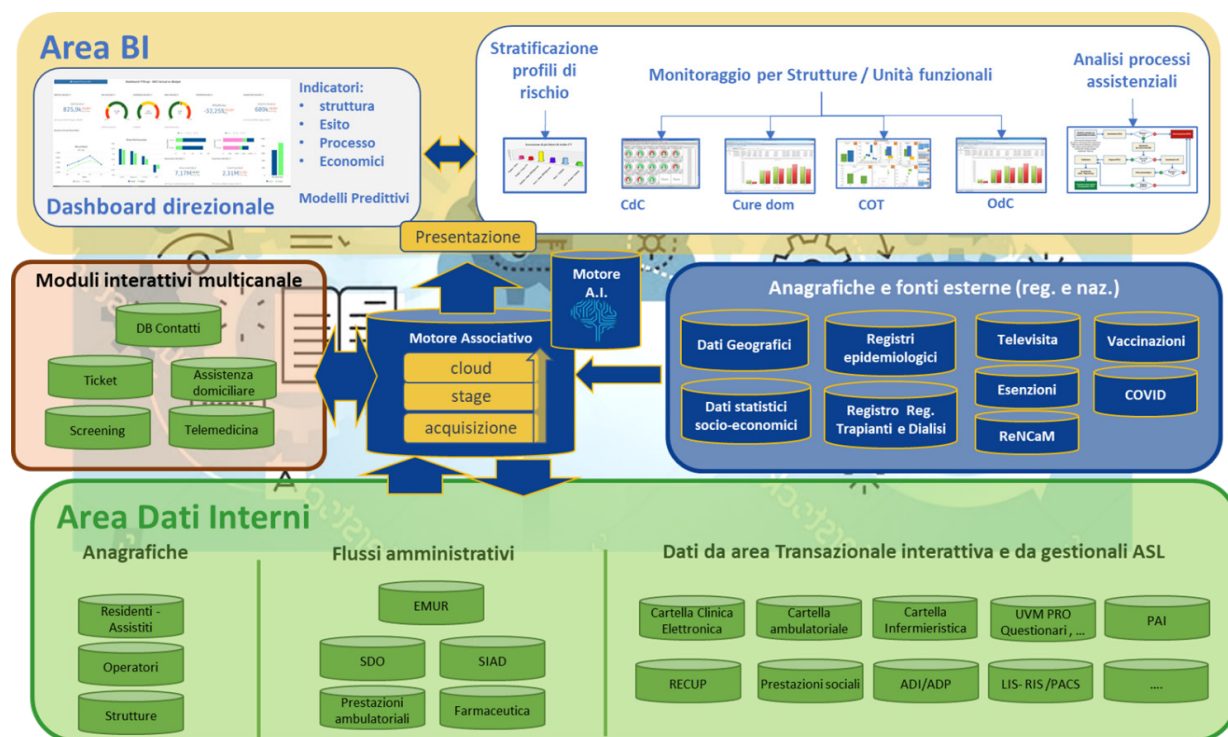


Figura 6 - Schema architetturale complessivo

Questa lunga premessa incentrata sull'analisi del contesto sociosanitario e sulla sua evoluzione è indispensabile per comprendere la fondamentale importanza delle analisi predittive, che rappresentano il più potente strumento a disposizione della programmazione sanitaria per orientarne le decisioni e dimensionare le risorse (scarse) a disposizione della politica e del Management sociosanitario.

Nella seconda parte di questo capitolo saranno presi in esame i fondamenti dei *Data Analytics*, all'interno dei quali si collocano i *Predictive Analytics* con il loro naturale sviluppo in strumenti di Intelligenza Artificiale.

Business Intelligence e Data Analytics in sanità

Per collocare correttamente la tematica dei *Data Analytics* in Sanità, è importante ricordare il disposto della Componente 2 – Ambito 1 – Investimento 3 del PNRR, che tratta di innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN, di aggiornamento tecnologico e digitale, in particolare per quanto concerne l'infrastruttura tecnologica e gli strumenti di raccolta, elaborazione, analisi dati e simulazione.

FSE e NSIS

Sono due i cardini di questo investimento: il *Fascicolo Sanitario Elettronico* (FSE) e il *Nuovo Sistema Informativo Sanitario* (NSIS).

Per il FSE si delinea la necessità di piena integrazione di tutti i documenti sanitari e tipologie di dati, con la creazione e l'implementazione di un archivio centrale, per farne l'unico punto di accesso ai servizi sanitari e l'unica fonte strutturata di informazioni per i professionisti sanitari; tale integrazione favorisce l'interoperabilità multiprofessionale per tenere aggiornato l'archivio attraverso un'interfaccia utente standardizzata e una corretta definizione dei servizi da fornire

Integrazione e interazione diventano i due ingredienti fondamentali per il FSE, che diventa dunque strumento per le Aziende Sanitarie per effettuare analisi di valore (*Value Analytics*), derivanti non soltanto dai flussi amministrativi, ma anche da informazioni di carattere clinico, e migliorare quindi la prestazione dei servizi sanitari.

Per alimentare correttamente il FSE c'è necessità di sviluppare e mettere a regime il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), potenziando i flussi informativi sanitari e gli strumenti digitali a livello centrale e locale, migliorando la raccolta, i processi e la produzione di dati a livello locale, per il completo monitoraggio dei bisogni sanitari.

Il NSIS deve dunque sviluppare *strumenti di analisi avanzata per studiare fenomeni complessi e scenari predittivi*, per migliorare la capacità di programmare i servizi sanitari e rilevare malattie emergenti e per quantificare e qualificare l'offerta sanitaria, programmando servizi in linea con i bisogni esistenti ed emergenti, l'evoluzione demografica e il trend del quadro epidemiologico

La trasformazione digitale e l'integrazione tecnologica all'interno del SSN richiedono una robusta infrastruttura di Data Analytics per garantire decisioni informate e la gestione efficiente delle risorse.

I Data Analytics forniscono gli strumenti necessari per raccogliere, analizzare e interpretare una vasta gamma di dati sanitari, migliorando la qualità delle cure e ottimizzando i percorsi assistenziali.

Big data: la base per l'applicazione dei data analytics

Per Big Data si intende *l'enorme quantità di dati ed informazioni* che vengono acquisite e gestite in modo continuativo. Le caratteristiche dei Big Data sono rappresentate dalle tre "V":

- *Volume*: numero delle diverse fonti alimentanti (archivi SDO, Prestazioni Specialistiche, Emergenza, Farmaceutica, Assistenza Domiciliare, Telemedicina, CRM, Sistemi presenze, Registri Operatori, etc.), che condiziona i sistemi di immagazzinaggio (Cloud)
- *Varietà*: eterogeneità dei contenuti (multimediali, alfanumerici) strutturati e non strutturati, provenienti da diverse fonti
- *Velocità*: frequenza dell'afflusso dei dati provenienti dalle diverse fonti (*real time, near real time*, intermittenti)

L'immagazzinamento dei Big Data può essere fatto all'interno di un *Data Warehouse* (DWH) o di un *Data Lake* (DLK), nella tabella che segue sono illustrate le differenze

	<i>Data warehouse DWb</i>	<i>Data Lake DLk</i>
<i>Struttura dei dati</i>	Elaborati	Grezzi
<i>Finalità dei dati</i>	In uso	Non ancora stabilita
<i>Utenti</i>	Professionisti aziendali	Data Scientist
<i>Accessibilità</i>	Accesso e aggiornamenti più complicati e costosi	Elevata accessibilità e semplicità di aggiornamento

Soprattutto per le analisi predittive, il *data lake* offre maggiore flessibilità, scalabilità e accessibilità ai dati grezzi, a fronte di costi e tempi di implementazione generalmente inferiori rispetto a un *data warehouse*.

Per quanto riguarda l'utilizzo dei *Big Data*, l'obiettivo è quello di dotarsi di:

Strumenti tecnologici in grado di ricavare da un flusso costante di dati, informazioni utilizzabili per efficientare il sistema

Regole di elaborazione (algoritmi) per consentire uno studio del flusso dei dati, la loro analisi e il loro confronto

Il punto d'arrivo dell'utilizzo dei BIG Data è *l'intelligenza artificiale (A.I.)*

Data discovery

Per comprendere bene l'utilizzo dei *Data Analytics* sui *Big Data*, è utile ricordare gli step del processo di *Knowledge Discovery in Databases*:

- 1) Identificazione dell'*obiettivo* da raggiungere
- 2) *Preselezione* dei dati utili a raggiungerlo
- 3) *Pulizia* dei dati e preelaborazione: ulteriore separazione fra dati validi e inutili, scelta di come trattare i campi incompleti o vuoti, selezione definitiva delle informazioni fondamentali per il modello ideale di riferimento
- 4) *Trasformazione*: conversione dei dati nel formato utilizzabile dagli strumenti di analisi
- 5) *Data mining*: viene scelto il software migliore per il singolo caso, per esplorare dwh o dlk in modo selettivo e fornire la risposta cercata
- 6) *Interpretazione dei risultati*: si valuta se l'obiettivo è raggiunto, altrimenti si procede con una reiterazione modificata del data mining
- 7) *Visualizzazione dei risultati* in un formato comprensibile.

Per quanto riguarda il passaggio più importante del processo, quello di *data mining*, è opportuno sottolineare che i Software applicativi permettono *l'individuazione di informazioni non conosciute a priori, tramite una estrapolazione mirata da grandi banche dati*, singole o multiple (incrocio dati), con tecniche automatizzate e algoritmi adatti a specifici obiettivi. Il data mining permette quindi di *creare conoscenza* utilizzabile per vari scopi, *partendo da informazioni "nascoste"*, disseminate senza ordine apparente in un database composito (dati alfanumerici e multimediali)

I compiti principali del Data mining sono:

- *Classificazione: individuazione di classi* (con determinate regole) e dell'insieme di elementi accomunati dalla corrispondenza alle medesime (categorie definite)
- *Clusterizzazione* (o segmentazione): *identificazione di gruppi di elementi omogenei basati su regole occulte* fino al momento della loro scoperta
- *Associazione: scoperta di nessi casuali ma ricorrenti* estrapolabili dai dati racchiusi in una banca dati, finalizzata ad esempio al rilevamento di anomalie
- *Sequence discovery* (scoperta di sequenze): metodologia di *associazione che applica il fattore di correlazione sequenziale*
- *Time series* (o serie storiche): *regressioni che inglobano variabili temporali* (date, variazione di fenomeni) quindi particolarmente *utili a scopo predittivo*

Data Analytics

Una prima macro-classificazione per i processi di analisi dei dati, è rappresentata dal binomio *Business Intelligence - Business Analysis*

Per *Business Intelligence* (BI) si intendono le funzionalità che consentono alle organizzazioni di raccogliere (*Data Ingestion*) dati aggiornati dall'organizzazione, immagazzinare (*Data Storage*) i dati per poterli lavorare facilmente e in sicurezza, presentare (*Data Visualization*) i dati in formati di facile comprensione (tabelle, grafici, infografiche) e distribuire (*Data Distribution*) i dati in modo tempestivo ai membri dell'organizzazione

La BI, raccogliendo, archiviando, controllando e analizzando i dati prodotti da tutti i processi operativi aziendali, è incentrata sulla *Analisi Descrittiva* (cosa accade e come accade), rendendo disponibile una visione dei dati pregressi e attuali

La BI fornisce le metriche dell'organizzazione e dei meccanismi operativi aziendali, con lo scopo di migliorare la consapevolezza alla base del processo decisionale ed è la base per prendere decisioni e attuare azioni più consapevoli allo scopo di implementare processi più efficienti

La BI si è trasformata progressivamente da strumento per fare analisi retrospettive, a *Business Analysis* (BA), uno strumento che utilizza tecnologie analitiche avanzate per fare analisi sempre più sofisticate e in tempo reale.

La BA è infatti incentrata sulla *Analisi Diagnostica* (perché accade - ricerca della causa di un evento), sulla *Analisi Predittiva* (cosa accadrà - la tendenza futura di un evento) e sulla *Analisi Prescrittiva* (cosa potrebbe accadere se... - possibili effetti se si adottassero determinate strategie)

La sintesi evoluta dei concetti di BI e BA, che inoltre ne espande le funzionalità, è semanticamente rappresentata dal concetto di *Data Analytics*, i cui processi sono utilizzati in modo diverso a seconda dell'obiettivo di analisi e di cui segue una breve descrizione delle sei componenti:

- Analisi descrittiva
- Analisi diagnostica
- Analisi predittiva
- Analisi prescrittiva
- Machine learning
- Intelligenza Artificiale

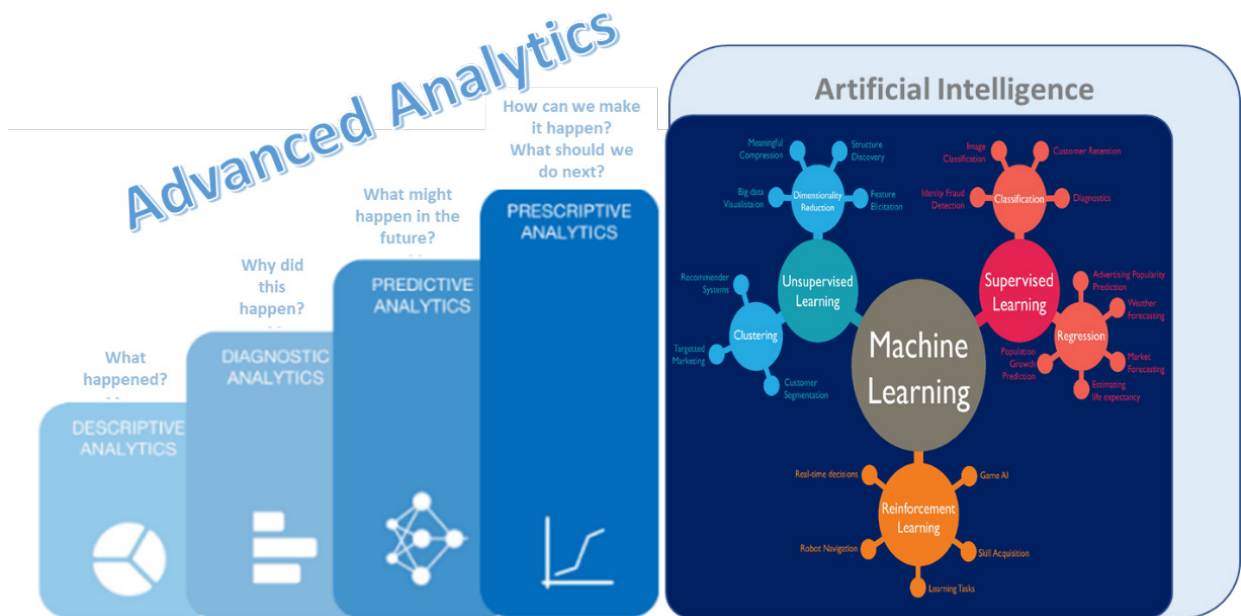


Figura 7 - Classificazione dei processi di Data Analytics

Analisi Descrittiva - Descriptive Analytics

Analizza i dati per descrivere processi, risponde alle domande: “*Cosa è accaduto?*” e “*Cosa sta accadendo?*”; è considerata la forma più semplice di BI perché trova le correlazioni tra passato e presente, senza spiegare le cause dei fenomeni

Usa diverse forme di analisi statistica per identificare come alcuni KPI si modificano nel tempo e quindi individuare le tendenze storiche e in atto, i dati grezzi vengono suddivisi in categorie ed elaborati per identificare un modello e le sue anomalie allo scopo di migliorare la pianificazione operativa

Le fasi della *descriptive analytics* sono cinque:

- 1) *Quantificare gli obiettivi* e le metriche di business: trasformazione degli obiettivi organizzativi generali in risultati specifici e misurabili (KPI)
- 2) *Identificare i dati rilevanti*: identificazione delle fonti (spesso eterogenee e anche esterne all'azienda) in cui risiedono i dati adatti a generare le metriche
- 3) *Estrarre e organizzare i dati*: estrazione, controllo, pulizia e conversione dei dati nel formato più adatto
- 4) *Analizzare i dati*: procedimenti di combinazione, aggregazione e confronto dei dati per descrivere la metrica di riferimento, attraverso procedimenti più o meno automatizzati
- 5) *Presentare i dati*: descrizione delle metriche mediante report, dashboard o infografiche, ad uso dei decisori

Analisi Diagnostica - Diagnostic Analytics

L'analisi descrittiva risponde al quesito: “*cosa è accaduto?*”. L'analisi diagnostica mira a dare una risposta alla domanda: “*perché è avvenuto?*”.

Effettua ricerche mirate a studiare e *capire l'origine di determinati eventi e la causa scatenante di certi fatti/comportamenti*, attraverso tecniche come il data drilling, il data mining e l'analisi di correlazione. Aiuta le aziende sanitarie a comprendere meglio le variazioni della domanda, *per adattare l'erogazione dell'offerta sanitaria*

Analisi Predittiva - Predictive Analytics

Consente di *prevedere i mutamenti futuri sulla base dei dati attuali*, elaborando, tramite algoritmi complessi, modelli in grado di anticipare l'insorgere di problematiche o di opportunità. I modelli di *predictive analytics* si fondano infatti su dati storici per individuare le probabilità che un certo evento si materializzi nel futuro, permettendo di prepararsi per tempo alle evoluzioni nei sistemi e ai cambi di trend (epidemiologici, socio-sanitari, economici, ...) *per ottimizzare la strategia e prendere decisioni più efficaci*.

In sintesi, lo strumento predittivo è in grado di spiegare non solo come un fenomeno si è verificato in passato, ma come continua a trasformarsi e come probabilmente si evolverà in futuro, ricavando dai dati disponibili un modello del fenomeno che si sta analizzando

Analisi Prescrittiva - Prescriptive Analytics

Si basa sull'analisi descrittiva, diagnostica e predittiva per *prescrivere raccomandazioni in base a una previsione* che simula scenari futuri.

Dall'aggregato di “*cosa sta succedendo*”, “*perché succede*”, “*cosa potrebbe succedere*”, l'analisi prescrittiva deduce “*cosa possiamo fare*”, sfruttando ipotesi, *trial*, modelli, simulazioni, analisi matematica e statistica, per perfezionare il processo decisionale.

La *Prescriptive Analytics* supera la necessità di studiare report tradizionali, erogando in *pushing* ai decisori: notifiche, checklist, messaggi, derivanti dai risultati dell'analisi predittiva e suggerendo implementazioni e comportamenti da attivare in base alla predizione effettuata

Machine Learning - ML

Il ML è basato su software “neuronali” (reti neurali) che riproducono la logica del processo andragogico dell'apprendimento umano basato sull'esperienza; la rete neurale apprende grazie all'esperienza, legge i dati, costruisce architetture gerarchiche e fornisce progressivamente livelli sempre più avanzati di input-output.

Il ML facilita e assiste l'intervento umano, automatizzando il fattore decisionale attraverso un principio di apprendimento continuo e una valutazione adattiva basata sui grandi moli di dati.

Il sistema diventa progressivamente più capace, preciso e performante, in grado di determinare risposte e prendere delle decisioni con una richiesta di intervento umano sempre minore.

Intelligenza Artificiale (IA)

L'IA è un ramo dell'informatica che permette la *programmazione e la progettazione di sistemi hardware/software, i quali conferiscono alle macchine caratteristiche che vengono considerate tipicamente umane* (percezioni visive, spazio-temporali e decisionali).

L'IA è intesa come la capacità di un computer di recepire, elaborare e interpretare, mediante algoritmi informatici, complessi calcoli matematici su una grande quantità di dati (*machine learning*), simulando artificialmente quanto avviene nel processo di apprendimento e di elaborazione della mente umana.

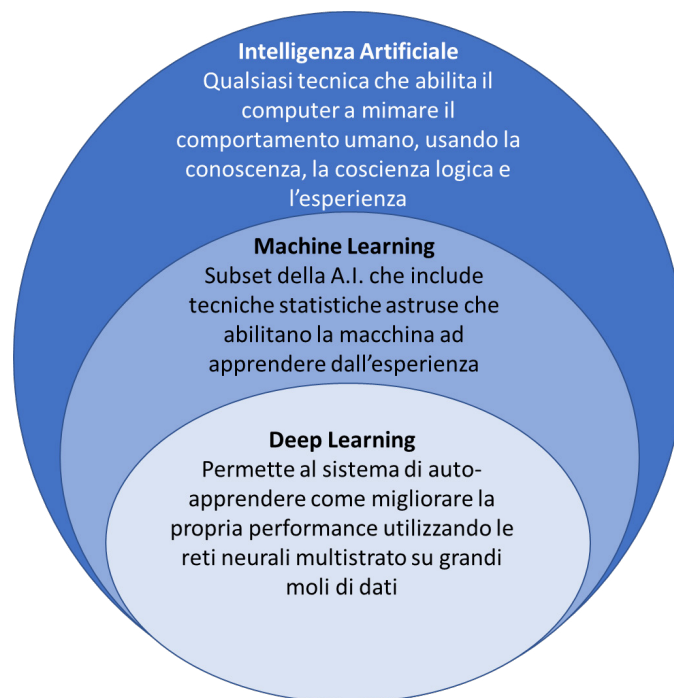


Figura 8 - Componenti della I.A.

La IA si basa su tre parametri del comportamento umano: la *conoscenza non sterile*, una **coscienza** che permetta di prendere decisioni non basate semplicemente sul calcolo logico e *l'abilità di risolvere problemi in maniera diversa a seconda dei contesti in cui ci si trova*.

La “conoscenza non sterile” è fondamentale per lo sviluppo di sistemi in grado di interagire efficacemente con il

mondo reale ed è particolarmente importante per lo sviluppo di sistemi di IA in ambito sanitario; ad esempio, un sistema di IA per la diagnosi delle malattie deve essere in grado di prendere decisioni in base al contesto specifico del paziente, come la sua storia clinica e i suoi sintomi.

Le potenzialità dei *data analytics* in sanità: esempi applicativi

I vantaggi dei *Business Analytics* risiedono nella capacità di trarre insight dall'enorme mole di dati generati e disponibili, elemento chiave di sviluppo di un'organizzazione per aumentarne l'efficienza.

La condivisione dei dati tra diverse aree funzionali, lo sviluppo dell'accuratezza dei *data-set*, una visione migliore dei processi operativi e dei correlati economici, il miglioramento della capacità produttiva adeguandola alla domanda effettiva, l'identificazione per la riduzione di carenze, inefficienze, sprechi, abusi e frodi, l'aumento della trasparenza del servizio a tutti i livelli, sono tutti elementi ascrivibili all'applicazione dei *Data Analytics* in sanità

Per quanto riguarda l'*Analisi Descrittiva e Diagnostica*, esempi applicativi in sanità includono l'analisi delle prestazioni erogate (tipologia, frequenza, centri di erogazione, individui coinvolti etc.) è possibile grazie alla raccolta sistematica di tutti i dati riguardanti il percorso del paziente (*Patient Journey*).

Da questi dati è possibile formulare piani di cura o protocolli personalizzati, calcolare gli indicatori di processo (per valutarne l'appropriatezza prestazionale e organizzativa) e quantificare gli indicatori di esito (per misurare l'efficacia in termini di risultato di salute).

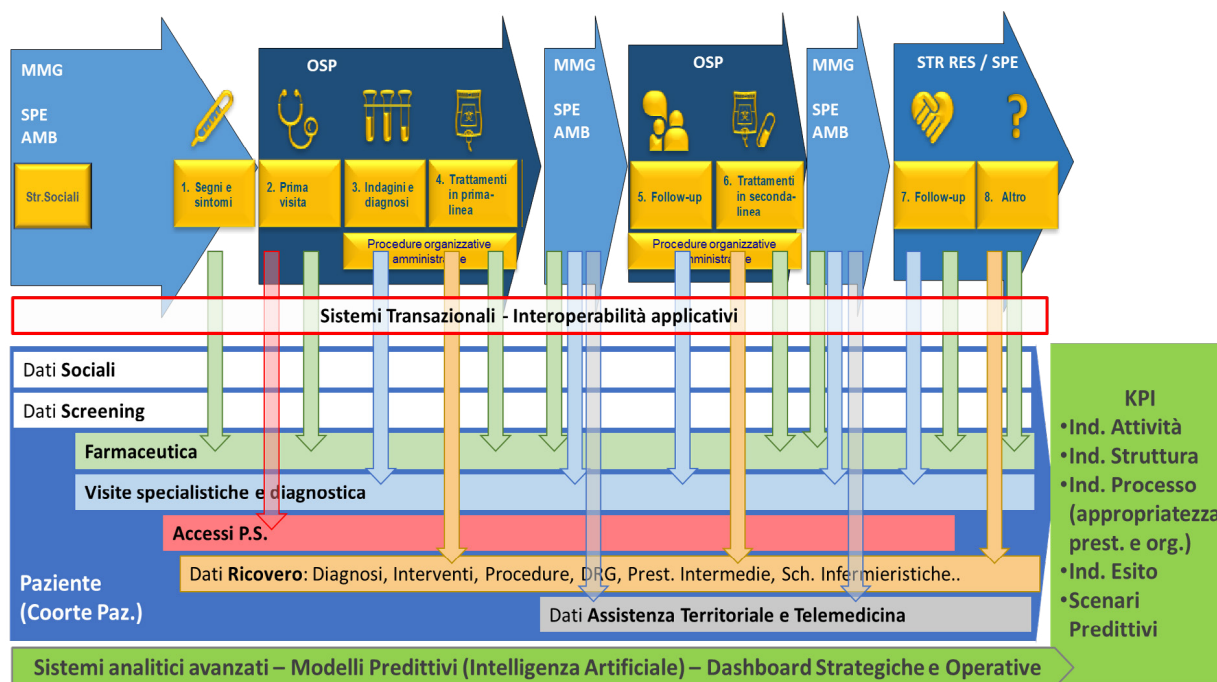


Figura 9 - Patient Journey e dati analizzabili

A *livello manageriale*, la BI tiene costantemente informati i decisori su diversi aspetti fondamentali per rispondere alla domanda di salute e accrescere la qualità dei servizi.

Le analisi descrittive e diagnostiche permettono di comparare diversi sistemi di domanda e offerta, di

correlare diversi ambiti del sistema (prestazioni prescritte ed erogate; beni acquisiti e consumati, etc.), di quantificare l'impegno finanziario su diverse tipologie di assistiti e di prestazioni, di calcolare gli indicatori dal controllo di gestione (CE: ricavi, spese, cash flow e MOL) per impostare le relative previsioni; di valutare comparativamente situazioni tra diversi Dipartimenti e Unità Operative; di modulare l'impiego delle risorse umane interne aziendali e le possibili ottimizzazioni, di misurare i risultati di campagne informative o di screening.

A livello clinico, le Descriptive e Diagnostic Analytics permettono di stratificare la popolazione per livello di rischio sociosanitario per costruire Progetti Personalizzati di cura e valutarne la progressione, consentono di avere una migliore e più accurata rilevazione di sintomi patognomoniche e di fare una valutazione automatizzata dei risultati della diagnostica (immagini, analisi di laboratorio, ...)

Le Analisi Predittive e Prescrittive permettono di costruire scenari e di avere elementi prospettici utili alla presa di decisione in termini di programmazione sociosanitaria e facilitano il coordinamento dei team di assistenza. Le previsioni possono riguardare l'impiego di risorse per la presa in carico di particolari coorti di pazienti e le possibili ottimizzazioni, l'anticipazione di situazioni di emergenza e/o la diffusione di una patologia; il riconoscimento precoce della progressione delle malattie croniche o dell'insorgenza di malattie rare.

Sono ormai numerosi i casi di applicazione della IA in medicina, alcuni esempi riguardano la diagnosi, le terapie e il rapporto medico-paziente.

In ambito diagnostico la IA è di aiuto ai medici per riconoscere quadri diagnostici patognomoniche suggestivi e per impostare una ipotesi diagnostica in base ai sintomi spiegati (Chatbot), permettendo una più rapida attivazione delle cure; supporta nell'analisi delle condizioni del paziente in correlazione con i dati di laboratorio e provenienti da sensori per la diagnosi precoce di certe patologie.

Nel supporto alle cure è utile per l'analisi dei dati paziente (anche da dispositivi indossabili) per scoprire informazioni e suggerire come intervenire su un determinato caso; per la gestione della gravidanza con il monitoraggio dello stato di salute della mamma e del feto e per procedure che richiedono azioni ripetitive come, ad esempio, l'uso di robot chirurgici.

Nel rapporto Medico-Paziente l'IA è di supporto alle attività di segreteria per prenotazioni, screening, etc.; può fungere da assistente virtuale nella compilazione automatica della cartella clinica tramite il Natural Language Processing (NLP), un campo di ricerca interdisciplinare che si occupa di sviluppare modelli e algoritmi per far sì che i computer possano comprendere, interpretare e generare il linguaggio umano in modo naturale; favorisce l'adattamento della comunicazione al livello di alfabetizzazione (Health Literacy) del paziente o del suo caregiver per agevolare la comprensione delle situazioni che lo riguardano, tramite il Large Language Model - LLM rappresentato da modelli linguistici di grandi dimensioni che, addestrati su grandi quantità di dati, sono in grado di generare testo, tradurre lingue e rispondere alle domande in modo coerente ed esaustivo.

Requisiti principali delle soluzioni di BI

Perché gli strumenti analitici possano garantire risultati efficaci, affidabilità e continuità d'uso, sono necessari alcuni requisiti:

- Progettazione tale da consentire agli utenti un *utilizzo autonomo*
- *Possibilità di condividere* quanto appreso, attraverso la autonoma creazione di report
- *Accesso intuitivo e interattivo* alle informazioni tramite una navigazione guidata

- *Fornitura di tutorial* semplici e contestualizzati
- *Pieno controllo* da parte degli utenti del caricamento dei propri dati per una analisi multidimensionale alla ricerca di problemi e incoerenze
- *Integrazione di dati interni ed esterni* per insight più approfonditi.
- Possibilità di fare *analisi elementari* importanti *anche in mobilità* (utilizzo di *smart device*)

Utile qui richiamare un accenno ai principali strumenti informatici di BI utilizzati, tramite il quadrante magico di Gartner, che fornisce un posizionamento competitivo grafico di 4 tipi di fornitori di tecnologia, in mercati in cui la crescita è elevata e la differenziazione dei fornitori è distinta sulla base di due dimensioni: la completezza di visione e la capacità di esecuzione.



Figura 10 - Quadrante Magico di Gartner sugli strumenti di BI

Alcuni ostacoli per l'uso degli strumenti digitali e dei Data Analytics

A chiusura di questo capitolo è doveroso tener conto di alcune problematiche da gestire nell'applicazione degli strumenti di *Digital Health*, sia a livello gestionale, sia a livello analitico.

Ad oggi *non è garantita* a tutti i soggetti la *disponibilità di dispositivi tecnologici adeguati*; c'è una *carenza e disomogeneità di implementazione di infrastrutture tecnologiche di rete*; vige ancora una *non adeguata cultura digitale*, indispensabile per l'utilizzo di questi strumenti, sia lato operatori che lato pazienti/caregiver; *eterogeneità di tecnologie*, con la conseguente difficoltà di raccogliere le informazioni, organizzarle, classificarle, integrarle e condividerle (anche per es. per il tramite del FSE); permane una diffusa *riluttanza alla vera multidisciplinarietà professionale* e alla condivisione dei dati; i *servizi di sanità digitale non sono ancora inclusi nei LEA* garantiti a tutti i cittadini italiani all'interno del SSN; infine - *a livello giuridico* - ci sono degli impedimenti all'applicazione della medicina d'iniziativa (coerente con il concetto di PHM) per le vigenti regole sulla *Privacy (Data Protection)*

Tali criticità sono superabili, sia tramite i cospicui investimenti del PNRR, sia attraverso un significativo cambiamento culturale per superare le inerzie del sistema.

Conclusioni

Per concludere questa analisi sul tema dell'approccio alla fragilità sociosanitaria, può essere utile una schematizzazione delle linee di orientamento dell'intero sistema salute e della sua riorganizzazione complessiva, rappresentabile dal modello delle due "D" e delle sei "P" illustrato di seguito

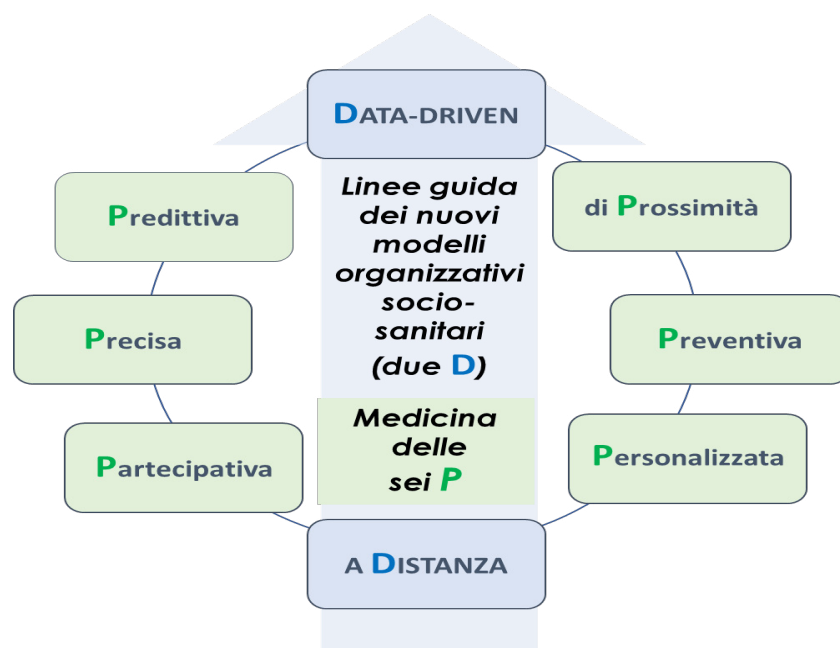


Figura 11 - Il Modello 2D6P

1. *Data-driven*: soluzioni che permettono il tracciamento puntuale del paziente durante il percorso di cura; sistemi di supporto alle decisioni di programmazione sociosanitaria basati su modelli predittivi di intelligenza artificiale e strumenti di supporto alla diagnosi
2. *A Distanza*: nuove soluzioni che integrano l'applicazione della medicina digitale (telemedicina – teleassistenza) come componente stabile ed integrata nell'organizzazione delle cure
3. *Di Prossimità*: con modelli di assistenza e cura basati sul territorio proprio, dove il cittadino vive e lavora, tali da facilitare la costruzione di reti di interoperabilità multidisciplinare
4. *Preventiva*: secondo l'approccio PHM (*Population Health Management*) che rappresenta l'intercettazione proattiva dell'intera popolazione, non solo di coloro che richiedono attivamente una prestazione sanitaria o sociale (potenziamento del ruolo della prevenzione in oncologia)
5. *Personalizzata*: con l'offerta di servizi basata su bisogni reali misurati e cambiamento del sistema di remunerazione, non più basato sulle prestazioni erogate, ma su tutto il percorso di cura del paziente e sui relativi esiti

6. *Partecipativa*: per il coinvolgimento del cittadino-paziente e la mobilitazione delle risorse della comunità più prossime al paziente (famiglia, servizi, rete formale e informale) non solo nella cura, ma anche nella progettazione dei percorsi e degli strumenti di relazione e interconnessione
7. *Precisa*: mirata ai problemi specifici dell'individuo, anche mediante l'utilizzo di nuovi dispositivi, sicuri ed intelligenti, che puntano ad esplorare con sempre maggiore precisione il corpo umano per predire e prevenire le malattie
8. *Predittiva*: per prevedere l'evoluzione di un fenomeno (clinico o organizzativo) in termini di risultati e di impiego di risorse, per avere un riferimento utile alla presa di decisione.

La medicina predittiva, sia in ambito clinico, sia per quanto riguarda la programmazione sociosanitaria, con l'ausilio di sistemi analitici sempre più sofisticati e precisi, basati sui grandi database sociali e sanitari, rappresenta già oggi e sempre più rappresenterà in futuro uno dei sistemi più significativi di supporto alle decisioni (*Decision Support System – DSS*) di pianificazione e programmazione sociosanitaria soprattutto per risolvere il crescente problema di offerta di salute al servizio della popolazione fragile.

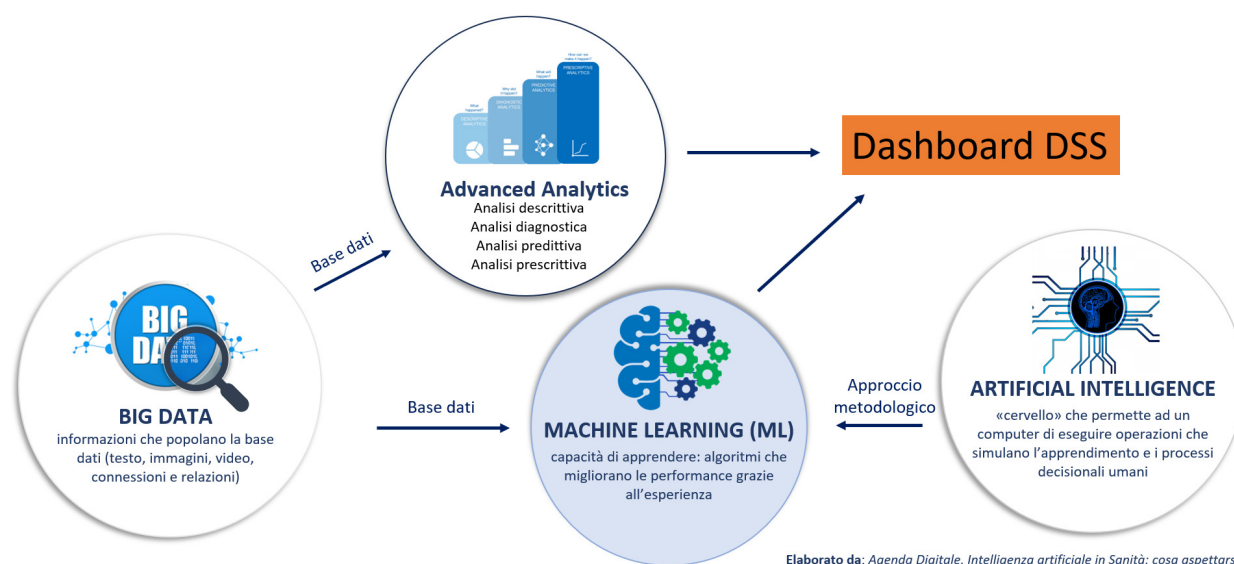


Figura 12 - Dai Big Data ai Sistemi DSS

La trasformazione digitale e l'implementazione dei *Data Analytics* in sanità rappresentano una svolta cruciale per migliorare l'efficienza, la qualità e l'accessibilità dei servizi sanitari, con un focus particolare sulla gestione della fragilità e della cronicità, e sulla riduzione delle disuguaglianze.



BUSINESS INTELLIGENCE & ADVANCED DATA ANALYTICS - AI SUPPORTED

PER LE ISTITUZIONI E LE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

La nostra piattaforma **EIMaS** consente alle Organizzazioni Sanitarie di ogni livello, di trasformare i dati in loro possesso in informazioni utili al supporto di ogni decisione operativa e strategica.

KPI, Benchmarking, evidenziazione dei Trend e Modellistica Previsionale: **EIMaS** è in grado di supportare tutti i processi decisionali connessi con la programmazione socio-sanitaria.

Per saperne di più: www.bihealth.it

Telemedicina e cure di prossimità per i pazienti cronici e i soggetti fragili

Stefania Mancini

1. Analisi attuale

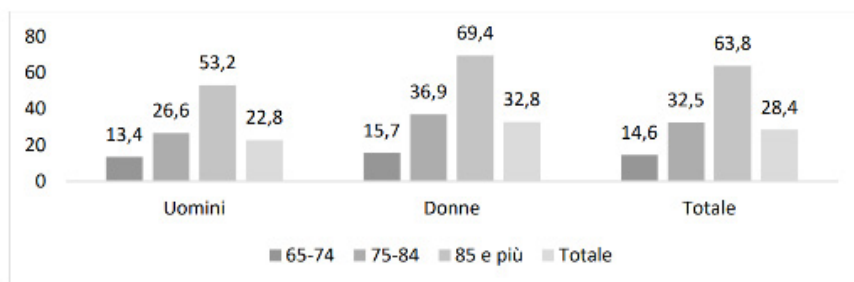
La realtà di ogni giorno mostra il volto di un paese sempre più anziano, chiamato a fare i conti con situazioni in cui protagonisti non sono soltanto coloro che convivono con gli effetti fragili dell'età avanzata, ma anche tutti coloro che a loro sono vicini (familiari, caregiver). E poi c'è un mondo giovane, frenetico e digitale, che ogni giorno convive con la necessità di interfacciarsi con i sistemi sanitari, spesso ancora troppo articolati e complessi al loro interno. Ecco perché oggi è fondamentale investire su quello che sarà la richiesta pressante di domani: piattaforme tecnologiche che facilitino l'incontro tra domanda e offerta e che permettano di supervisionare e monitorare, in modo efficace, questa moltitudine di assistiti - malati e sani - che richiedono servizi sanitari.

2. L'Italia che invecchia

Il rapporto annuale dell'ISTAT 2023, "La situazione del Paese", ci consegna una fotografia inesorabile, con:

- Oltre 14 milioni di over 65 anni (24,1% della popolazione totale)
- Oltre 4 milioni di over 80 anni
- Un numero triplicato di over 100 anni, da inizio millennio

Figura 1.22. Persone over65 con almeno una grave limitazione funzionale, per genere e fascia di età. Valori espressi in percentuale



Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat (2021b)

L'altro dato impietoso è la copertura del bisogno:

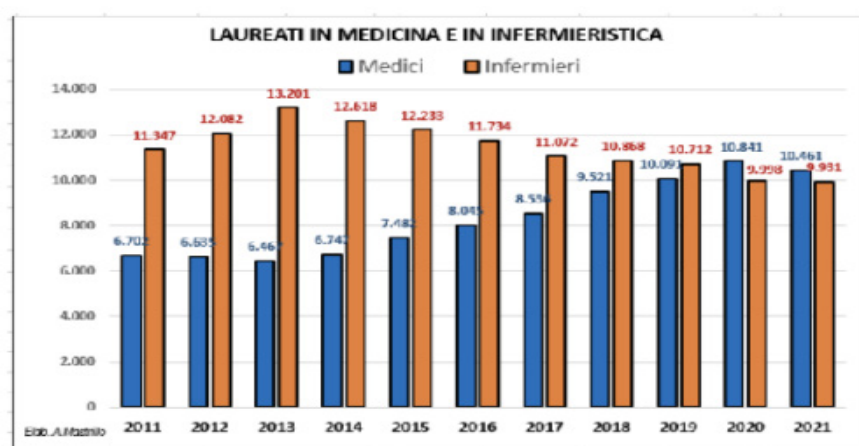
- Per gli over 75 “non autosufficienti”, le RSA sono in grado di accoglierne il 9,6%
- Per gli over 65 “non autosufficienti”, l'ADI è in grado di seguirne il 22%

Tabella 5.4 Tassi di copertura del bisogno dei servizi socio-sanitari, anno 2021

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico servizi socio-sanitari	Tasso di copertura servizi socio-sanitari
3.959.395	Residenziale	284.141	7,2%
	Semiresidenziale	16.225	0,4%
	Domiciliare (ADI)	879.030	22,2%

Tra l'altro, “CERGAS – *Centro di Ricerche sulla gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale*”, ci racconta che, già nel 2019, un anziano su due soffre di una o più patologie croniche (circa 7 milioni di persone).

A tutto questo si aggiunge la grave situazione numerica di medici e infermieri. “Quotidiano Sanità”, già nel 2022 denunciava il sorpasso dei laureati medici rispetto agli infermieri; mentre “Fo.SSC – *Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri ed Universitari Italiani*” nel 2023 contestava le seguenti mancanze sul territorio: 30mila medici ospedalieri, 70mila infermieri, circa 100mila posti letto.

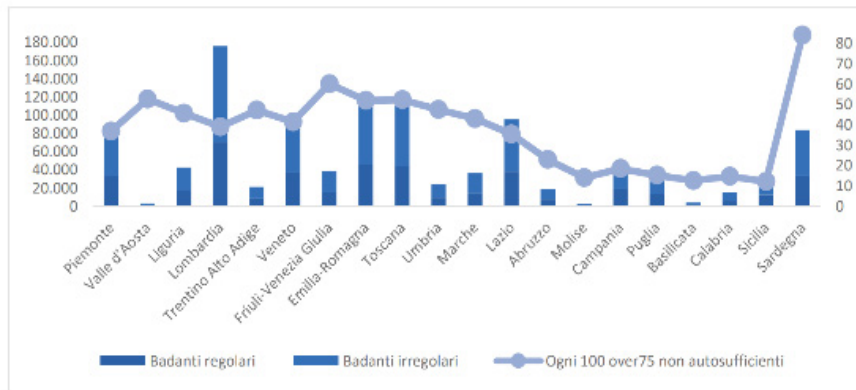


File: Mastrolo su differenza Laureati Infermieri e Medici anni 2011-2021

Risulta quindi più che evidente il motivo per cui cresce la domanda di assistenza per persone anziane e non autosufficienti.

Per lo stesso motivo aumenta anche il numero di caregiver (più di 7 milioni): un impegno gravoso sia in termini economici sia in termini di tempo dedicato: il 17% spende più di 10.000 euro l'anno e oltre il 30% dei caregiver dedica più di 14 ore settimanali alla cura di un familiare.

Figura 1.1 Distribuzione di badanti regolari e irregolari nelle Regioni e incidenza rispetto agli over75 non autosufficienti, anno 2022



I dati emergono da una ricerca congiunta del 2023 “BCG Boston Consulting Group – Jointly” che ha coinvolto più di 12.000 dipendenti di aziende in diversi settori, con lo scopo di indagare i bisogni dei lavoratori caregiver e di immaginare nuove soluzioni di welfare.

Figura 6 - Con riferimento alla gestione del tempo viene richiesta più flessibilità, soprattutto sul lavoro



D35: "Indica quanto ritieni che ciascuna di queste aree sia rilevante nel supportare il tuo ruolo di caregiver"

Fonte: Analisi BCG, Jointly – “Care 4 Caregiver”

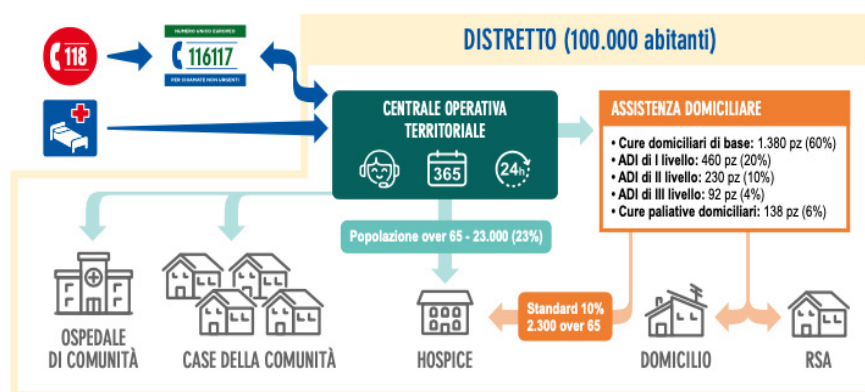
3. Il DM 77/2022

L'avvento della pandemia ha significato, nella gestione delle risorse per la sanità, alcune novità senza precedenti. Dopo un decennio di politiche di contenimento della crescita della spesa, i provvedimenti straordinari per affrontare il Covid hanno aperto margini per uno sviluppo delle risorse per la sanità oltre i livelli precedentemente definiti nelle sessioni di programmazione economica.

Questa nuova stagione avrebbe dovuto rappresentare una novità, non soltanto in termini quantitativi, ma anche in termini qualitativi e organizzativi dei servizi: lo scopo non era semplicemente quello di affrontare

la sfida della gestione della pandemia, ma anche quello di promuovere cambiamenti strutturali, quali, ad esempio, il potenziamento dei servizi territoriali.

È in questo contesto che nasce e si sviluppa il DM 77/2022 che prevede la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, ma anche la definizione dei parametri di riferimento del personale e degli obiettivi strategici di riferimento.



Con una ristrutturazione capillare del territorio, così come voluta dal DM 77/2022, dovrebbe essere veramente semplice soddisfare le diverse necessità della popolazione utilizzatrice dei servizi distrettuali. Purtroppo però, ancora oggi, la trasformazione digitale non è stata completata e, in diversi territori, non è neanche iniziata. Siamo, quindi, ben lontani dalla gestione semplificata immaginata dal DM.

4. Presa in carico e gestione del paziente

Concentrandoci proprio sulla medicina del territorio, citiamo: [“Pon Gov Cronicità. La presa in carico: origine ed evoluzione” -Renata De Maria, Manuele Falcone, Gabriele Nube e Francesco Enrichens]

“La presa in carico del paziente” è un’assunzione di responsabilità proattiva da parte del Sistema Sanitario nei confronti della Persona affetta o a rischio di sviluppare una malattia cronica, fondata su un cambiamento culturale, che coinvolge professionisti e operatori a tutti i livelli. La presa in carico garantisce la continuità assistenziale longitudinalmente, nel tempo e nelle transizioni fra luoghi - domicilio/ospedale - e livelli di cura, primarie e specialistiche.

Per il malato cronico la presa in carico si declina nei domini clinico e organizzativo.

- *Gli obiettivi clinici coinvolgono direttamente e primariamente i professionisti sanitari. Includono l’adozione omogenea di pratiche fondate sulle prove di efficacia, la classificazione individuale del rischio di progressione e l’identificazione precoce delle recidive di malattia, la ricomposizione e l’integrazione delle prescrizioni terapeutiche e diagnostiche per il singolo, la condivisione con il paziente del suo piano di trattamento per sostenerne l’aderenza al percorso di cura.*
- *Sul fronte organizzativo, la presa in carico è un approccio sistemico che ha lo scopo di migliorare l’accessibilità ai servizi, attraverso l’adeguata programmazione delle risorse professionali e strumentali in relazione alla prevalenza e complessità delle malattie croniche in un determinato contesto locale, rimuovendo ostacoli alla fruizione delle prestazioni. La persona affetta da patologia cronica, soprattutto se si tratta di patologie multiple*

e complesse, viene guidata attraverso il percorso che ha condiviso con il team di cura, dal case manager, suo riferimento diretto.

La persona con patologia non è soggetto passivo ma, protagonista attivo di questo processo. Garantire il suo empowerment è l'obiettivo centrale della "presa in carico". Gli interventi devono essere progettati per favorire le conoscenze e valorizzare le risorse personali, le capacità di autogestione e la formazione del self-care dove fosse possibile. Un utile strumento per facilitare la convergenza dei professionisti sul comune obiettivo di un'assistenza centrata sulla persona è la costruzione di percorsi-tipo, i cosiddetti PDTA, che delineano ruoli e responsabilità nella gestione di una determinata condizione clinica. Un PDTA si basa sulle evidenze scientifiche e sulle risorse disponibili nel contesto locale, e delinea "chi fa che cosa", "quando" e "con che obiettivo", in modo da facilitare l'interazione sistematica degli attori.

4.1. Presa in carico e gestione del paziente nell' Era Digitale

Proprio per i dati statistici qui riportati, diventa indispensabile rivedere completamente la fase di presa in carico, ma anche la successiva gestione, in una modalità fortemente tecnologica che, da una parte, tuteli la cura del singolo e, dall'altra, sia in grado di divenire un moltiplicatore dell'assistenza.

Come abbiamo detto, gli anziani aumentano in modo esponenziale e, in modo altrettanto preoccupante, diminuiscono medici ed infermieri. Diventa quindi indispensabile implementare soluzioni di sanità digitale che possano:

- Supportare direttamente i pazienti
- Alleviare il grande lavoro dei caregiver
- Ottimizzare il lavoro delle professioni sanitarie

Piattaforme tecnologiche di assistenza domiciliare e di telemedicina (comprendendo televisita, teleriabilitazione, teleconsulto, telemonitoraggio, teleassistenza) devono essere adottate al più presto, pensando agli anziani di domani che saranno certamente competenti anche da un punto di vista di alfabetizzazione digitale.

Gli stessi PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) dovrebbero trasformarsi in PDDTA, aggiungendo la "D" di DIGITALI e riscrivendo i singoli passi in un'ottica di "eventi digitali", quali:

- Visita di controllo → televisita
- Misurazione parametri → telemonitoraggio valori
- Terapia → telemonitoraggio aderenza terapeutica
- ecc...

in modo tale che possano diventare "step" gestiti automaticamente da una piattaforma tecnologica.

Certamente, sono ancora tantissimi i problemi da affrontare e da risolvere. Per esempio:

- il divario digitale (indice italiano DESI ancora molto basso), anche per un ritardo nelle infrastrutture a supporto della digitalizzazione stessa
- una resistenza al cambiamento dovuta al fatto che la generazione medica operativa è ancora quella "analogica" e non quella nativa digitale
- delle Linee Guida poco chiare in ambito GDPR e Garante per la protezione dei dati personali
- l'obbligatorietà della certificazione MDR che con le sue rigidità diventa complessa da ottenere
- una mancanza di standard nei protocolli IoT degli apparati elettromedicali a domicilio, da integrare nelle piattaforme digitali
- un po' di confusione tra progetti finanziabili PNRR e non finanziabili che fa ritardare la messa a terra di investimenti

- l'attesa della pubblicazione delle gare nazionali delle cosiddette "regioni capofila" e, adesso, l'identificazione dei soggetti vincitori, del loro coinvolgimento e dell'inizio delle attività

ma, certamente, non sono procrastinabili ulteriori ritardi, pena il rischio, in un prossimo futuro, di non riuscire a dare "cura" ad una moltitudine di pazienti.

Tra l'altro è una situazione particolare quella che stiamo vivendo, in quanto le soluzioni tecnologiche ci sono, esistono e funzionano, pur essendo ancora poco diffuse. Riportiamo, come esempio, la virtuosa Regione Emilia-Romagna che si è dotata di una piattaforma di telemedicina, televisita e telemonitoraggio già da 2 anni (unica regione italiana), arruolando diverse centinaia di pazienti nelle varie Case di Comunità del territorio regionale.

Anche la società civile chiede a gran voce che la medicina del territorio parta al più presto con piattaforme digitali che permettano ai pazienti di eleggere il proprio domicilio come "luogo di cura".

Il problema è, quindi, esclusivamente di tipo organizzativo, ma – come detto – siamo fortemente in ritardo e nessuno può permettersi ulteriori lungaggini.

5. La piattaforma di telemedicina

Affinché una soluzione tecnologica riesca ad assolvere il compito di affiancare i professionisti sanitari nell'assistenza dei pazienti a domicilio deve essere composta da differenti moduli, nonché integrata con i gestionali già in uso (per esempio, la cartella clinica).

Al fine di effettuare il telemonitoraggio dei parametri vitali e dell'aderenza terapeutica, nonché telecontrollo e televisita, i moduli minimi necessari sono i seguenti:

1. Modulo per *la Casa di Comunità o la Centrale Operativa Territoriale*, dove vengono inseriti anagraficamente i pazienti in piattaforma con i loro dati di contatto, i referenti familiari, il medico di base, ecc...

La presa in carico soddisfa anche le seguenti funzionalità:

Caricamento piano terapeutico (PDDTA) per patologia

Relativa assegnazione dei dispositivi PHD (Personal Health Device) previsti dal protocollo

2. Modulo per *la Sala di Controllo (Cruscotto e Monitoraggio)*, dove convergono anche eventuali segnalazioni di allarmi, gestiti poi dagli infermieri di primo livello e dagli specialisti:

Verifica farmaci non correttamente assunti

Verifica parametri vitali non misurati o fuori soglia

Scambio di documenti e/o referti

Telecontrollo e televisita

L'interazione multicanale è importante per permettere a tutti gli assistiti di poter comunicare nella modalità a loro più congeniale.

Una dashboard grafica consente di visualizzare, attraverso un unico strumento, tutti i pazienti seguiti dalla Centrale evidenziando tipo e stato di percorso, eventuali allarmi tramite opportune icone e colori, ma anche le prossime scadenze per i pazienti (visite a domicilio, visite di follow-up con il Care Manager presso la Centrale, televisite, sostituzione dispositivo per manutenzione, ecc.).

3. Modulo *APP su smartphone per gli assistiti (PHG – Personal Health Gateway)* rappresenta l'applicativo che viene utilizzato dal paziente (o dal suo caregiver); permette di vedere il proprio piano terapeutico e le relative avvertenze, inviare parametri clinici rilevati manualmente o via bluetooth, comunicare la compliance terapeutica, allegare immagini - video - file audio, compilare form di domande variamente configurate dalla centrale operativa, richiedere colloqui con il proprio medico,

Infine, un altro tassello importante e indispensabile è rappresentato dagli *Apparati Elettromedicali (PHD – Personal Health Device)*, da utilizzare per la misurazione dei parametri vitali. La piattaforma digitale integra - via bluetooth - quelli che, per singola patologia, vengono ritenuti maggiormente adeguati dal Direttore Sanitario e che, per loro natura, devono essere sostituibili nella catena in relazione alle nuove scoperte in campo biomedico.



Piano Terapeutico (PDDTA)

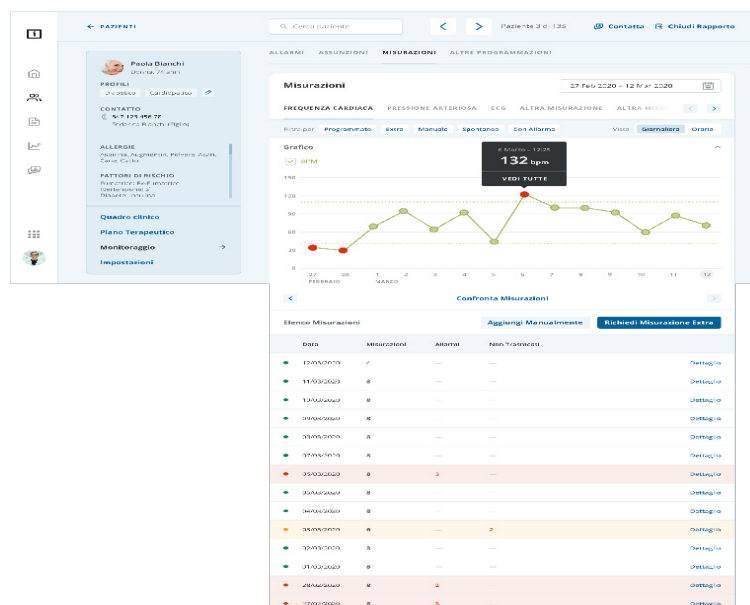
In particolare, il piano terapeutico permette allo specialista clinico di poter visionare / modificare / pianificare la terapia farmacologica, il piano delle misurazioni dei parametri clinici e altre programmazioni (televisita, esami specialistici, questionari, ...). Per ogni evento inserito nel piano terapeutico viene schedulato in automatico un reminder al paziente/caregiver proprio per ricordare la prossima attività.

The screenshot shows a patient's profile for Paola Bianchi, 74 years old, with a profile of Diabete and Cardiopatia. The interface includes a navigation menu on the left with options like 'Piano Terapeutico', 'Monitoraggio', and 'Impostazioni'. The main content area displays an 'Overview' section with approval and last update information, followed by an 'Elenco terapia attuale' section. Below this is a table of 'Assunzioni' (Medications) with columns for 'Cosa', 'Qtà', 'Quanto spesso', 'Quando', 'Inizia il', and 'Per quanto'.

TUTTO	ASSUNZIONI	MISURAZIONI	ALTRE PROGRAMMAZIONI	Ordina per Cronologico		
Assunzioni						
Cosa	Qtà	Quanto spesso	Quando	Inizia il	Per quanto	
Paracetamolo 20 mg	1 cp	1 al giorno	Prima di colazione, prima di pranzo, prima di cena	25/06/2020	90 gg fino al 18/7/20	...
Paracetamolo 20 mg	1 cp	1 al giorno	Prima di colazione, prima di pranzo, prima di cena	25/06/2020	90 gg fino al 18/7/20	...
Paracetamolo 20 mg	1 cp	1 al giorno	Prima di colazione, prima di pranzo, prima di cena	25/06/2020	90 gg fino al 18/7/20	...
Paracetamolo 20 mg	1 cp	1 al giorno	Prima di colazione, prima di pranzo, prima di cena	25/06/2020	90 gg fino al 18/7/20	...

Monitoraggio

Il personale della Sala di Controllo è in grado di monitorare, con estrema precisione, l'andamento terapeutico dell'assistito, e, in particolare, se ci sono degli allarmi attivi, la costanza delle assunzioni e delle misurazioni (compliance terapeutica).



App per il paziente / caregiver

Questo è il modulo che permette di realizzare quello che viene chiamato “monitoraggio costante non presidiato”. Non si sostituisce alla relazione fra medico e assistito, ma la sostiene e la espande sia temporalmente che logisticamente, dando all'assistito la certezza di essere maggiormente protetto.

La finalità è, quindi, quella di affiancare il paziente nel seguire con costanza la terapia assegnata, acquisire i parametri clinici necessari a monitorarne il decorso, rendere fruibile e continua la comunicazione tra diversi attori. Il tutto al fine di ridurre i rischi legati a complacenze, ridurre il ricorso alla ospedalizzazione, ridurre i tempi di attesa e ottimizzare l'uso delle risorse disponibili.

L'applicazione, dedicata al malato o al suo caregiver, è la parte più delicata di un progetto di Telemedicina in quanto deve essere facile da usare, deve avere una buona UX/UI e deve funzionare anche in assenza di rete, allineando i dati non appena ritorna la connessione.



Solitamente, nella App vengono attivati i seguenti moduli:

- 1) **Compliance terapeutica** – Promemoria farmaci e posologia
- 2) **Rilevazione parametri vitali** – Promemoria misurazioni ed effettuazione misura tramite apparecchi elettromedicali
- 3) **Altre attività** - Attività generiche richieste all'assistito che non rientrano tra i farmaci o parametri vitali, ma possono essere foto, somministrazione di questionari, e altro
- 4) **Documenti** - Possibilità di visionare tutti i documenti inviati al medico e ricevuti dal proprio medico
- 5) **Telecontrollo / Televisita** – comunicazione audio-video tra Sala di Controllo e assistito

6. I moduli APP di telemedicina

6.1.Promemoria farmaci e posologia

L'osservanza e l'aderenza ai consigli e prescrizioni mediche è da considerarsi un elemento essenziale di qualsiasi terapia, che perde di efficacia se non viene effettuata con puntualità e precisione.

Questo modulo della APP interagisce con la sezione di “piano terapeutico”, da cui vengono attinte le seguenti informazioni:

- Farmaco (da personalizzare secondo la reale dispensazione effettuata);
- Posologia (da personalizzare secondo gli orari e le abitudini del paziente);
- Note per la somministrazione; Durata della terapia;
- Eventuali interazioni con altri farmaci presenti nel piano terapeutico

Dai database del farmaco saranno attinte le informazioni (bugiardino) relative a: contro-indicazioni; effetti indesiderati; interazioni con altri farmaci; modalità di conservazione.

Poiché il paziente ha il diritto di essere informato sui farmaci da assumere - del loro meccanismo d'azione, delle loro caratteristiche e dei possibili effetti collaterali - il modulo Compliance Terapeutica, oltre a descrivere il farmaco, insieme ad attività da eseguire ricorderà al paziente di assumerlo mediante: allarme sonoro pop-up sul display della domanda: devi prendere n.[quantità] [unità posologiche] di [farmaco], con le seguenti 3 opzioni



- **Conferma**
- **Conferma con variazione orario**
- **Posponi**
- **Rifiuta**

6.2. Rilevazione parametri vitali

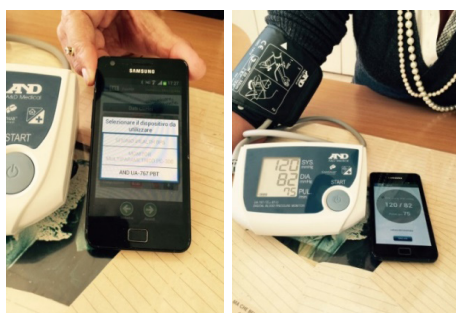
Questo modulo della APP verrà utilizzato prevalentemente nel caso di pazienti affetti da patologie, ma anche in altri casi potrà essere utilizzato sulla base di apposite evidenze diagnostiche. I parametri che possono essere monitorati, mediante rilevazione tramite apparato elettromedicale, sono numerosi:

- Peso
- Pressione arteriosa
- Glicemia (diabete)
- SpO2 (insufficienza respiratoria)
- Frequenza cardiaca
- Elettrocardiogramma

....

Il modulo “*Rilevazione parametri vitali*” nel suo normale funzionamento ricorderà al paziente di effettuare la misurazione di un parametro prestabilito (o più parametri in sequenza) mediante apposito dispositivo medico interfacciato al mobile device via bluetooth, su base standard IEEE 11073-2601, o inserendo manualmente la misurazione effettuata. Il modulo conferma, con un segnale acustico, che la procedura di misurazione è andata a buon fine.

Questo modulo comporterà un allarme in piattaforma nel caso in cui il dato inviato dall'assistito sul cruscotto non rientrasse nella soglia preimpostata per quel paziente.

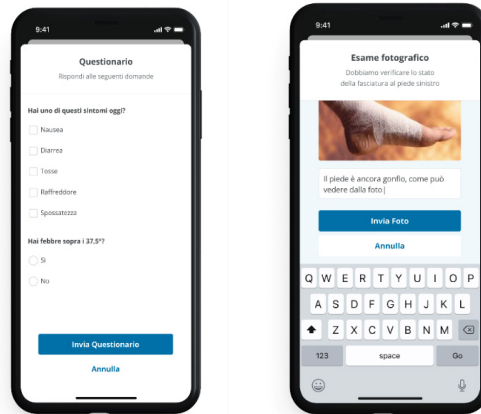


6.3. Altre attività

Tra le attività che dovrà svolgere l'assistito, la struttura sanitaria potrà richiedere una qualsiasi attività generica:

- L'invio di una foto per controllare lo stato di avanzamento della ferita
- Ricordare di bere l'acqua
- Ricordare di indossare le calze contenitive

- Rispondere ad un questionario
- Ricordare una prossima televisita
-

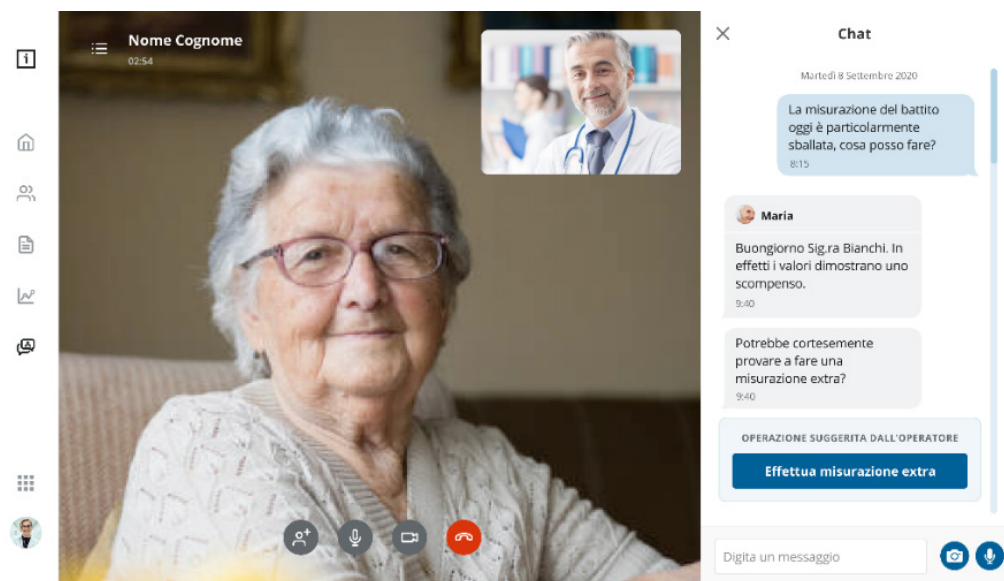


6.4. Documenti

L'applicazione mette a disposizione uno spazio dove il paziente ed il medico possono scambiarsi documenti. Il medico, tramite il portale web, potrà inviare dei documenti al paziente che potrà consultare con il suo smartphone. Il paziente, a sua volta, potrà caricare dei documenti che saranno messi a disposizione del medico, il quale potrà consultare il documento caricato tramite l'applicativo web.

6.5. Telecontrollo / Televisita

Questo modulo permette la comunicazione diretta tra medico e paziente con un sistema di televisita per appuntamenti programmati con specialisti e un sistema di teleconsulto per i casi più urgenti o in cui il paziente necessita di assistenza immediata di un operatore.



7. Telemonitoraggio e cura a domicilio

Da quanto descritto, risulta evidente come il “digitale” riesca ad agevolare **“il diritto delle persone anziane alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio”** e a rispettare il principio di semplificazione e integrazione delle procedure di valutazione attraverso i “Punti Unici di Accesso” (PUA), nonché di una valutazione multidimensionale finalizzata a definire un “Progetto Assistenziale Individualizzato” (PAI), che indichi tutte le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali necessarie per la persona anziana.

Insieme al digitale, ci si muove sempre più verso la umanizzazione e la personalizzazione della salute e delle cure, con decisioni su misura per quel paziente e in quel momento della sua patologia, in quella fase della sua vita. La medicina personalizzata si integra con la Salute e Cura digitale (gli strumenti) e con la Medicina delle 4P (ovvero della prevenzione, predizione, personalizzazione e partecipazione), ovvero su una architettura clinica basata sulla **COT - Centrale Operativa Territoriale**, modello organizzativo territoriale che ha come obiettivo quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione della cura e dell’assistenza.

La COT ha il compito di implementare i diversi percorsi di dimissione da ricoveri e soprattutto, di identificare i percorsi di cura più adeguati, rispetto al profilo, clinico e sociale, del cittadino. Gli operatori delle COT dovranno infatti sviluppare anche competenze legate alla gestione di piattaforme di Telemedicina – telemonitoraggio e teleassistenza – promuovendo percorsi di prevenzione ed educazione sanitaria.

Ma sono numerose le diverse responsabilità della COT, tutte con l’obiettivo di essere il punto di contatto tra le diverse fasi del *patient journey* per assistiti che soffrono di patologie croniche o acute.

In particolare, tra tutte, è proprio la fase di telemonitoraggio quella più importante perché assolve il compito più delicato di assistere e supportare i pazienti nel loro domicilio. Controllare i parametri vitali in tempo reale, ma anche supervisionare da remoto l’assunzione della terapia farmacologica, assicura al paziente un affiancamento continuo, una verifica precisa e puntuale dell’andamento di cura, un intervento immediato nel caso di problemi.

Come detto, la rilevazione dei parametri vitali si appoggia ad apparecchiature elettromedicali integrate via bluetooth con la piattaforma di telemedicina.

Non appena il paziente riceve la notifica che è arrivato il momento di misurare, per esempio, la pressione, deve essere accesa l’apparecchiatura e misurato il valore. Il dato rilevato viene intercettato dall’APP e quindi girato immediatamente alla Sala di Controllo dove il personale proposto potrà verificare il dato, gestire un eventuale allarme (parametro fuori soglia), contattare il paziente.

Stessa rilevanza è rappresentata dal monitoraggio nell’assunzione dei farmaci. In funzione di quanto inserito nel PDDTA, l’agenda per quel paziente si “popola” di appuntamenti virtuali per ricordare di assumere il farmaco con il relativo dosaggio. Anche in questo caso, una specifica notifica ricorda al paziente che è arrivato il momento di prendere la medicina.

Di fatto, pur in un ambiente virtuale, il paziente si sente “accompagnato” per mano lungo tutta la sua giornata quotidiana, scandita da piccoli impegni che però garantiscono una cura e una qualità di vita ottimali.

La vicinanza della Sala di Controllo e del personale preposto fornisce al paziente una garanzia e una fiducia continua. I dati raccolti, le curve di andamento dei parametri vitali e delle assunzioni dei farmaci forniscono ai sanitari un quadro certo e inequivocabile sul percorso di cura e sullo stato di salute del paziente.

8. Conclusione

La telemedicina è l'unica reale innovazione da implementare e far partire al più presto, a supporto delle professioni sanitarie e dei pazienti anziani e cronici.

Mi piace citare Alberto Felice De Toni che quando era rettore all'università degli studi di Udine disse: “Le innovazioni presuppongono una certa dose di disobbedienza ai canoni precedenti; ma possono dirsi realmente tali solo se vanno a buon fine. Altrimenti rimangono solo tentativi, disobbedienze che non portano a vantaggi reali.”

Fonti:

<https://web-assets.bcg.com/bd/96/8c6aa0e345f7ac935f6d07edd577/digitale-locale-integrato-il-futuro-del-welfare-june-2022-newl.pdf>

<https://www.istat.it/it/files//2021/07/Report-anziani-2019.pdf>

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=114121

https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/0026_Rapporto_OASI_2023_Capitolo_5.pdf

https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/6_Rapporto_LA_SOSTENIBILITA%CC%80_DEL_SETTORE_LONG_TERM_CARE_NEL_MEDIO-LUNGO_PERIODO.pdf?VersionId=Vlg0tf63Pp_Rr73aAGTC2fbfeR9nd8qW

<https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/4%C2%B0%20Rapporto%20OLTC%20-%20volume%20finale%20-%200a.pdf>

<https://web-assets.bcg.com/bd/96/8c6aa0e345f7ac935f6d07edd577/digitale-locale-integrato-il-futuro-del-welfare-june-2022-newl.pdf>

<https://www.jointly.pro/2023/6/21/tanti-e-sempre-piu-soli-caregiver-in-italia>

video girato da AUSL Modena sull'operatività quotidiana <https://www.youtube.com/watch?v=6zBsYydj6xY> - questa installazione è operativa dal 2021 su tutte la AUSL emiliano-romagnole per un totale di 52 Case della Salute

**Fragilità, cronicità e diseguaglianze di salute:
il contributo degli Osservatori sulla sanità**

Il rilievo della fragilità nell'attuale contesto del Servizio Sanitario Nazionale. Considerazioni giuridiche e prospettive di riforma

Rocco Junior Flacco

Introduzione. Fragilità e prevenzione delle situazioni patologiche. Alcuni spunti di partenza

La questione della fragilità intesa come condizione della persona, rilevante in termini di presa in carico da parte del Servizio Sanitario Nazionale, rappresenta una sfida importante e complessa per un sistema universalistico e globale di garanzia dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria storicamente fondato sulla patologia, quale è stato fino a tempi recenti il Servizio Sanitario Nazionale così come declinato dalla Legge 833/1978 e dal D.lgs 502/92 in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione italiana.

Tale circostanza, ben nota ai cultori della sanità pubblica, deriva sostanzialmente dalla situazione per cui, nella prospettiva della scienza medica la condizione di fragilità rappresenta uno stato di debolezza della persona, rispetto alla potenzialità di ammalarsi.

Questa, in estrema sintesi, appare la prospettiva aperta dal quadro definitorio della condizione di fragilità che, seppur nell'assenza di una definizione univoca ed universalmente accettata, focalizzano l'attenzione sull'aumentato rischio di esiti avversi in soggetti esposti a fattori di stress (Rockwood, 2019), fondata su una riduzione multisistemica delle normali funzioni fisiologiche e su una ridotta capacità di ristabilire l'omeostasi (WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing, 2017).

L'incidenza della fragilità al livello di sistema sanitario riproduce, a ben vedere, la dicotomia propria del diritto alla tutela della salute riconosciuto dall'articolo 32 della Costituzione, articolato in una dimensione collettiva ed in una dimensione individuale.

1. Il rilievo della fragilità nella dimensione collettiva del diritto alla tutela della salute e la questione della stratificazione per profilo di rischio

A livello di dimensione collettiva, il riferimento alla fragilità consente una migliore focalizzazione della governance istituzionale, attraverso l'articolazione delle scelte programmatiche in ragione di una stratificazione della popolazione atta ad implementare il livello di efficacia e di efficienza delle scelte allocative delle risorse,

tenendo conto dei fabbisogni di salute, anche potenziali, espressi da tutta la popolazione e non solo da parte di coloro che già richiedono assistenza attiva (secondo il c.d. approccio di Population Health Management - Felt Lisk, 2011 e di Population Medicine - Lewis, 2014; Hibbard, 2017).

Si tratta, a ben vedere, di un'importante questione che trova spazio nell'ordinamento giuridico sanitario vigente, considerando che nell'ambito delle previsioni di cui all'articolo 2 del DPCM LEA del 2017, dedicato alle attività di prevenzione collettiva e di sanità pubblica, vengono espressamente contemplate azioni a carattere preventivo, non solo con riferimento alle malattie infettive, ma soprattutto con riferimento alla *“sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening”*, precisando poi all'allegato 1 del medesimo DPCM LEA che *“il livello della “Prevenzione collettiva e sanità pubblica” include le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro, correlati agli stili di vita”*.

In tale prospettiva, in particolare, si è mosso il legislatore nazionale¹, introducendo la possibilità di sviluppare modelli predittivi, che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio per fattori di rischio, la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse.

Sulla scorta di tali previsioni, nonché sulla base delle indicazioni contenute nel PNRR, Missione 6, component 1, laddove si indicava come progetto di riforma la *“definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale”* è stato adottato il Regolamento recante *“la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”* dove si introduce, con funzione descrittiva come precisato dall'articolo 1, comma dello stesso regolamento, una prima stratificazione di livello nazionale della popolazione in sei livelli decrescenti di rischio sanitario che distingue tra:

- Persone in salute;
- Persone con assenza di cronicità/fragilità che utilizzano sporadicamente i servizi;
- Persone con cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono-patologica, perdurante nel tempo e buona tenuta dei determinanti sociali;
- Persone con cronicità/fragilità/disabilità, con patologie multiple complesse, con o senza determinanti sociali deficitari;
- Persone con multimorbilità, limitazioni funzionali, con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo e bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi-residenziale o residenziale;
- Persone con patologia evolutiva in fase avanzata, con bisogni sanitari prevalentemente palliativi.

Per ogni livello vengono indicate le azioni da intraprendere, che vanno dalla promozione della salute, fino alle azioni di presa in carico semplici (Progetto di Salute semplice) e complesse (Progetto di Salute complesso).

L'obiettivo, come indicato peraltro nell'ambito del medesimo regolamento di cui al DM 77/202, è di costituire una base di riferimento di livello nazionale, che comunque non sacrifichi eventuali esperienze di rilievo già maturate al livello di singoli sistemi regionali², per la programmazione “macro” delle risorse e delle condizioni di integrazione tra sistema di assistenza sanitaria e sistema di assistenza sociale.

Sulla scorta di tale programmazione “macro”, implementata attraverso la prescrizione di precisi modelli organizzativi e di relativi standard cui in questa sede si accenna soltanto (i.e. Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Distretti etc.), l'obiettivo è quello di consentire la gestione

¹ Il riferimento è, in particolare, all'articolo 7 del decreto-legge n. 34/2020 D.L. 19-5-2020 n. 34, recante Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19, convertito in legge, con modificazioni, dall' art. 1, comma 1, L. 17 luglio 2020, n. 77.

² Tra i diversi casi, si rimanda all'applicazione degli Adjusted Clinical Group (ACG) nella Regione Veneto (Corti, 2018).

delle prestazioni assistenziali di ciascuna persona presa in carico attraverso la costruzione di *“progetti di salute”*, nozione che di fatto implementa quanto già previsto nell’ambito dell’articolo 21 del DPCM sui LEA in merito ai percorsi assistenziali individuali, nonché in merito ad eventuali percorsi riabilitativi che interessino lo stesso paziente, nell’ottica di una sistematizzazione dell’intero percorso assistenziale dell’assistito che consenta di programmare in senso integrato, gestire e verificare l’insieme delle prestazioni assistenziali, erogate o da erogare, secondo logiche affini alla definizione di un budget individuale di assistenza.

Tale approccio, che in termini strettamente sanitari appare immediatamente utile a focalizzare la posizione assistenziale del singolo assistito all’interno dei criteri di stratificazione della popolazione e dei relativi fabbisogni, risulta importante anche nella prospettiva dell’integrazione socio-sanitaria, nella misura in cui consente una definizione del fabbisogno assistenziale individuale più sensibile all’individuazione dei determinanti sociali della fragilità, risultando peraltro funzionale alla proiezione dell’insieme delle misure assistenziali erogate, sanitarie ma soprattutto sociali, in una prospettiva di servizio piuttosto che di mera erogazione economica, secondo un’impostazione di riforma che abbraccia anche l’ambito della disabilità di cui alla Legge 22 dicembre 2021, n. 227, cui in questa sede soltanto si accenna.

Centrale, in questo contesto, diventa la nozione di *“sanità di iniziativa”* quale strumento di sostanziale anticipazione della presa in carico della persona fondato su un’assistenza proattiva rivolta all’individuo, dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute, fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa, condotta alla luce della stratificazione di rischio della popolazione e con l’obiettivo di intercettare nella prima fase possibile le condizioni di fragilità della persona.

Nella prospettiva giuridica della tutela della salute quale diritto a ricevere prestazioni assistenziali da parte, e a carico, del Servizio Sanitario Nazionale tale carattere qualifica la presa in carico delle persone in condizione di fragilità in termini di grande rilievo, sia nella prospettiva di rendere efficace l’azione di tutela istituzionale della salute quale condizione di benessere della persona piuttosto che di mero contrasto alla patologia; sia nella prospettiva di implementare il livello di efficienza del Servizio Sanitario Nazionale attraverso l’attuazione di misure di contrasto preventivo, rispetto al rischio di manifestazione di singoli stati patologici, con la produzione di sostanziali economie di gestione fondate sull’azione di sostegno alla resistenza ad ammalarsi da parte dei soggetti in condizione di fragilità.

Proprio quest’ultimo elemento, all’interno della struttura di funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale, appare particolarmente sfidante: perché si tratta, in termini di estrema sintesi, di includere nell’ambito delle condizioni per l’erogazione di prestazioni assistenziali a carattere individuale un criterio di sostanziale prevenzione della condizione patologica che l’assetto dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria non riconosce di norma al di fuori delle prestazioni di prevenzione sanitaria rivolte alla collettività.

2. La questione della fragilità nella dimensione individuale della tutela della salute e della presa in carico del singolo assistito

La richiamata prospettiva dell’anticipazione della presa in carico ad una fase di mera fragilità della persona, per quanto sistematicamente rilevante in termini di sanità pubblica, dato l’evidente positivo impatto sugli esiti di salute al livello di popolazione e di efficacia ed efficienza dei sistemi assistenziali in termini di relativa appropriatezza e sostenibilità, subisce inevitabilmente dei condizionamenti di livello giuridico nella prospettiva dell’erogazione di prestazioni al singolo individuo.

Nel contesto del vigente ordinamento sanitario, infatti, si rileva l’applicazione costante di criteri e condizioni

minime di eleggibilità, la cui sussistenza debba essere valutata in concreto al fine di procedere alla presa in carico della singola persona.

È il caso, con riferimento alla presa in carico delle fragilità sanitarie, della presenza di almeno una patologia cronica da accertare in capo all'assistito.

Non può trascurarsi in questo senso che l'ordinamento sanitario, già al livello costituzionale, contempla una dimensione irriducibilmente volontaria della sottoposizione della persona a trattamenti sanitari, prevedendo l'articolo 32, comma 2 della Costituzione che *“nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”*.

Nello stesso senso, anche tenendo conto della necessità di mantenere condizioni di relativa di programmabilità della spesa, non deve trascurarsi che nell'individuare le prestazioni sanitarie erogate da parte del Servizio Sanitario Nazionale con funzione prevenzione, e non direttamente curativa di stati patologici già conclamati, risultano esclusi *“gli interventi di prevenzione individuale, fatta eccezione per le vaccinazioni organizzate in programmi che hanno lo scopo di aumentare le difese immunitarie della popolazione (come quelle incluse nel Piano Nazionale Vaccini), gli screening oncologici, quando sono organizzati in programmi di popolazione, e il counseling individuale per la promozione di stili di vita salutari”*, secondo quanto previsto dell'articolo 2 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 relativo all'individuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria - LEA e del relativo allegato A dedicato all'erogazione delle attività di prevenzione sanitaria.

Tale elemento, a ben vedere, appare già sotteso alla disciplina in materia di Percorsi Assistenziali Integrati, di cui all'articolo 21 del medesimo DPCM sui LEA e alla relativa disciplina di integrazione tra attività assistenziali sanitarie, socio-sanitarie e sociali, nonché al regime assistenziale implementato attraverso le risorse del Fondo per la non autosufficienza, istituito dall'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e al relativo sistema di riparto basato su piani nazionali per non autosufficienza, di cui da ultimo al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 ottobre 2022 relativo al periodo 2022-2024.

Qui infatti, come anche nell'ambito delle previsioni di cui all'articolo 1, comma 162 della Legge 30 dicembre 2021 (legge di bilancio 2022) in materia di anziani non autosufficienti, per la costituzione di un diritto soggettivo dell'assistito a ricevere prestazioni resta comunque necessario l'accertamento di una condizione conclamata di non autosufficienza, rilevata secondo criteri bio-psico-sociali e valutata tenendo conto dell'effettivo contesto di vita della persona, attraverso attività di valutazione multidimensionale del bisogno assistenziale.

Non basta, in altri termini, che la persona presenti una propensione più o meno marcata a produrre uno specifico bisogno assistenziale: il bisogno deve essere attuale e conclamato, anche se nella dimensione di una situazione di non autosufficienza meramente sociale.

È evidente, quindi, che l'ampliamento così realizzato della tutela delle condizioni di benessere, volta a spostare il fulcro del sistema assistenziale sanitario dalla centralità della patologia verso la centralità della persona, realizza il proprio obiettivo nella dimensione assolutamente rilevante dell'integrazione tra condizioni di sofferenza sociale e di sofferenza sanitaria, in quanto reciprocamente condizionanti, ma non riesce ad intercettare appieno la potenzialità sistemica rappresentata dalla nozione di fragilità in senso sanitario, nel senso di ottimizzare in termini di efficacia ed efficienza il Servizio Sanitario Nazionale attraverso un ampliamento dell'erogazione di prestazioni assistenziali individuali a carattere preventivo.

3. Una nuova prospettiva per il rilievo della fragilità nella presa in carico: la riforma delle politiche in favore delle persone anziane

Un recente ed importante sviluppo in tal senso si registra nell'ambito dell'assistenza erogata in favore delle persone anziane ai sensi della Legge 33/2023, con particolare riferimento alle previsioni di cui all'articolo 2, comma 3 lett. a) e all'articolo 3, comma 2, lett. c) della legge, adottata anche sull'egida delle disposizioni di cui alle Missioni 5, componente 2, e 6, componente 1, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - PNRR. Si tratta di una scelta operata dall'ordinamento, evidentemente con l'obiettivo di circoscrivere, quantomeno nella fase iniziale, l'assegnazione di un diretto rilievo della fragilità in termini di eleggibilità alla presa in carico ad uno dei settori di più chiara evidenza dell'impatto della fragilità in termini di salute (Onder, 2018), considerando tuttavia che di per fragilità, in sé, rappresenta una condizione che può riguardare ogni fascia di età (Hanlon, 2018; Pérez-Zepeda, 2021; Lurz, 2018; Panchangam, 2020).

Il disegno del legislatore, partendo dalle previsioni del PNRR con particolare riferimento alle disposizioni di ambito sanitario, è infatti quello di assicurare la presa in carico di una rilevante quota della popolazione anziana in senso clinico, ossia ultra sessantacinquenne a prescindere dalle relative condizioni di abilità lavorativa, che versi in situazione di fragilità identificata nel 10% della popolazione ultrasessantacinquenne che presenti condizioni una o più cronicità o che versi in condizioni di non autosufficienza.

La scelta di incentrare nell'ambito delle tutele per la persona anziana la questione del rilievo giuridico della fragilità in termini di presa in carico, tuttavia, appare anche suffragata al livello scientifico, considerando che la letteratura scientifica internazionale da evidenza del dato che tra gli ultrasessantacinquenni che vivono in condizioni di indipendenza nella comunità, la prevalenza della condizione di fragilità oscilla tra il 5% e il 23% (O'Caomh, 2018), a seconda della definizione di fragilità a cui si fa riferimento e della popolazione concretamente considerata.

In questo ambito il legislatore nazionale, con le richiamate previsioni di cui alla Legge 33/2023, compie un deciso passo avanti contemplando ad esempio all'articolo 2, comma 3 della Legge l'attuazione istituzionale, tramite il funzionamento di apposito Comitato Interministeriale CIPA, *“il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane, con particolare riguardo alle politiche per la presa in carico delle fragilità”*, nonché della non autosufficienza.

Nello stesso senso deve valutarsi la previsione di cui al n. 3) del medesimo articolo 3, comma 3 una sostituzione del piano per la non autosufficienza, per quanto riguarda gli interventi in favore della popolazione anziana, con un nuovo *“Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana”*, quale parametro di livello nazionale per l'adozione degli ulteriori atti di pianificazione di livello regionale e locale.

Il passaggio concettuale innovativo, per quanto operativamente limitato all'ambito dell'assistenza erogata in favore della popolazione anziana che presenti almeno una cronicità³, è dato dal fatto che la fragilità

³ Sul punto non va trascurato come la limitazione sia stata inserita ad opera dell'art. 1, comma 2, L. 21 aprile 2023, n. 41, a decorrere dal 22 aprile 2023. Nella relazione illustrativa si chiarisce l'intento del legislatore nel senso di preservare la validità del Piano per le non autosufficienze nelle relative componenti che non riguardano la popolazione anziana. Come evidenzia la medesima relazione illustrativa, va nel merito ricordato che il Piano nazionale per la non autosufficienza relativo al triennio 2022-2024 (PNNA 2022-2024), è stato adottato il 3 agosto 2022 con Intesa in sede di Conferenza Unificata. Sulla Gazzetta Ufficiale n. 294 del 17 dicembre 2022 è stato pubblicato il DPCM 3 ottobre 2022, di adozione del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024. Il Piano si è reso necessario in seguito al quadro di intervento prefigurato dai commi 159-171 della legge di bilancio n. 234 del 2021 che delinea azioni legate all'attuazione dei LEPS di erogazione, con il passaggio

dell'individuo assume rilievo quale condizione legittimante per l'accesso a prestazioni di assistenza individuale e non più solo per essere inclusi in interventi di carattere collettivo e preventivo.

Tale dato appare chiaramente rilevabile nell'ambito della disciplina applicativa della Legge 33/2023, di cui in particolare al decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 ove all'articolo 2 si introducono le definizioni di “*persona anziana*”, intesa come la persona che abbia compiuto appunto i sessantacinque anni, e “*persona grande anziana*”, che abbia compiuto gli ottanta anni.

All'articolo 10 del D.lgs. 29/2024, poi, si prevede che nell'ambito dei Punti Unici di Accesso - PUA, di cui all'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, allocati nell'ambito delle Case della Comunità secondo le indicazioni di cui al richiamato DM 77/2022, sono assicurati alle persone anziane l'erogazione dell'orientamento e del sostegno informativo per favorire il pieno accesso agli interventi e ai servizi sociali e sociosanitari e la possibilità di ottenere, ove occorra, una valutazione multidimensionale unificata secondo i criteri e le modalità di cui all'articolo 27, in funzione della individuazione dei fabbisogni di assistenza.

Dal punto di vista della presa in carico, intesa come avvio della relazione individuale tra sistema istituzionale ed assistito per la definizione e la fruizione delle prestazioni assistenziali, punto centrale è costituito dall'accesso alla valutazione multidimensionale unificata, cui è dedicato l'articolo 27 del D.lgs. 29/2024.

Qui il dato profondamente innovativo è rappresentato non solo dal regime di accesso all'attività di valutazione multidimensionale, ma anche dalla sua natura unificata secondo criteri e metodologie sostanzialmente unitarie al livello nazionale.

In tal senso, infatti, appare evidente il bilanciamento operato dal legislatore in merito alle condizioni di accesso all'attività di valutazione multidimensionale, tenendo conto dei relativi impatti organizzativi in termini di appropriatezza e sostenibilità dell'erogazione di questa particolare prestazione assistenziale, laddove all'articolo 27, comma 2 del D.lgs. 29/2024 si prevedono quali condizioni cumulative la presenza di almeno una patologia cronica e di condizioni di fragilità⁴.

graduale dai trasferimenti monetari all'erogazione di servizi diretti o indiretti, e la costituzione di sistemi di servizi integrati presso le Case della comunità previste dal PNRR. L'impianto attuativo del PNNA 2022-2024 definisce gli obiettivi specifici, i programmi operativi, gli strumenti e le risorse del triennio di programmazione nazionale. La matrice di programmazione si sviluppa nel rapporto tra tre programmi operativi, che riguardano:

1. LEPS di erogazione riferiti a: assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari; servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie; servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie; contributi, diversi dall'indennità di accompagnamento, per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti e il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza (comma 162, lettere a, b, c e comma 164 della legge di bilancio 2022);
2. LEPS di processo riferito alle équipe integrate composte da personale appartenente al SSN e agli ATS che assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e procedono alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata-PAI, comma 163 della legge di bilancio 2022. La strategia di intervento è sostenuta dall'Accordo Interistituzionale di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità allegato al Piano di cui il PNNA 2022-2024 reca lo schema-tipo.
3. Azioni di rafforzamento (a cura di Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ANPAL e Centri per l'impiego del territorio) riferite alla messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie (commi 162 e 166 della legge di bilancio 2022); processo peraltro sostenuto da un Accordo Interistituzionale di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità allegato al Piano. Una delle strategie di intervento del PNNA 2022-2024 è dedicata all'attuazione di un LEPS integrato di processo teso a garantire, negli ambiti territoriali, sistemi di servizi integrati necessari a sviluppare e consolidare il Percorso assistenziale integrato – PAI.

Il Piano stanziava complessivamente oltre 2,6 miliardi di euro per il triennio. Nello specifico, le risorse afferenti al Fondo per le non autosufficienze, che ammontano a: 822 milioni di euro per il 2022; 865,3 milioni di euro per il 2023; 913,6 milioni di euro per il 2024.

⁴ Dette condizioni di fragilità sono indicate come condizioni cliniche caratterizzate, anche in funzione dell'età anagrafica, dalla progressiva riduzione delle normali funzioni fisiologiche, suscettibili di aggravarsi con l'invecchiamento e di determinare il rischio

Questa valutazione preliminare, a ben vedere, è già una forma semplificata di valutazione multidisciplinare, e può prendere avvio, oltre che su diretta richiesta dell'interessato, anche su segnalazione della rete ospedaliera, delle farmacie, dei comuni e degli ambiti territoriali sociali, nonché del medico di medicina generale ovvero del medico di una struttura del SSN, che indirizza l'interessato al Punto Unico di Accesso presso la locale Casa della Comunità.

Ne risulta che è la presenza di almeno una cronicità a consentire all'anziano fragile di accedere alla valutazione multidimensionale preliminare, mentre la presenza di più di una cronicità o la condizione di "grande anziano", ossia un'età anagrafica di almeno ottanta anni, vengono assunti dal legislatore come criteri di priorità nell'accesso alla valutazione multidimensionale, nell'ambito della disciplina operativa da adottare in forma di decreto ministeriale ai sensi dell'articolo 27, comma 7 del D.lgs. 29/2024.

Nel caso in cui all'esito della prima valutazione preliminare si ravvisi un fabbisogno individuale di assistenza, l'assistito sarà oggetto di una ulteriore valutazione multidimensionale più specifica, che si inserisce nell'alveo delle previsioni di cui al richiamato articolo 21, comma 2 del DPCM LEA poiché sono finalizzata, come chiarisce l'articolo 27, comma 12 del d.lgs. 29/2024, all'avvio delle attività di redazione del Progetto di assistenza individuale – PAI, quale documento che definisce gli specifici bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona, redatto dall'unità di valutazione multidimensionale all'esito di una più specifica attività di valutazione cui partecipano, tra gli altri, un professionista di area sociale degli ATS, operante nell'ambito delle previsioni di cui all'articolo 1, comma 797, della legge 30 dicembre 2020, n. 178 e uno o più professionisti sanitari designati dalla azienda sanitaria o da distretto sanitario, ivi incluso il responsabile clinico del processo di cura solitamente coincidente con il medico di medicina generale.

Tra questi attori del processo di valutazione multidimensionale, in relazione all'ambito prevalente degli interventi, uno dei componenti assume la funzione di referente per il coordinamento operativo, l'attuazione e il monitoraggio degli interventi previsti nel PAI, secondo quanto indicato all'articolo 27, commi 13 e 14 del D.lgs. 29/2024.

Conclusioni. Prospettive ed impatti del rilievo della fragilità nell'assetto giuridico del Servizio Sanitario Nazionale

Il profilo innovativo della legge 33/2023, valido in prospettiva per l'intera questione della fragilità e della relativa presa in carico, si riscontra, a ben vedere, da più punti di vista.

In primo luogo, innovando al livello di legislazione nazionale e recependo modelli di regolamentazione regionale già sviluppati in alcuni ambiti particolari dell'integrazione socio-sanitaria quale la salute mentale, all'articolo 27, comma 18 del D.lgs. 29/2024 si prevede che nell'ambito del PAI venga individuato anche uno specifico "*budget di cura e assistenza*" con l'obiettivo di individuare, nell'ambito delle vigenti risorse finanziarie sanitarie e sociali⁵, tutte le risorse umane, professionali, strumentali, tecnologiche, pubbliche e

di perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana, anche tenendo conto delle specifiche condizioni sociali, ambientali e familiari.

⁵ Il riferimento, qui, è da intendersi: a) alle risorse derivanti dal trasferimento alle regioni delle relative quote del finanziamento del SSN nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza; b) alle risorse derivanti dal trasferimento alle regioni e agli enti locali delle risorse del Fondo per le non autosufficienze di cui all'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, della quota del Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità di cui all'articolo 1, comma 210, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, utilizzata per la finalità di cui al medesimo articolo, comma 213, lettera f), per la parte destinata dalla programmazione regionale in favore dei caregiver degli anziani non autosufficienti, nonché le risorse a valere su altri fondi sociali nazionali che possono essere destinati dalla programmazione regionale ad interventi in favore di anziani non autosufficienti.

private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale, relative a ciascun PAI individuale, che si prevede come aggiornabile o modificabile a seconda delle risultanze del monitoraggio effettuato dal referente per il coordinamento operativo dello stesso PAI.

In secondo luogo, si introduce un sistema di progressività nelle valutazioni multidimensionali, cui è chiamata la persona anziana fragile, rilevante non solo all'interno della presa in carico socio-assistenziale in senso stretto, ossia nell'ambito delle attività che portino alla definizione, al monitoraggio e all'aggiornamento dell'eventuale percorso di assistenza individuale – PAI; ma rilevante anche nel caso in cui all'esito della prima valutazione multidimensionale siano emerse condizioni potenzialmente rilevanti in termini di disabilità ai sensi dell'articolo 3 della Legge 104/1992, ma comunque non tali da porre l'anziano in condizione di non autosufficienza.

In tali circostanze, infatti, all'articolo 27, comma 10 del D.lgs. 29/2024 si prevede che l'unità di valutazione multidimensionale presso la Casa della Comunità rediga un apposito verbale con le risultanze della valutazione e lo trasmetta tempestivamente all'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale – INPS per l'espletamento degli accertamenti dei requisiti per l'erogazione dei trattamenti connessi allo stato di invalidità, nonché ove necessario di eventuali accertamenti integrativi di tipo medico-sanitario.

L'aspetto sicuramente più innovativo, ad ogni modo, si registra al livello di impatto sistemico, rispetto alla ricordata struttura delle condizioni soggettive per l'accesso alle prestazioni sanitarie individuali, declinate secondo i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria – LEA, con riferimento alla valutazione multidimensionale “*di ingresso*” nel sistema della presa in carico dell'anziano. Garantire l'accesso a questa prestazione in favore dell'anziano ultrasessantacinquenne con l'obiettivo di intercettarne le relative fragilità, al di là della prevista condizione formale e di sostanziale ossimoro che lo stesso anziano presenti almeno una cronicità, rappresenta il superamento di una condizione tradizionale delle prestazioni assistenziali individuali ricomprese nei LEA, che si è visto tendenzialmente escludere prestazioni a carattere di prevenzione secondo quanto previsto all'articolo 2 e nel relativo allegato 1 del DPCM 2017.

Sfida per l'ordinamento, a questo punto, sarà l'identificazione condivisa di livello nazionale di strumenti di prima valutazione della fragilità che, sempre sulla base dell'evidenza scientifica, possano condurre ad una semplificazione della relativa implementazione sia in termini funzionali, con riferimento alla facilitazione nella relazione con l'assistito, sia organizzativi, ad esempio con riferimento all'individuazione in termini di appropriatezza delle figure professionali cui assegnare funzioni in merito allo svolgimento delle valutazioni preliminari, anche tenendo conto della possibilità di ricorrere a strumenti informativi automatizzati basati su sistemi di intelligenza artificiale⁶.

Bibliografia

- Corti MC. (2018). Migliorare l'equità e l'efficienza del servizio sanitario: il sistema ACG. Disponibile su: <https://www.aprirenetwork.it/wp-content/uploads/2018/11/Corti.pdf>.
- Damiani G, Michelazzo M. B, Arcaro P, Cedric Adja K.Y, Buja A, Fantini M.P. (2023), La fragilità in una prospettiva di Sanità Pubblica, in Una sfida per la Sanità Pubblica: prevenzione e gestione delle fragilità. Traiettorie di lavoro per Professionisti della Salute. Disponibile su: <https://www.aprirenetwork.it>.
- Damiani G, Silvestrini G, Visca M, Bellentani M. (2017). Che cos'è l'assistenza primaria. In: Gruppo di lavoro Primary Health Care della SItI. Governare l'assistenza primaria: manuale per operatori di sanità

⁶ In tal senso, valga un riferimento alla recente esperienza del National Health Service britannico, di cui all'avvio del programma di identificazione sistematica della fragilità nei soggetti over 65 attraverso l'utilizzo dell'“Electronic Frailty Index”, che utilizza dati amministrativi per calcolare automaticamente un punteggio correlato alla presenza di vari gradi di fragilità (NHS England, 2017).

pubblica. Mondadori Bruno.

- Felt Lisk S, Higgins T. (2011). “Exploring the Promise of Population Health Management to Programs to Improve Health.” Issue Brief. Mathematica Policy Research. Disponibile su: http://www.mathematica-mpr.com/-/media/publications/PDFs/health/phm_brief.pdf.
- Hanlon P, Nicholl BI, Jani BD, Lee D, McQueenie R, Mair FS. (2018). Frailty and pre-frailty in middle-aged and older adults and its association with multimorbidity and mortality: a prospective analysis of 493 737 UK Biobank participants. *The Lancet Public Health*. 2018 Jul 1;3(7):e323-32.
- Hibbard JH, Greene J, Sacks RM, Overton V, Parrotta C. (2017). Improving Population Health Management Strategies: Identifying patients who are more likely to be users of avoidable costly care and those more likely to develop a new chronic disease. *Health Service Research*, 52 (4): 1297-1309.
- Lewis N. (2014). Populations, Population Health, and the Evolution of Population Management: Making Sense of the Terminology in US Health Care Today. Institute for Healthcare Improvement Leadership Blog, March 19, 2014. Disponibile su: http://www.ihl.org/communities/blogs/_layouts/ihl/community/blog/itemview.aspx?List=81ca4a47-4ccd-4e9e-89d9-14d88ec59e8d&ID=50.
- Lurz E, Quammie C, Englesbe M, Alonso EM, Lin HC, Hsu EK, Furuya KN, Gupta NA, Venkat VL, Daniel JF, Leonis MA, Miloh T, Telega GW, Yap J, Menendez J, Book LS, Himes RW, Sundaram SS, Parekh R, Sonnenday C, Bucuvalas J, Ng VL, Kamath BM. (2018). Frailty in children with liver disease: a prospective multicenter study. *The Journal of pediatrics*. 194:109-15.
- NHS England. (2017). Supporting routine frailty identification and frailty through the GP Contract 2017/2018. Disponibile su: <https://www.england.nhs.uk/publication/supporting-routine-frailty-identification-and-frailty-through-the-gp-contract-20172018/>. O’Caoimh R, Galluzzo L, Rodríguez-Laso Á, Van der Heyden J, Ranhoff AH, Lamprini-Koula M, Ciutan M, López-Samaniego L, Carcaillon-Bentata L, Kennelly S, Liew A; Work Package 5 of the Joint Action ADVANTAGE. (2018). Prevalence of frailty at population level in European ADVANTAGE Joint Action Member States: a systematic review and meta-analysis. *Annali dell’Istituto superiore di sanita*. 2018 Oct 1;54(3):226-38.
- Onder G, Vetrano DL, Marengoni A, Bell JS, Johnell K, Palmer K; Optimising Pharmacotherapy through Pharmacoepidemiology Network (OPPEN). (2018). Accounting for frailty when treating chronic diseases. *Eur J Intern Med*, 56:49-52.
- Panchangam C, White DA, Goudar S, Birnbaum B, Malloy-Walton L, Gross-Toalson J, Reid KJ, Shirali G, Parthiban A. (2018). Translation of the Frailty Paradigm from Older Adults to Children with Cardiac Disease. *Pediatr Cardiol*. 2020 Jun;41(5):1031-1041.
- Pérez-Zepeda MU, Godin J, Armstrong JJ, Andrew MK, Mitnitski A, Kirkland S, Rockwood K, Theou O. (2021). Frailty among middle-aged and older Canadians: population norms for the frailty index using the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Age and Ageing*. 2020 Aug 13. Volume 50, Issue 2, March 2021, Pages 447–456.
- Rockwood K, Howlett SE. (2019). Age-related deficit accumulation and the diseases of ageing. *Mech Ageing Dev*, 180:107-116.
- WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing. (2017). Topic focus – frailty and intrinsic capacity. Report of consortium meeting, 1–2 December 2016 in Geneva, Switzerland. Disponibile su: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272437/WHO-FWC-ALC-17.2-eng.pdf>.

Le sfide future per la sanità pubblica: invecchiamento, risorse economiche e disuguaglianze

Alessandro Solipaca

Introduzione

Il settore della sanità sta attraversando un periodo storico in cui si trova ad affrontare tre importanti sfide: la transizione demografica, la scarsità di risorse e le disuguaglianze di salute.

La transizione demografica è un fenomeno in atto da molto tempo e gli strumenti a disposizione della politica non sono sufficienti per invertire, nel breve periodo, il processo che vede il nostro Paese alle prese con l'aumento del numero degli anziani e l'invecchiamento della forza lavoro.

Si tratta di un problema che impatta sul Servizio sanitario nazionale (Ssn), per il probabile effetto dell'aumento della domanda di cure e della diminuzione delle risorse di personale.

Questa ultima, caratterizzata non solo dalla demografia, ma anche dalla carenza di risorse finanziarie che hanno portato, per lungo tempo, al blocco delle assunzioni e all'introduzione di un tetto di spesa per il personale sanitario nelle strutture pubbliche a gestione diretta.

Sempre sul tema delle risorse, i pressanti vincoli di finanza pubblica hanno avuto un forte impatto sulla spesa sanitaria che nel corso degli ultimi venti anni è cresciuta poco, nonostante l'aumento della domanda sanitaria e la necessità di introdurre innovazione tecnologica per assicurare assistenza al passo con le nuove frontiere della conoscenza scientifica.

La terza sfida riguarda le disuguaglianze territoriali e sociali di salute che caratterizzano da molti anni il nostro Paese, nonostante la presenza di un servizio sanitario universalistico, che ha tra i suoi principi ispiratori proprio il superamento degli squilibri sociali e territoriali.

Il quadro per il futuro prospetta evidenti fragilità, dipendenti da fattori esogeni al sistema sanitario: la dinamica demografica; da fattori parzialmente esogeni: gli stili di vita, e da fattori endogeni: le risorse economiche. Le criticità evidenziate, in parte, non sono risolvibili nel medio periodo da interventi di policy, ci si riferisce in particolare agli scenari demografici, dovuti all'incertezza che caratterizza l'attuale fase politica ed economica, ma anche ai mutamenti culturali in atto nella società.

La pressione sul Ssn dovuta alla domanda di cure dipenderà in una certa misura dai comportamenti individuali

dei cittadini, in particolare dagli stili di vita e dalla prevenzione, anche questi fattori che possono essere solo in parte modificabili dagli interventi del Sistema.

Le risorse economiche a disposizione del Ssn dipendono dalle scelte allocative che si intenderà fare in futuro, stante i vincoli imposti dalla finanza pubblica e la presenza di quote di spesa difficilmente comprimibili, per esempio la spesa previdenziale che assorbe quasi la metà del totale della spesa per la protezione sociale.

Le criticità individuate possono impattare, in futuro, sia sulla sostenibilità economica, sia sulla sostenibilità sociale. La sostenibilità economica dipenderà, in gran parte, dalla pressione sul Ssn dovuta alla domanda di cure di una popolazione che invecchia, laddove le risorse disponibili non saranno commisurate ai bisogni crescenti.

La sostenibilità sociale è la conseguenza, diretta e indiretta, delle disuguaglianze sociali di salute e di accesso alle cure. I persistenti divari sociali potrebbero far vacillare il principio di solidarietà che ispira il nostro welfare, contrapponendo gli interessi delle fasce di popolazione insofferenti per la crescente pressione fiscale, a quelli delle fasce sociali più deboli che sperimentano peggiori condizioni di salute e difficoltà di accesso alle cure pubbliche.

Transizione demografica

Nel nostro Paese, nel 2023 l'età media è pari a 46,4 anni, la popolazione al di sopra dei 65 anni di età costituisce il 24,1 per cento della popolazione residente totale, dal 2019 a oggi, questa quota è aumentata di 1,2 punti percentuali.

La popolazione al di sotto dei 15 anni costituisce il 12,5 per cento della popolazione.

Il processo di invecchiamento della popolazione è determinato dal costante calo della fecondità e dal continuo aumento della sopravvivenza nelle età anziane, di conseguenza la struttura della popolazione, rappresentata dalla piramide dell'età (Cfr Figura 1), assume una forma nella quale la base, corrispondente alle età più giovani, è particolarmente stretta, e il vertice, che rappresenta le fasce più anziane di popolazione, molto più largo rispetto al passato.

Il rigonfiamento centrale presenta le classi di età corrispondenti alle generazioni del baby-boom, cioè quelle nate tra la metà degli anni Sessanta e gli inizi dei Settanta. L'indice di vecchiaia, cioè il rapporto tra popolazione over 65 e quella under 15, l'Italia è il paese più anziano, con un valore dell'indice pari a 188.

Le previsioni demografiche palesano un evidente quadro di crisi, in quanto la dinamica della popolazione risulta in calo lungo tutto l'arco temporale considerato. Lo scenario previsto evidenzia che la popolazione residente passa da 58,8 milioni al 1° gennaio 2023 a 57,3 mln nel 2035, a 54,3 mln nel 2050.

Nel 2035 la popolazione over 65-enni ammonterà a 17 milioni, rispetto a circa 14 milioni del 2023, con un indice di vecchiaia che salirà a 274. Al contrario, la popolazione nella fascia 15-64 anni diminuirà a 33,6 milioni dagli oltre 37,5 milioni attuali.

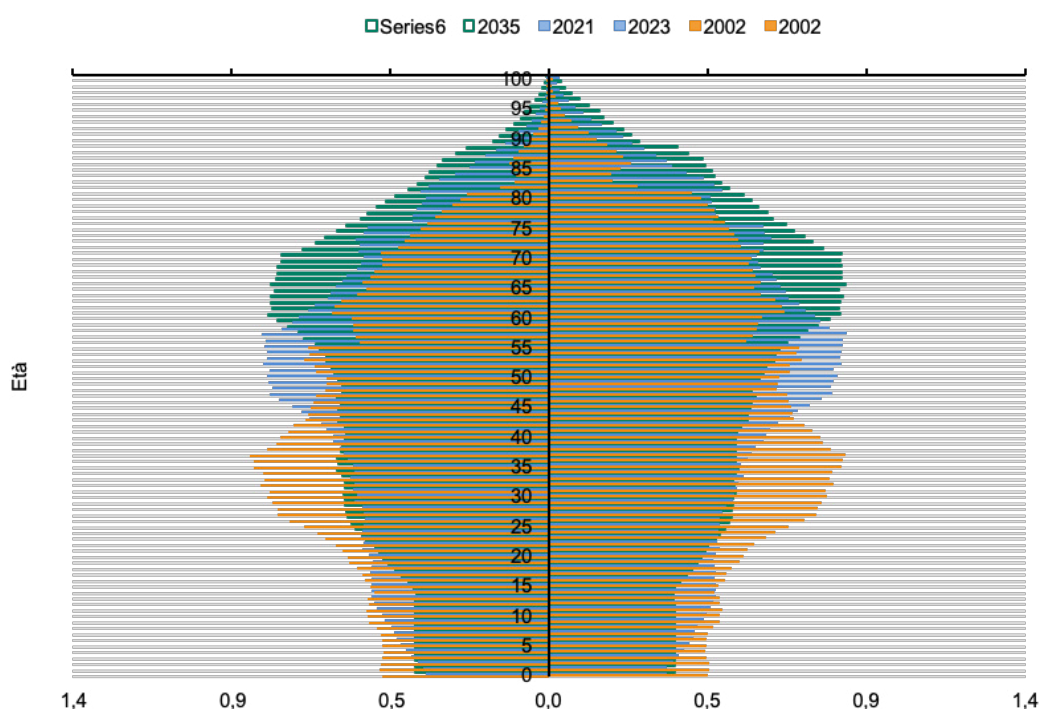


Figura 1 Piramidi delle età al 1° gennaio 2002, 2023 e 2035 (valori percentuali)

Fonte: Istat – Previsioni della popolazione - Anni 2022-2080 Statistiche Istat

Le Risorse

Spesa

La quota di ricchezza allocata per la spesa sanitaria pubblica è da anni significativamente più bassa di quella osservata nella media dei Paesi Ue. Nel 2021, ultimo dato disponibile⁷, l'Italia impegna il 7,1% del Pil, nella media Ue27 i Paesi allocano mediamente l'8,5% della loro ricchezza nazionale.

La dinamica temporale del finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale⁸ testimonia efficacemente questa scelta politica, infatti dal 2015 al 2019, il finanziamento ha sperimentato un incremento medio annuo dell'1,1%, inferiore a quello registrato per il Pil, aumentato del 2,1%.

Ancora più evidente il divario con la crescita della ricchezza osservato tra il 2020 e il 2021, infatti il finanziamento ordinario è aumentato dell'1,3% a fronte di un aumento del Pil del 9,7%. Infine, tra il 2021 e il 2022 l'incremento del finanziamento ordinario è stato del 3,2%, mentre quello del Pil si è attestato al 6,8%. La dinamica osservata per il finanziamento, ovviamente, si riscontra anche in termini di spesa⁹, la componente pubblica, dal 2015 al 2019, in media annua, si è incrementata dell'1,2%, più sostenuto invece l'aumento tra il 2020 e il 2021, periodo nel quale l'incremento è stato del +4,5%.

⁷ Data extracted on 19/06/2024 12:21:52 from [ESTAT]

⁸ Il finanziamento ordinario comprende le voci di entrata tra cui l'IRAP e l'addizionale IRPEF, le misure previste dal DLgs 56/2000, la compartecipazione delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano, le entrate proprie "crystallizzate" e le quote vincolate a carico dello Stato. Nella determinazione del livello del finanziamento ordinario rientrano anche i c.d. saldi di mobilità (art. 12, co. 3, del DLgs 502/1992).

⁹ MEF – Monitoraggio della spesa sanitaria 2022 – Rapporto n.9

La spesa sanitaria pubblica nel 2023 si attesta a 131 miliardi¹⁰, stesso ammontare osservato nel 2022, a fronte di un incremento del Pil pari al 6,2% (Cfr Figura 2 e Tavola 1).

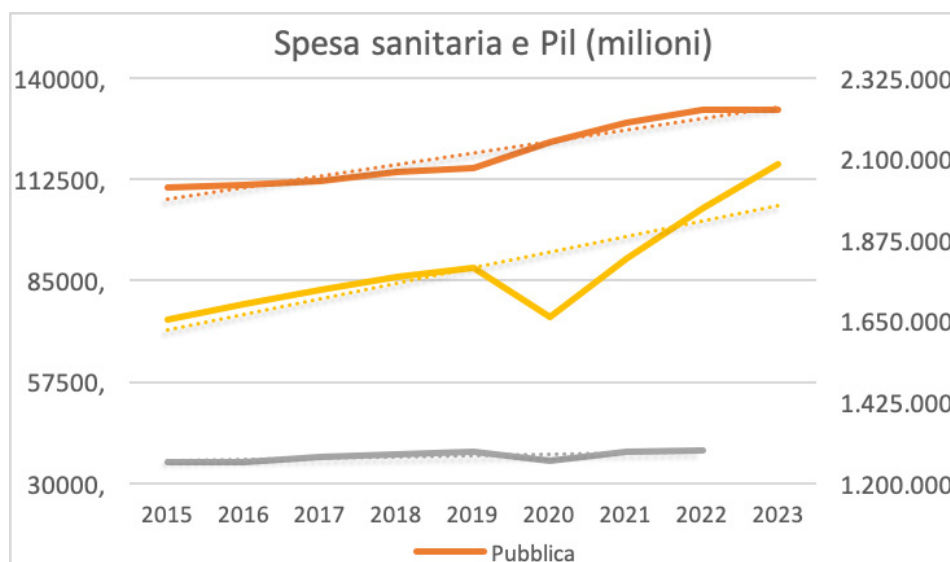


Figura 2 Spesa sanitaria e Pil (scala dx) (Valori in milioni di euro)
Fonte: Elaborazioni su dati Istat - Conto annuale Statistiche Istat

	Pubblica	Privata	Pil
2015-2019	1,2	1,8	2,1
2020-2021	4,5	6,9	9,7
2021-2022	2,7	0,5	7,7
2022-2023	0	nd	6,2

Fonte: Elaborazioni su dati Istat - Conto annuale Statistiche Istat

La dinamica della spesa è ancora più preoccupante se la si analizza a prezzi costanti¹¹, in questo caso il dato mette in luce un andamento della spesa pubblica sostanzialmente ferma tra il 2015 e il 2019, cresciuta solo dello 0,5% medio annuo; durante l'emergenza sanitaria, dal 2020 al 2021, è cresciuta del 4,2%, mentre dal 2022 al 2023 è addirittura diminuita del 2,9%.

In questo quadro, la spesa sanitaria privata, quella che grava sui bilanci delle famiglie, sta svolgendo un ruolo supplementare alla componente pubblica, cioè le famiglie sono costrette a spendere out-of-pocket per accedere alle cure sanitarie. Tale ruolo si evince dal fatto che la spesa sanitaria privata, tra il 2015 e il 2021, è cresciuta più di quella pubblica.

¹⁰ Fonte: Istat – I.stat - Dati estratti il 19 ott 2023. Il dato di spesa si inserisce nel quadro delle statistiche europee ed è costruito secondo le regole dettate dal regolamento UE 359/2015 (System Health Accounts – SHA)

¹¹ Istat – Indice armonizzato dei prezzi al consumo – Coicop-Ipca 06 - servizi sanitari e spese per la salute (base 2015=100)

Risorse di personale

Tra il 2012 e il 2017 la spesa per il personale ha evidenziato una costante contrazione, certificato da una riduzione media annua dello 0,8%, generata in gran parte al blocco del rinnovo dei contratti di lavoro¹².

A partire dal 2018, la spesa ha sperimentato un sostanziale aumento, pari al 2,3% medio annuo, grazie ai rinnovi contrattuali, alle procedure di stabilizzazione e a nuovi concorsi straordinari previsti dal fabbisogno di personale.

L'aumento della spesa per il personale osservato nel periodo ha beneficiato, in particolare per il biennio 2020-2021, degli interventi attivati per far fronte all'emergenza sanitaria.

Differenze significative si riscontrano nelle diverse aree del Paese rispetto alla dotazione di medici e infermieri dipendenti del Servizio sanitario nazionale impiegato nelle strutture a gestione diretta.

Nel 2021, nelle Isole si riscontra il numero più elevato di medici, con tassi di circa 20 medici ogni 10 mila abitanti; la dotazione inferiore nelle Regioni del Nord-ovest nelle quali i medici sono poco più di 15 per 10 mila abitanti.

Nello stesso anno, la dotazione maggiore di personale infermieristico si riscontra nelle Regioni del Nord-est, con 41,7 infermieri per 10 mila abitanti; nelle regioni del Sud la dotazione si attesta a 37,5 ogni 10 mila abitanti.

I medici di medicina generale (Mmg) e i pediatri di libera scelta (Pls) in regime di convenzione giocano un ruolo rilevante nell'organizzazione del SSN.

Anche la dotazione di questi professionisti palesa evidenti differenze territoriali, in particolare nelle regioni del Nord si registra il tasso di Mmg più basso, pari a poco più di 6 medici per 10 mila abitanti; nelle Isole la quota si attesta a 7,8.

La dotazione di Pls è superiore nelle Isole, pari a 10 pediatri ogni 10 mila bambini sotto i 15 anni, e inferiore nelle Regioni del Nord-ovest (8,3).

La dinamica della dotazione di medici di medicina generale, dal 2011 al 2021, palesa una sensibile diminuzione in tutte le aree del Paese, con un decremento medio annuo dell'1,2%, leggermente più elevata nelle Regioni del Nord-ovest (-1,4%).

Per effetto di questi andamenti, la percentuale di Mmg che assistono un numero di pazienti superiore al valore soglia¹³, stabilito dall'accordo nazionale, è andata aumentando in maniera consistente (dal 15,8% del 2004 al 38,2% nel 2020).

Nello stesso periodo, invece, il trend dei Pls non evidenzia dinamiche significative, anche per la riduzione della popolazione assistita nella fascia di età sotto i 15 anni sperimentata in questo periodo.

L'aspetto molto preoccupante della dotazione di personale medico e infermieristico operante nel Ssn è rappresentato dalla sua struttura per età, particolarmente anziana.

Il nostro Paese detiene il primato dei medici più "anziani", oltre 55 anni, rappresentano il 56,2% dei medici.

Per fare alcuni confronti europei¹⁴, in Germania la percentuale si attesta al 44,4%, in Francia al 43,5% e in Spagna al 31,9%.

La quota di personale infermieristico del Ssn con più di 55 anni è aumentata negli ultimi dieci anni dal 13,8% al 25,3%. Anche i MMG evidenziano una struttura per età molto anziana: l'81,3% ha più di 55 anni, tale percentuale risulta in forte crescita rispetto a dieci anni fa, quando si attestava al 72%.

¹² MEF – Monitoraggio della spesa sanitaria 2022 – Rapporto n.9

¹³ Percentuale di medici di medicina generale con un numero di pazienti oltre la soglia massima di 1500 assistiti prevista dal contratto dei medici di medicina generale. Fonte: Istat, Elaborazione su dati Ministero della salute

¹⁴ Fonte OECD.Stat

Questa caratteristica del personale, in particolare di quello medico, rappresenta un fattore di rischio per il futuro, perché nei prossimi 15 anni perderemo gran parte di esso a causa dei pensionamenti.

Non meno critica la situazione relativa ai medici di alcune branche specialistiche, in particolare, tra il 2013 e il 2021, i chirurghi sono diminuiti dello 0,9% medio annuo, i pediatri dell'1% e i medici di medicina generale dell'1,4%¹⁵.

Stili di vita

I comportamenti individuali costituiscono un importante determinante di salute, quelli corretti possono prevenire le malattie o ritardarne l'insorgenza, i comportamenti scorretti costituiscono dei fattori di rischio molto rilevanti perché favoriscono l'insorgenza di malattie spesso gravi.

L'impatto sulla sanità pubblica è evidente, in quanto, nell'uno o nell'altro caso, possono favorire o mettere in discussione la sostenibilità del Ssn.

La promozione della salute finalizzata a indurre comportamenti corretti è uno degli obiettivi dei sistemi sanitari, nell'ambito dei Lea, uno dei tre pilastri è rappresentato dalla funzione destinata alla "prevenzione collettiva e sanità pubblica", il D.lgs n. 68/2011 stabilisce che per tale finalità si stanzi il 5% della spesa sanitaria.

Nonostante ci sia una grande attenzione verso il tema della prevenzione e dei corretti stili di vita, i dati¹⁶ palesano ancora una scarsa *compliance* da parte dei cittadini. Nel 2022 sono poco più di 10 milioni i fumatori, pari al 19,6% della popolazione maggiore di 14 anni.

Un dato sostanzialmente stabile negli ultimi anni dopo una diminuzione costante registrata nell'ultimo ventennio (era il 23,7% nel 2001; il 19,0% nel 2021, il 18,6% nel 2020 e il 18,4% nel 2019).

Si riscontrano evidenti differenziali di genere: sono fumatori il 23,8% degli uomini (circa 6 milioni) rispetto al 15,6% delle donne (4 milioni e 180 mila). Analizzando il dato sul territorio, si riscontra che la regione in cui si registra il numero maggiore di fumatori è l'Umbria con il 22,9%, segue la Sicilia con il 22,0%.

La regione con la percentuale più bassa di fumatori (15,7%) è il Veneto; seguono la Valle d'Aosta (16,2%) e la PA di Bolzano (16,3%) e Trento (16,5%).

Il consumo di alcol è un altro fattore di rischio importante per la salute, la prevalenza di consumatori a rischio in Italia, nel 2022, è pari al 21,1% per gli uomini e all'9,1% per le donne. L'analisi territoriale mette in luce che, per entrambi i generi, la prevalenza più elevata rispetto alla media si riscontra in Valle d'Aosta (M = 32,1%; F = 12,6%), Friuli Venezia Giulia (M = 28,0%; F = 13,0%), PA di Bolzano (M = 26,0%; F = 13,1%), Marche (M = 26,0%; F = 11,2%) e Piemonte (M = 23,8%; F = 11,7%).

Le regioni con le minori prevalenze di consumatori a rischio sono Sicilia (M = 12,6%; F = 5,5%) e Campania (M = 16,5%; F = 6,3%) e Puglia (M = 16,6%; F = 7,3%).

Nella fascia di età adulta, 18-64 anni, il 18,1% degli uomini e l'8,8% delle donne palesano un consumo a rischio di bevande alcoliche, rispetto all'anno precedente, la prevalenza è aumentata tra gli uomini del 10,4%.

Un elemento di particolare allarme è rappresentato dal consumo di alcol tra i giovani (11-17 anni), la prevalenza di consumatori a rischio è stata del 16,5% senza variazioni statisticamente significative, rispetto al 2021.

Un altro dato preoccupante è rappresentato dalla prevalenza di persone obese o in sovrappeso, nel 2022, le persone di 18 anni ed oltre in sovrappeso sono il 35,0%, quelle obese circa 5 milioni 600 mila adulti, che rappresentano l'11,4% della popolazione; complessivamente, il 46,4% dei soggetti di età ≥18 anni è in

¹⁵ IQVIA, database OneKey

¹⁶ Rapporto Osservasalute 2023

eccesso ponderale.

Nel confronto regionale si evidenzia una differenza di 10,4 punti percentuali tra la regione con incidenza più alta di persone in sovrappeso e quella con l'incidenza più bassa e di 6,2 punti percentuali in riferimento all'incidenza di obesità. La prevalenza più alta di persone di età 18 anni ed oltre obese si riscontra nelle regioni del Sud: Basilicata (14,9%), Campania (13,6%), Molise e Sicilia (13,3%).

Le regioni con la prevalenza minore di persone obese sono PA di Bolzano (8,7%), Lombardia (9,9%) Sardegna (10,1%) e PA di Trento (10,3%). La tendenza osservata tra gli adulti si riscontra anche tra i minori, i dati (media 2020-2022) mostrano che sono circa 2 milioni 240 mila i bambini e gli adolescenti di età 3-17 anni in eccesso di peso (pari al 27,2%).

Nel decennio si è osservata dapprima una lieve riduzione del fenomeno (dal 28,5% del 2010-2011 al 25,5% del biennio 2016-2017) e successivamente una sua stabilità fino al 2018-2019, quando l'eccesso di peso si attestava al 25,6%.

L'analisi territoriale mette in luce che è nel Mezzogiorno che si registra la quota di bambini e ragazzi in eccesso di peso pari al 33,9% vs il 26,1% del Centro e il 22,6% del Nord.

I livelli più elevati si registrano specialmente in Campania (37,3%), Basilicata (37,1%), Calabria (36,9%) e Sicilia (33,6%).

Viceversa, i valori più bassi si osservano nelle PA di Bolzano e Trento (rispettivamente, 15,4% e 16,0%), Valle d'Aosta (16,5%) e Friuli Venezia Giulia (19,3%).

Un ruolo fondamentale nei comportamenti e negli stili di vita è rappresentato dall'attività di prevenzione primaria, cioè l'abitudine degli individui a sottoporsi agli screening di controllo per determinate patologie gravi. Nel biennio 2021-2022 il 71% della popolazione target femminile si è sottoposta a mammografia, a scopo preventivo e nei tempi raccomandati¹⁷.

La copertura totale dello screening mammografico disegna un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole che riflette la geografia dello screening organizzato, cioè quello effettuato grazie ai programmi di prevenzione attivati dalle Asl.

La copertura da screening organizzato è, infatti, più elevata al Nord (65%), minore al Centro (54%) e decisamente più bassa al Sud e nelle Isole (36%) mentre il ricorso allo screening mammografico su iniziativa spontanea è meno frequente al Nord (16%) e maggiore al Centro (23%) e nel Meridione (21%).

Nel 2022 la copertura dello screening non è ancora tornata ai valori pre-pandemia, ma si registra un segnale di ripresa.

La quota di donne che si sottopone a screening mammografico fuori dai programmi organizzati è maggiore tra le 50-59enni (22% vs 16% fra le donne 60-69enni), tra le più istruite (31% fra le laureate vs 8% meno istruite) e tra quelle che riferiscono di non aver difficoltà economiche (21% vs 15% di chi riferisce di avere molte di difficoltà).

Nel periodo 2020-2021 il 47% della popolazione target femminile si è sottoposta a screening per il tumore della cervice uterina (Pap test e/o HPV test), aderendo ai programmi offerti dalle ASL, tuttavia una quota rilevante, pari al 31%, si è sottoposta a screening cervicale a scopo preventivo e nei tempi raccomandati per iniziativa spontanea.

Nel Nord e nel Centro la quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina nell'ambito di programmi organizzati è significativamente maggiore della quota di donne che lo fa su iniziativa spontanea (59% vs 25% nel Nord e 47% vs 35% nel Centro); nelle regioni meridionali la quota di donne che si sottopone a screening nell'ambito di programmi organizzati è fra le più basse (35%) e confrontabile con la

¹⁷ Istituto superiore di sanità - Sistema "Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI)

quota di donne che lo fa su iniziativa spontanea (33%).

La copertura media nazionale dello screening per il tumore del colon-retto è molto lontana dall'atteso: il 45% della popolazione target riferisce di essersi sottoposta, a scopo preventivo, ad uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali.

Forte il gradiente geografico Nord-Sud ed Isole: la copertura dello screening per il tumore del colon-retto raggiunge valori più alti fra i residenti al Nord (67%), ma è significativamente più basso fra i residenti del Centro (51%) e del Meridione (26%).

Ampia la variabilità fra regioni: il dato¹⁸ più elevato di copertura si registra in Friuli-Venezia Giulia con il 73%, quello più basso in Puglia con il 12%. Sebbene le coperture dello screening per il tumore del colon-retto siano ancora lontane dall'atteso, l'andamento è in crescita in tutto il Paese, grazie all'aumento dell'offerta e dell'adesione allo screening organizzato.

Scenari di cronicità

L'invecchiamento della popolazione rappresenta sicuramente anche il frutto del miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, delle condizioni economiche e sociali, degli stili di vita e delle nuove terapie. Tuttavia, rappresenta, al tempo stesso, un elemento di forte fragilità, perché l'aumento del numero degli anziani potrebbe comportare anche l'incremento delle persone in condizione di cronicità.

Non sono facilmente valutabili gli effetti che l'aumento dell'età media della popolazione avrà sulle condizioni di salute, da questo punto di vista si possono ipotizzare scenari diversi.

Nello scenario peggiore, ci si potrebbe aspettare un aumento del numero complessivo di persone in cattive condizioni di salute, per il solo effetto dell'aumento degli esposti a rischio di malattia (gli anziani).

Lo scenario suggerito dalla teoria dell'equilibrio dinamico ipotizza un numero stabile di persone con malattie croniche, dovuto al fatto che l'aumento della speranza di vita possa generare un aumento degli anni vissuti in buona salute pari o superiore agli anni di vita guadagnati.

Dal quadro epidemiologico del 2022, il numero delle persone affette da malattie croniche sono circa 24 milioni, oltre la metà, 12,6 milioni, ne ha almeno due.

La quota di malati cronici più elevata si registra nelle Regioni del Nord-ovest con il 41,2% della popolazione residente, ma nelle Isole si riscontra la prevalenza più alta di multi-cronici, il 23,5% della popolazione.

I più colpiti da patologie croniche sono i residenti nei piccoli centri, fino a 2 mila abitanti, con una prevalenza del 42,4% contro il 40,4% rilevato sull'intero territorio nazionale.

L'ipertensione è la patologia cronica più frequente, in quanto colpisce quasi 11 milioni di persone, seguita da l'artrosi/artrite che interessa quasi 9 milioni di italiani. Si riscontrano, inoltre, altre patologie invalidanti come l'osteoporosi, le malattie del cuore e il diabete che colpiscono, rispettivamente, 4,6 milioni, 2,5 milioni e 3,9 milioni di persone.

Il tasso di persone affette da una o più patologie croniche dal 2009 al 2022 mette in luce le seguenti dinamiche: quella sperimentata dalla popolazione sotto 14 anni evidenzia una leggera diminuzione (Cfr Figura 3), tra i 15 e i 19 anni si osserva una sostanziale stabilità (trend non statisticamente significativo) (Cfr Figura 4), in aumento la prevalenza tra i 20 e i 34 anni di età, (Cfr Figura 5) infine una dinamica dei tassi specifici in decrescita per le classi di età successive (Cfr Figura 6).

Quanto osservato potrebbe dipendere da un aumento della prevenzione tra i più giovani che anticipa la consapevolezza sulla presenza di patologie croniche e da un miglioramento generale delle condizioni di salute

¹⁸ dati standardizzati per genere ed età

tra i più anziani, che avvalorerebbe l'ipotesi dell'equilibrio dinamico.

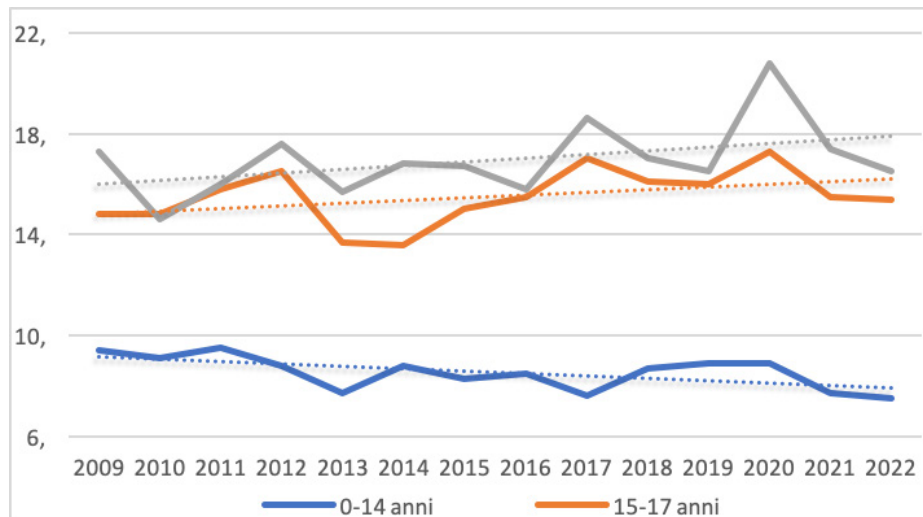


Figura 3 Prevalenza di persone con almeno una patologia cronica per le classi di età da 0 a 19 anni (Valori percentuali)

Fonte Istat – Indagine Aspetti della vita quotidiana Statistiche Istat

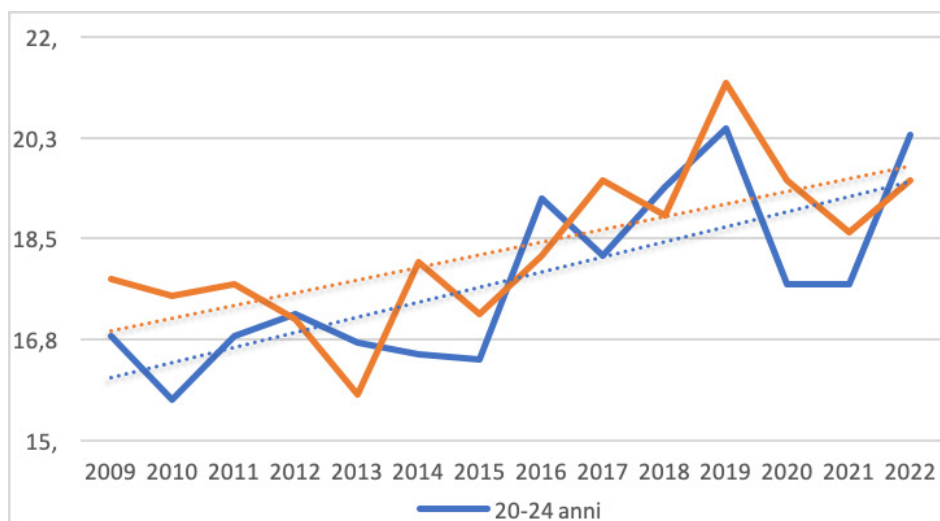


Figura 4 Prevalenza di persone con almeno una patologia cronica per le classi di età da 20 a 34 anni (Valori percentuali)

Fonte Istat – Indagine Aspetti della vita quotidiana Statistiche Istat

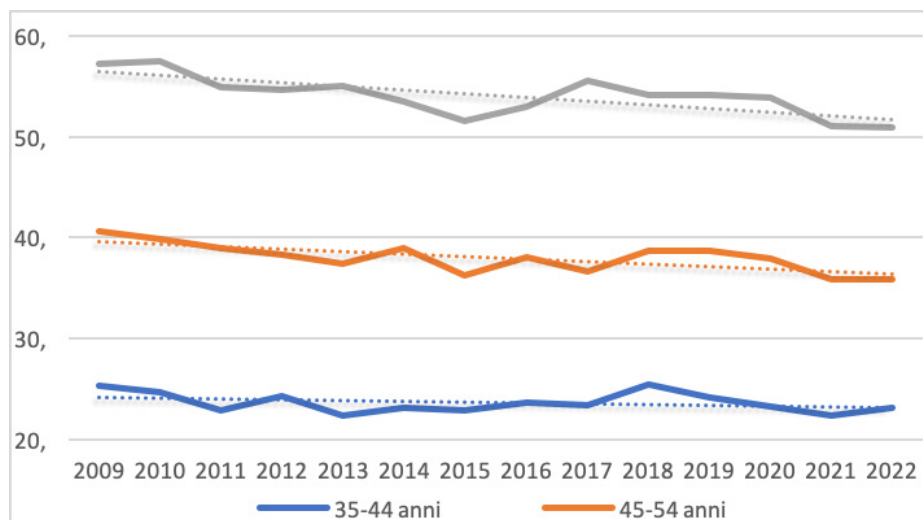


Figura 5 Prevalenza di persone con almeno una patologia cronica per le classi di età da 35 a 59 anni (Valori percentuali)
Fonte Istat – Indagine Aspetti della vita quotidiana Statistiche Istat

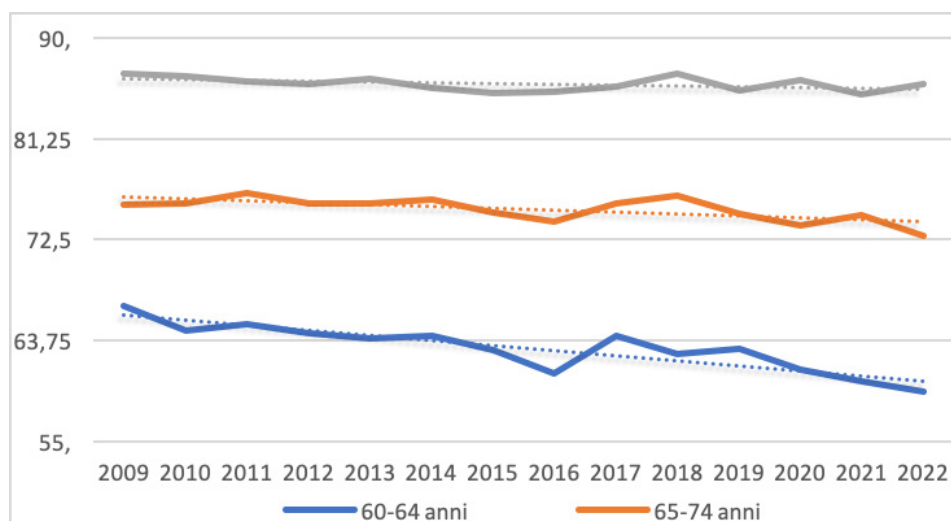


Figura 6 Prevalenza di persone con almeno una patologia cronica per le classi di età 60 e più anni (Valori percentuali)
Fonte Istat – Indagine Aspetti della vita quotidiana Statistiche Istat

Alla luce di queste evidenze, per le proiezioni della cronicità si possono avanzare due scenari: il primo basato sull'ipotesi che i tassi specifici per età restino sostanzialmente costanti e quindi il numero di malati cronici dipenda solo dalla dinamica demografica; il secondo che i tassi specifici seguano il trend osservato nella popolazione dal 2009 al 2022. Le proiezioni secondo il primo scenario indicano che, nel 2035, il numero di cronici si attesterà a quasi 23 milioni, sostanzialmente stabile rispetto al 2022, ma crescerà il numero di malati ultra settantacinquenni che salirà a 7,4 milioni, contro i 6 milioni del 2022.

Il secondo scenario prevede che il numero di persone affette da almeno una patologia cronica, nel 2035, si

atterrerà a 22 milioni e 400 mila unità, in sensibile aumento per gli ultra settantacinquenni che passeranno a 9 milioni e 280 mila (Cfr. Figura 7).

Entrambi gli scenari palesano un aumento della pressione sul Servizio sanitario nazionale da parte delle persone più anziane e con bisogni mediamente più complessi, ci si dovrà attendere, quindi, un effetto sulla spesa sanitaria pubblica.

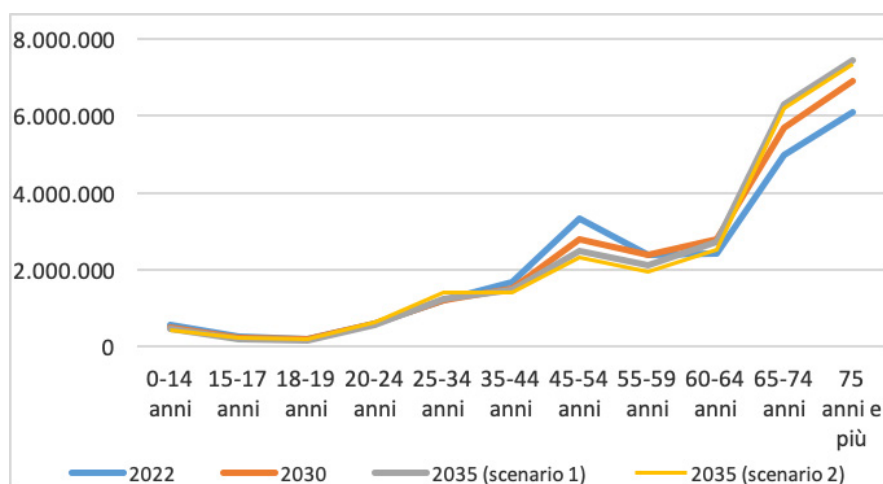


Figura 7 Persone con almeno una patologia cronica - Anno 2022 e proiezioni¹⁹ 2030 e 2035 (valori assoluti)

Fonte: elaborazione su dati Istat - Aspetti della vita quotidiana 2022

Le disuguaglianze di salute

L'Art 3 della Costituzione attribuisce alla Repubblica il compito di "rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese". In maniera più esplicita, nell'Art 32 afferma che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti....".

Alla luce di quanto detto, l'uguaglianza tra i cittadini rispetto alle condizioni di salute sono tra i principali diritti sanciti dalla nostra Costituzione, in particolare la salute è ritenuta un fattore predisponente per il perseguimento dell'uguaglianza in termini generali.

La legge con la quale è stato costituito il Servizio sanitario nazionale (legge n.833 del 23 dicembre 1978) riprende i principi costituzionali all'Art.1 "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio sanitario nazionale" e sempre nello stesso articolo ne esplicita i compiti "il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni....destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio".

L'equità della salute sul territorio è un altro principio sancito dalla legge 833 del 1978, l'Art. 2 stabilisce che il Servizio sanitario nazionale persegue il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese, e l'Art. 4, intitolato "Uniformità delle condizioni di salute sul territorio", afferma che lo Stato detta

¹⁹ Le proiezioni sono state effettuate considerando l'evoluzione della struttura per età della popolazione elaborata dall'Istat

norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale.

Nei trenta anni successivi all'istituzione del Servizio sanitario nazionale (SSN) si è assistito a profondi cambiamenti che hanno anticipato quello più generale che ha avuto come massima espressione la modifica del Titolo V della Costituzione Italiana che ha assegnato alle Regioni l'autonomia legislativa concorrente in materia sanitaria²⁰.

Nel corso degli anni si è passati dal concetto di un'assistenza sanitaria uniforme su tutto il territorio a quello di un'assistenza uniforme, ma limitata alle sole prestazioni ritenute essenziali per la salute, i Livelli essenziali di assistenza (Lea).

Il lungo processo di riforma della sanità ha avuto come atto conclusivo quello rappresentato dal decreto 56 del 2000 sul federalismo fiscale, che ha costituito un elemento critico per l'equità del sistema, perché ha condizionato la capacità delle Regioni economicamente più fragili di assicurare ai propri cittadini la garanzia dei Lea.

L'analisi degli esiti di salute osservati mette in luce risultati lusinghieri, ma altrettanto significative disuguaglianze sociali e territoriali.

La speranza di vita nel nostro Paese è andata costantemente aumentando, dal 1978 al 2022, gli anni di vita attesi sono passati da 73,6 a 82,6 anni, tuttavia, i progressi non hanno avuto la stessa intensità nelle Regioni. In termini assoluti, la speranza di vita più bassa si registra in Campania, nel 1978 era 72,3 anni, nel 2022 80,9 anni; per contro le Marche e la Provincia autonoma di Trento sono le zone che si sono divise il primato della longevità: Marche 75,2 nel 1978, 82,8 anni nel 2010; la PA Trento 83,1 nel 2011, 84 anni nel 2022.

I guadagni della speranza di vita, come anticipato, hanno avuto diverse intensità nel corso degli anni e nelle differenti aree del Paese, in particolare, dal 1978 al 2022, il guadagno medio annuo in Italia è stato di 83,7 giorni, 90,5 giorni nel Nord-ovest, 89,1 nel Nord-est, 77,5 nel Centro-Sud e 74,6 giorni nelle Isole. Tali differenze, in parte, possono essere attribuite alla dinamica passata, caratterizzata da un'aspettativa di vita più elevata al Centro e nel Mezzogiorno.

Tuttavia, resta il fatto che nelle Regioni del Mezzogiorno si vive mediamente meno rispetto alle altre aree del Paese.

Risultati analoghi, per le persone di 0-74 anni, per la mortalità dovuta a cause di morte evitabile grazie a un'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace, o prevenibili con interventi di prevenzione primaria e secondaria.

Nel 2004, il tasso standardizzato di mortalità evitabile in Italia era pari a 24 per 10 mila residenti, nel 2020 è sceso a 16,6 per 10 mila residenti. Anche questo indicatore palesa significative differenze regionali, nell'ultimo anno considerato in Campania si attesta a 21,2 per 10 mila residenti, nella Provincia Autonoma di Trento a 13,2 per 10 mila residenti. In generale, si riscontra un tasso inferiore nelle ripartizioni del Nord con 15,5 per 10 mila residenti, al Centro 15,9 e nel Mezzogiorno 18,5 (Cfr Figura 8).

²⁰ Solipaca A. "Federalismo e decentramento nel settore sanitario" - in Mipa, L'impatto delle riforme amministrative. Relazioni e materiali per l'analisi dei processi innovativi nella Pubblica Amministrazione. Ed Istat ISBN: 884580849-1

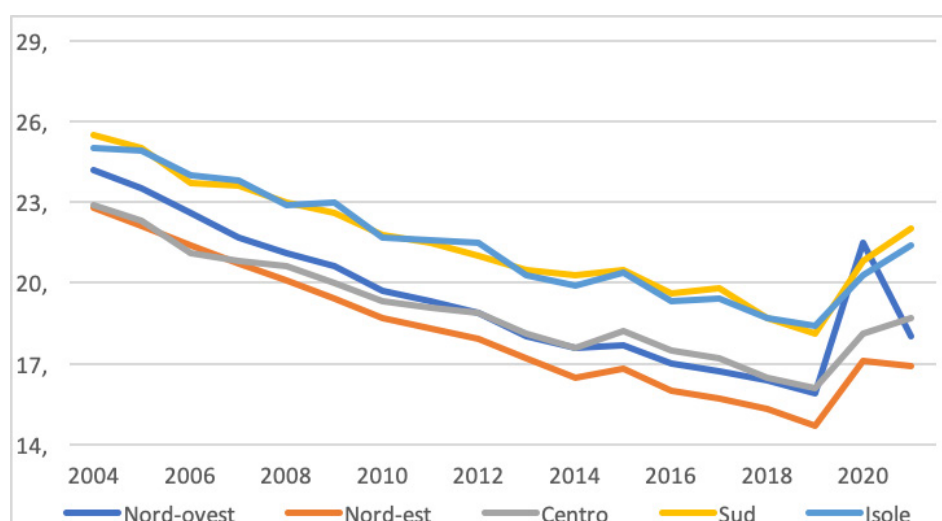


Figura 8 Mortalità evitabile nella classe di età 0-74 anni (Tassi standardizzati per 10 mila residenti)

Fonte: Istat – BES 2023 Il benessere equo e sostenibile in Italia

A ulteriore conferma dello svantaggio delle Regioni del Mezzogiorno il dato sulla multicronicità, secondo il quale, nel 2022 in Italia, la quota di persone con almeno due patologie croniche si attesta al 21,5% della popolazione (20,7% al Nord, 21,3% al Centro e 22,8 nel Mezzogiorno).

L'andamento osservato dal 2009 al 2022 mette in luce che le differenze territoriali sono persistenti, infatti, rispetto alla prevalenza media nazionale, le Regioni del Sud e delle Isole palesano livelli di multicronicità significativamente più elevati con un trend in aumento; al contrario nel Nord-est e Nord-ovest la quota di persone con almeno due patologie croniche è costantemente più bassa (Cfr Figure 9-13).

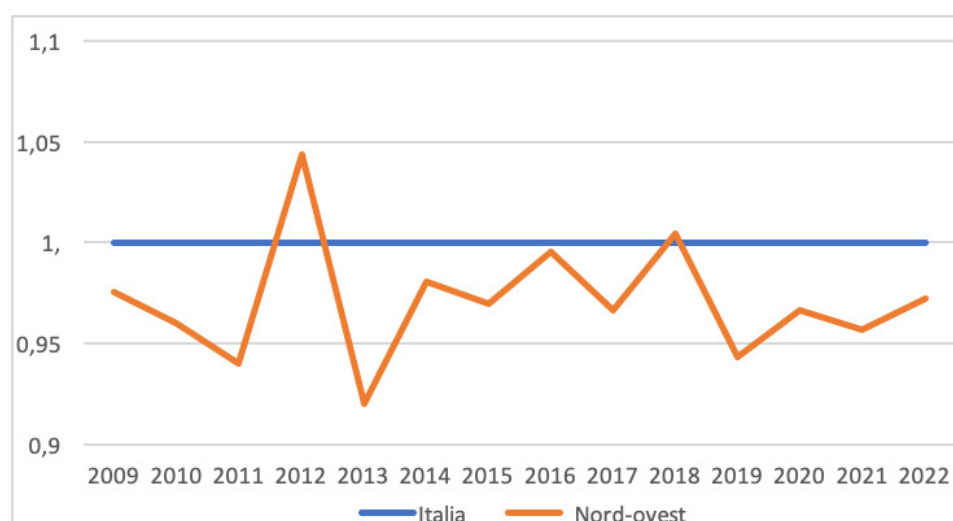


Figura 9 Persone con almeno due patologie croniche – Nord - ovest (Numeri indici Italia=1)

Fonte: elaborazione su dati Istat - Aspetti della vita quotidiana 2022

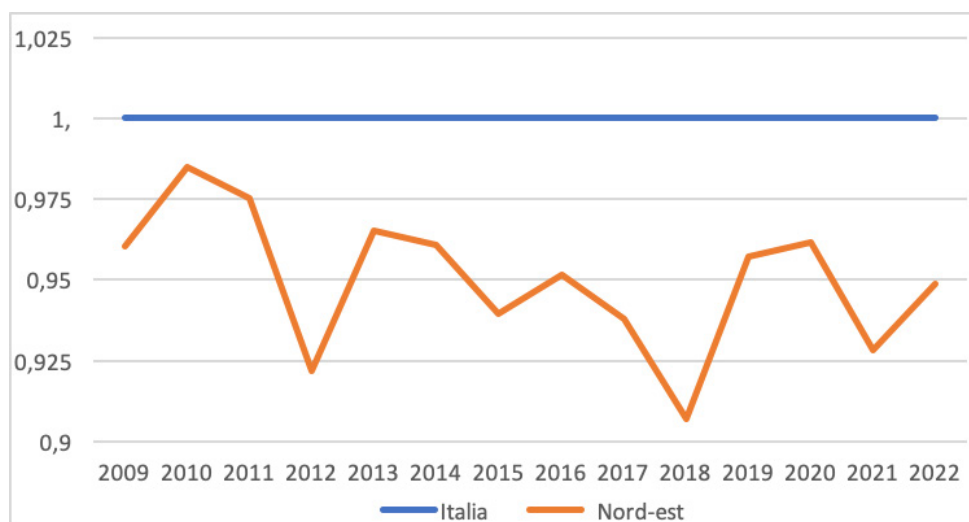


Figura 10 Persone con almeno due patologie croniche – Nord - est (Numeri indici Italia=1)

Fonte: elaborazione su dati Istat - Aspetti della vita quotidiana 2022

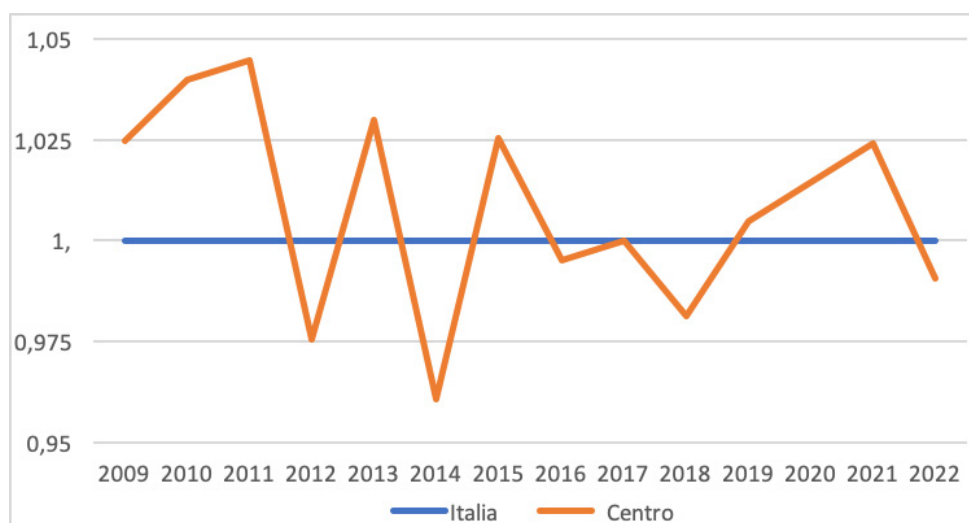


Figura 11 Persone con almeno due patologie croniche – Centro (Numeri indici Italia=1)

Fonte: elaborazione su dati Istat - Aspetti della vita quotidiana 2022

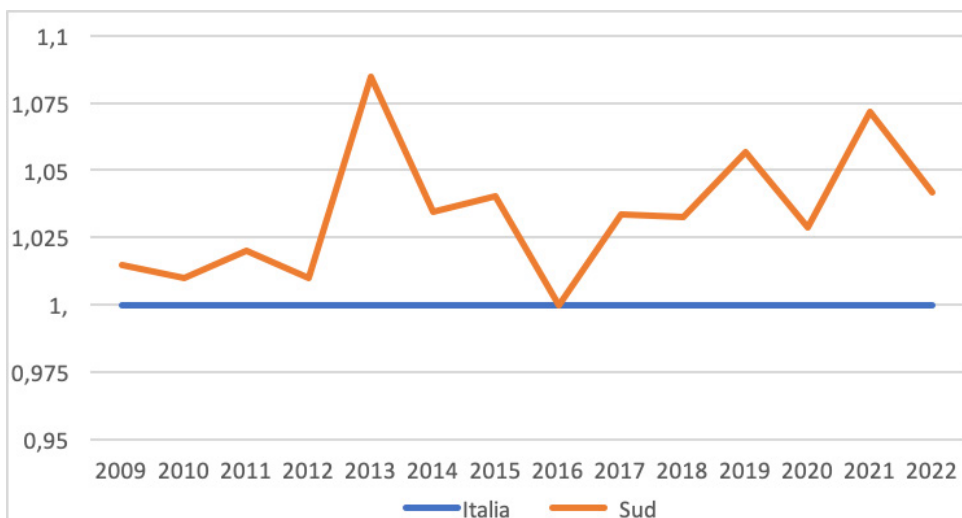


Figura 12 Persone con almeno due patologie croniche – Sud (Numeri indici Italia=1)

Fonte: elaborazione su dati Istat - Aspetti della vita quotidiana 2022

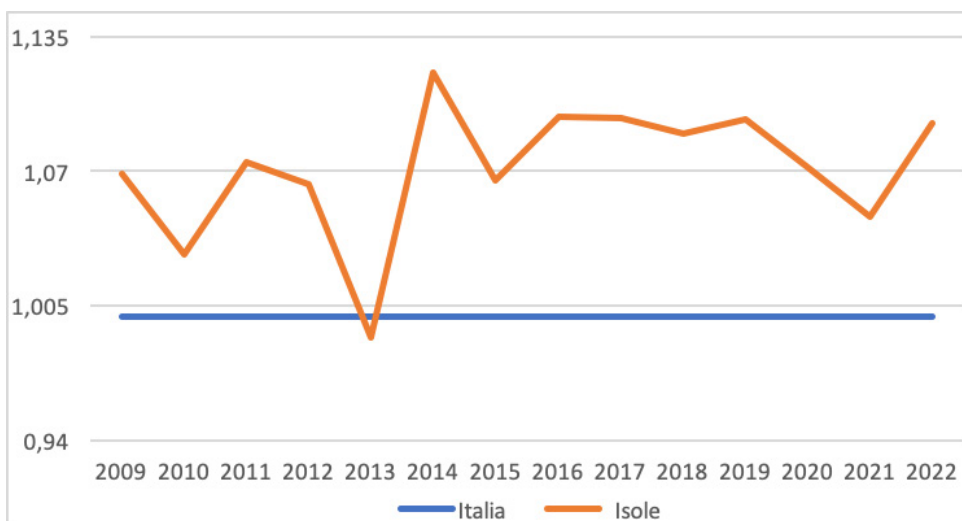


Figura 13 Persone con almeno due patologie croniche – Isole (Numeri indici Italia=1)

Fonte: elaborazione su dati Istat - Aspetti della vita quotidiana 2022

Le disuguaglianze nella salute dipendono sia da fattori legati al contesto, sia dagli individui. I primi si riferiscono al sistema (risorse, organizzazione ed efficacia del SSN), altri fattori riscontrabili nel contesto di vita (per es. territorio, grado di urbanizzazione e inquinamento).

I fattori individuali sono sia di natura biologica, quali il genere, l'età e patrimonio genetico, sia di natura socio-economica (titolo di studio, condizione professionale e livello di reddito).

I fattori individuali legati all'istruzione hanno sicuramente un forte impatto sulla salute (Cfr. Figura 14). L'analisi della mortalità per titolo di studio evidenzia che, nel 2019, il tasso standardizzato di mortalità al Nord-ovest per gli uomini con basso titolo di studio è pari a 175 per 10 mila abitanti, scende a 117 per 10 mila abitanti per coloro che hanno conseguito un titolo di studio elevato; tra le donne con il livello di studio più basso si attesta al 107 per 10 mila abitanti, tra le donne con il livello più alto all'82 per 10 mila abitanti.

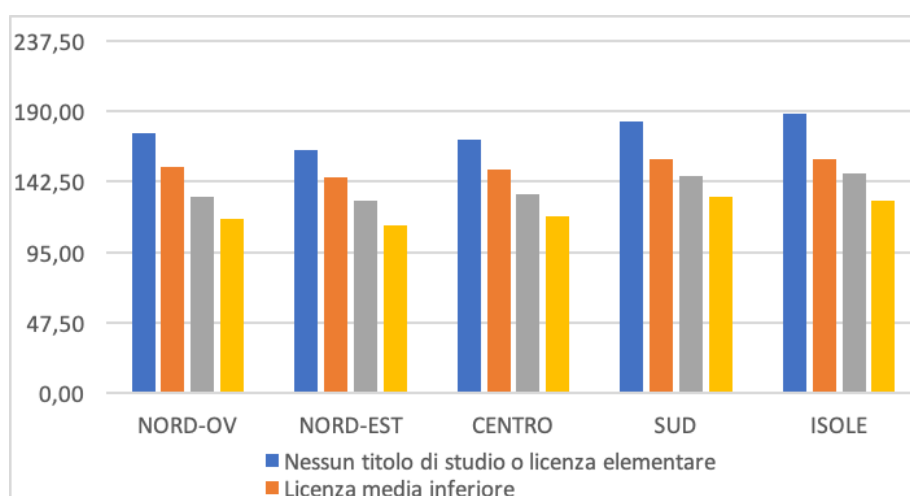


Figura 14 Tassi standardizzati di mortalità per sesso, titolo di studio e causa di morte, per 10.000 residenti, età 30 anni e più, anno 2019 - Maschi

Fonte: Istat – Cause di morte Statistiche Istat

Nel Nord-est per gli uomini con basso titolo di studio il tasso standardizzato è 164 per 10 mila abitanti, scende a 113 per 10 mila abitanti per coloro che hanno conseguito un titolo di studio elevato; tra le donne con il livello di studio più basso si attesta al 105 per 10 mila abitanti, tra le donne con il livello più alto all'80 per 10 mila abitanti.

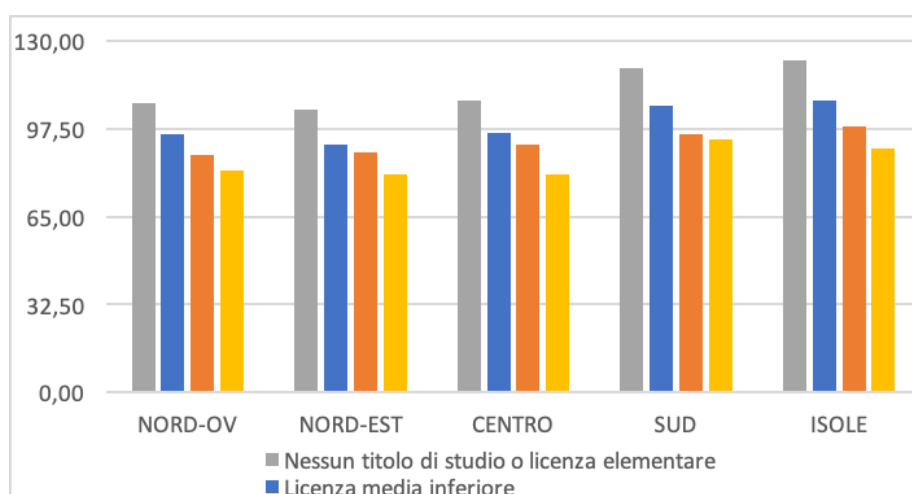


Figura 14 (segue) Tassi standardizzati di mortalità per sesso, titolo di studio e causa di morte, per 10.000 residenti, età 30 anni e più, anno 2019 – Femmine

Fonte: Istat – Cause di morte Statistiche Istat

Nelle regioni del Centro per gli uomini con basso titolo di studio il tasso standardizzato è 171 per 10 mila abitanti, scende a 120 per 10 mila abitanti per coloro che hanno conseguito un alto titolo di studio; tra le donne con il livello di studio più basso si attesta al 108 per 10 mila abitanti, tra le donne con il livello più alto all'81 per 10 mila abitanti.

Nelle regioni del Sud per gli uomini con basso titolo di studio il tasso standardizzato è 183 per 10 mila abitanti, scende a 132 per 10 mila abitanti per coloro che hanno conseguito quello più elevato; tra le donne con il livello di studio più basso si attesta al 120 per 10 mila abitanti, tra le donne con il livello più alto a 94 per 10 mila abitanti.

Nelle Isole per gli uomini con basso livello di istruzione il tasso standardizzato è 188 per 10 mila abitanti, scende a 130 per 10 mila abitanti per coloro che hanno conseguito il titolo più elevato; tra le donne con il livello di studio più basso si attesta al 123 per 10 mila abitanti, tra le donne con il livello più alto a 90 per 10 mila abitanti.

Dal punto di vista delle risorse economiche a disposizione delle Regioni, si riscontra un significativo mismatch tra risorse e bisogno potenziale di assistenza²¹.

In particolare, dal 2019 al 2021, la dinamica della spesa sanitaria pubblica confrontata, nel medesimo periodo, con un indicatore proxy dello stato di salute, rappresentato dalla percentuale di popolazione affetta da almeno due patologie croniche, mette in luce un significativo mismatch tra risorse impegnate e condizioni di salute della popolazione (Cfr. Figura 15).

In particolare, le Regioni le più penalizzate (spesa inferiore e percentuale maggiore di multi-cronici) sono la Calabria, Basilicata, Sicilia, Abruzzo, Puglia e Campania; al contrario le due Province autonome di Bolzano e Trento, Valle d'Aosta, Molise, Veneto e Lombardia quelle più avvantaggiate. Tali circostanze suggeriscono una diversa allocazione delle risorse più coerente con le condizioni di salute della popolazione.

²¹ Audizione dell'Istat nell'ambito dell'“Esame del disegno di legge recante “Bilancio di previsione dello stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026”, disponibile all'indirizzo <https://www.istat.it/it/archivio/290743>.

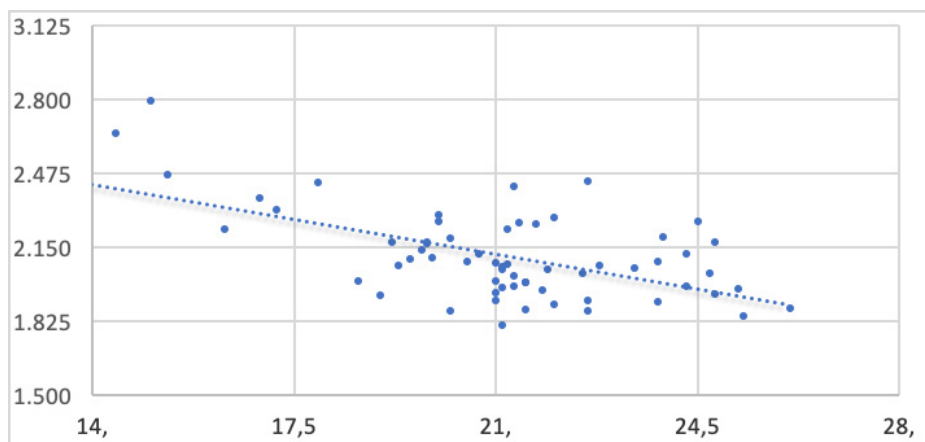


Figura 15 Spesa sanitaria pubblica e percentuale di malati multi-cronici (valori pro-capite e %) Anni 2019-2021

Fonte: Elaborazioni su dati Istat - Conto annuale e Indagine Aspetti della vita quotidiana

Conclusioni

La sostenibilità economica e quella sociale rappresentano elementi di preoccupazione per il futuro del nostro SSN. La scarsità di risorse per la sanità pubblica minano la solidità e la capacità del sistema di rispondere ai bisogni di cura della popolazione, rischiando di dissipare i successi ottenuti in passato in termini di salute. I dati hanno evidenziato che le risorse economiche messe a disposizione della sanità pubblica sono andate addirittura diminuendo in termini reali.

Gli investimenti palesano livelli e andamenti non adeguati, la spesa per attrezzature sanitarie e scientifiche, nel 2022, è tornata praticamente al livello del 2019 (+4,3% nominale) e tra il 2021 e il 2022 è addirittura diminuita del 29,4% (sempre in termini nominali)²².

La scarsa attenzione agli investimenti nell'innovazione mette a rischio la possibilità di poter beneficiare dei veloci e promettenti avanzamenti scientifici e tecnologici che caratterizzano questo periodo storico.

Le riforme che si sono susseguite negli ultimi trenta anni, che hanno assegnato ampia autonomia alle Regioni, hanno messo in luce almeno due rilevanti criticità²³.

La prima è rappresentata dalla forte conflittualità tra Stato e Regioni, in particolare sulla definizione delle competenze, che ha complicato la gestione della Sanità Pubblica; la seconda criticità, che ha effetti diretti sull'allocatione delle risorse, è rappresentata dal criterio di ripartizione del finanziamento che appare largamente incongruo, soprattutto in relazione ai bisogni di salute delle singole Regioni; la soluzione dei costi standard proposta, ma mai applicata, non sembra comunque andare nella giusta direzione, perché penalizza le Regioni che, essendo state sotto dimensionate in passato in termini di risorse, risultano meno efficienti, e tutto questo a discapito dei cittadini.

I temuti effetti sull'equità legati alle autonomie locali sul tema della sanità pubblica si sono verificati, infatti i divari territoriali non solo non si sono ridotti, ma sono andati aumentando.

Tale circostanza potrebbero far vacillare il principio di solidarietà che ispira il nostro welfare, contrapponendo

²² Corte dei Conti - Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica

²³ A.Solipaca e W.Ricciardi a cura di (2023) – Il Servizio sanitario nazionale – Performance ed equità dopo decentramento, autonomia e sussidiarietà. Ed. Vita e Pensiero ISBN 978-88-343-5443-8

gli interessi delle fasce di popolazione insofferenti per la crescente pressione fiscale, a quelli delle fasce sociali più deboli che sperimentano peggiori condizioni di salute e difficoltà di accesso alle cure pubbliche.

Il futuro del nostro Servizio sanitario nazionale dipenderà molto dalla capacità di modernizzazione dell'organizzazione, dei processi e degli strumenti di diagnosi e cura.

I finanziamenti messi a disposizione del PNRR danno al Paese un'opportunità unica nella storia, ma vanno accompagnati da scelte politiche che creino le condizioni perché questi siano impiegati in modo efficace. Le nuove risorse non devono sostituire quelle ordinarie stanziato dallo Stato, ma devono essere aggiuntive per realizzare ciò che attualmente il Ssn non è in grado di offrire ai cittadini di una Nazione moderna.

E' opportuno, infine, sottolineare che, pur con le problematiche rappresentate, il SSN resta una dei migliori in Europa in termini di efficacia, nonostante le risorse impegnate siano tra le più basse registrate nell'Ue. Pertanto è necessario attuare tutti gli sforzi necessari per preservare il nostro Servizio sanitario e renderlo più equo e sostenibile.

Diseguaglianze di salute: *performance* regionali ed equitative

Daniela d'Angela, Barbara Polistena, Federico Spandonaro

Lo studio del C.R.E.A. Sanità sulle “Le Performance Regionali”, giunto nel 2024 alla XII edizione, fornisce una valutazione delle opportunità di tutela della Salute di cui dispongono i cittadini, grazie all’assistenza sanitaria e sociale erogata nelle diverse Regioni.

La valutazione, e la misurazione della sua dinamica nel tempo, rappresenta una occasione di riflessione sulle opportunità di tutela, e della loro evoluzione, in primis della salute, ma anche socio-sanitaria: tutela che si concretizza grazie agli effetti generati da diversi fattori, quali i servizi disponibili, il contesto ambientale, quello socio-economico, etc..

La tutela si realizza non solo garantendo l’erogazione pubblica di beni e servizi sanitari, bensì promuovendo, senza pretesa di esaustività, forme di prevenzione – nella sua accezione più ampia, che comprende gli stili di vita adottati dai cittadini –, promozione della salubrità ambientale, contrasto alla deprivazione socio-economica (che, oltre il resto, mina le capacità di auto-produzione di Salute), attenuazione dei gap socio-economici, etc.; la tutela sanitaria di fatto ingloba anche il Sociale e tutto ciò che esita nella capacità di inclusione.

La tutela socio-sanitaria è evidentemente anche associata delle attitudini dei cittadini, sia in termini di scelta di ricorrere a particolari tipologie di consumi privati, sia in termini di stili di vita che gli stessi adottano.

Il concetto di Performance utilizzato nello studio è intrinsecamente multidimensionale e la metodologia adottata multi-prospettica, in ossequio al fatto che gli stakeholder dei sistemi socio-sanitari sono portatori di aspettative non completamente sovrapponibili in tema di tutela e, quindi, valutano in modo differente le performance di sistema.

Inoltre, ricordiamo che il concetto di tutela, assumendo un approccio olistico di Salute e Inclusione, è da considerarsi intrinsecamente dinamico, essendo legato alle modifiche del contesto sociale, economico, culturale e politico: ne segue che anche la misura della Performance, in quanto valutazione di livelli di tutela conseguiti o conseguibili, non può che essere dinamica ed evolutiva.

In pratica, il motore dello studio del C.R.E.A. è un Panel nel quale sono rappresentate cinque categorie di stakeholder (Istituzioni, Management di Aziende sanitarie, Professioni sanitarie, Utenti ed Industria medica), che ogni anno seleziona le Dimensioni di Performance e gli indicatori che le rappresentano, declinando così le “priorità” ritenute da considerare ai fini della valutazione.

Il Panel, inoltre, procede con un esercizio deputato ad elicitarne le preferenze, con le quali viene alimentato il processo di composizione delle Prospettive e delle Dimensioni, finalizzato alla elaborazione di un indice sintetico di valutazione della Performance.

Nella XII edizione (2024) la valutazione ha considerato sei Dimensioni, Equità, Appropriatelyzza, Esiti, Innovazione ed Economico-finanziaria e Sociale, rappresentate complessivamente da 20 indicatori, selezionati democraticamente dal *Panel* di esperti, partendo da un set predeterminato dai ricercatori del C.R.E.A. Dallo studio è emerso che le Dimensioni Appropriatelyzza, Esiti e Sociale contribuiscono alla *Performance* per oltre il 60%: rispettivamente per il 26,6%, 23,9% e 16,2%; segue la Dimensione Innovazione con l'11,4%, mentre le Dimensioni Equità ed Economico-finanziaria, contribuiscono rispettivamente per il 11,2% ed il 10,7%. Sebbene con alcune apprezzabili differenze quantitative, gli Esiti e l'Appropriatelyzza (quest'ultima con l'eccezione dei rappresentanti delle Istituzioni) sono considerate le principali determinanti della *Performance* (essendo nelle prime tre posizioni per tutte le categorie di *stakeholder*); la Dimensione Sociale anche, ma con l'eccezione dei rappresentanti del *Management* aziendale. La Dimensione Equità è in quarta posizione per tutte le categorie di *stakeholder* e l'Economico-finanziaria è tra le ultime due per tutte le categorie, ad eccezione del *Management* Aziendale, per il quale è al secondo posto dopo l'Appropriatelyzza.

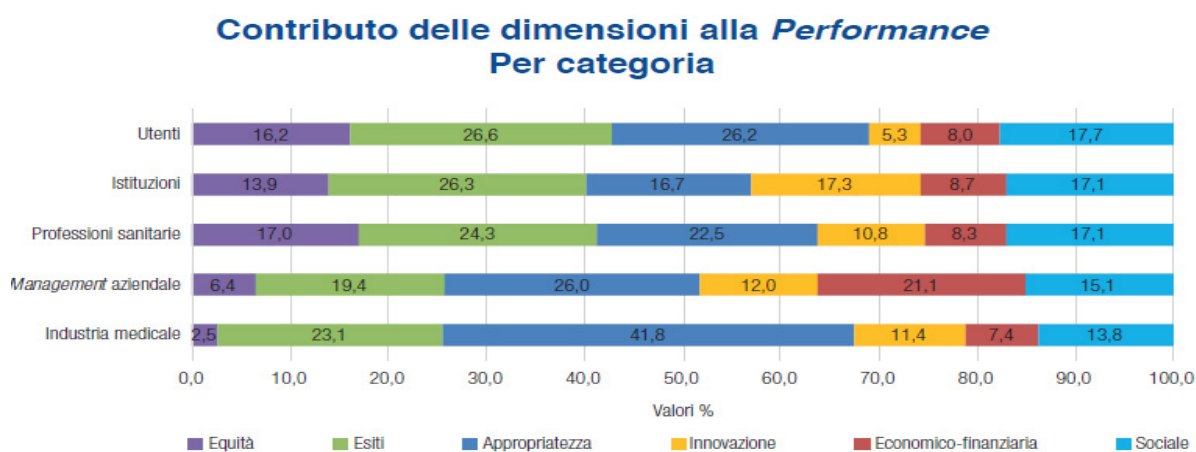


Figura 1. Contributo delle dimensioni alla Performance

Fonte: C.R.E.A. Sanità

Le dinamiche registrate in termini di peso delle Dimensioni, ed in particolare l'aumento di quello attribuito agli Esiti, rinvenuto per tutti gli *stakeholder*, sono probabilmente attribuibili alla consapevolezza di essere in un periodo di "transizione", dovuta all'implementazione di quanto previsto dai provvedimenti quali il D.M. 77/2022, o il PNRR), con la conseguente esigenza di "tutelare"

Esiti ed Appropriatelyzza; va aggiunto che il contributo di quest'ultima Dimensione alla *Performance* si è ridotto nel tempo per i rappresentanti delle Professioni sanitarie, evidentemente in ragione della loro percezione di aver fatto già il possibile per ridurre l'inappropriatelyzza dato il contesto attuale.

La riduzione del peso dell'Equità rispetto alla precedente edizione sembra, invece, essere legata ad una limitata "preoccupazione" per i tempi di accesso per le prestazioni urgenti: l'indicatore "Quota di prestazioni con priorità B (entro 10 giorni) eseguite nei tempi previsti", infatti, registra livelli di *Performance* accettabili anche per valori prossimi a quelli peggiori nazionali; analogamente sembra sia ritenuto accettabile anche una quota di mobilità fuori Regione di residenza.

Infine, la carenza di risorse spiega probabilmente il ritorno di un aumento della dimensione economica, preoccupazione soprattutto del *Management* aziendale e delle Istituzioni.

Per il 2024, l'indice complessivo di *Performance* oscilla da un massimo del 60% del risultato ottimale ad un minimo del 26%: valori registrati rispettivamente nel Veneto ed in Calabria.

Si conferma come, a parere del *Panel*, i livelli di *Performance* regionali risultino ancora significativamente distanti da un *target* ottimale.

Il divario fra la prima e l'ultima Regione è decisamente rilevante: un terzo delle Regioni non arriva ad un livello pari al 40% del massimo ottenibile.

Qualitativamente, nel *ranking* si identificano quattro gruppi di Regioni: quattro Regioni, (verde nella mappa) Veneto, Piemonte, P.A. di Bolzano e Toscana, raggiungono livelli complessivi di tutela significativamente migliori dalle altre, con un indice di *Performance* che supera il 50% di quella massima (rispettivamente 60%, 55%, 54% e 53%).

Nel secondo gruppo (verde chiaro), troviamo sette Regioni con livelli dell'indice di *Performance* abbastanza omogenei, compresi tra il 50% ed il 45%: Friuli Venezia Giulia, P.A. di Trento, Emilia Romagna, Liguria, Valle d'Aosta, Marche e Lombardia.

Nel terzo gruppo (arancione) si attestano Sardegna, Campania, Lazio, Umbria, Abruzzo e Puglia, con livelli di *Performance* compresi nel *range* 37-44%.

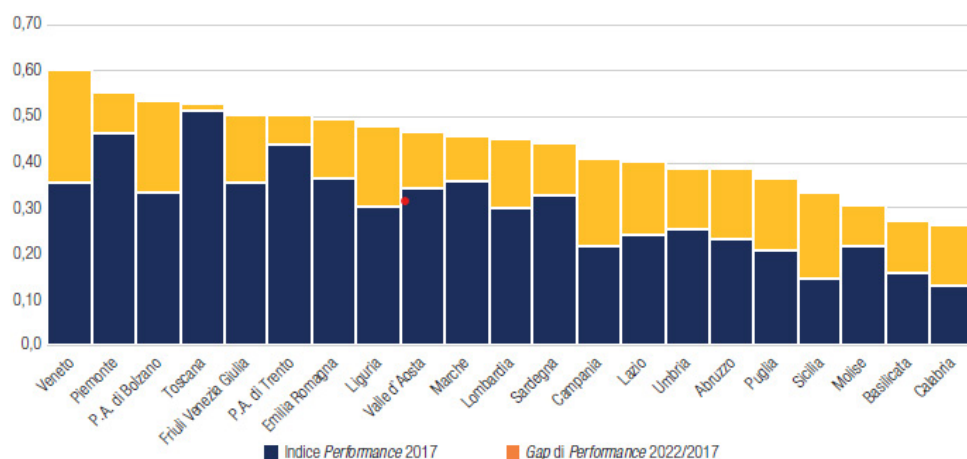
Infine, quattro Regioni (rosso), Sicilia, Molise, Basilicata e Calabria, si attestano su livelli di *Performance* inferiori al 35% del massimo raggiungibile.



Figura 2. Indice di Performance
0 Perf. peggiore – 1 Perf. migliore)
Fonte: C.R.E.A. Sanità

Si osserva come la composizione del gruppo delle Regioni che si situano nell'area dell'”eccellenza”, come anche quella del gruppo, numericamente rilevante, delle Regioni (tutte meridionali) che purtroppo rimangono

nell'area intermedia e critica, rimane pressoché costante negli anni. In termini di dinamica, a fronte di un indice complessivo nazionale 2024 (ottenuto mediando gli indici di *Performance* delle singole Regioni), pari al 43,8% del valore teorico ottimale, nel 2017 se ne sarebbe riscontrato uno pari al 30% del valore teorico ottimale. Anche ponderando gli indici regionali per la popolazione si passa da 6,6 (31,4% del valore teorico ottimale) del 2017 al 9,6 (45,7% del valore teorico ottimale) del 2023. Complessivamente, nel periodo 2017-2023, si è quindi registrato un miglioramento della *Performance* del 46%..



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità

Figura 3. Indice di Performance 2017 e 2023
Fonte: C.R.E.A. Sanità

Il miglioramento dell'indice di Performance ha interessato tutte le ripartizioni geografiche, in maggior misura le Regioni del Mezzogiorno (+75,9% in media), poi quelle del Nord-Est (+44,9%), quelle del Nord-Ovest (+40,9%) e del Centro (+37,4%).

In tutte le Regioni nel periodo considerato, si è registrato un miglioramento della *Performance*: quello maggiore si è registrato in Sicilia (+127,4%) e Calabria (+102,9%), seguite da Campania e Puglia con +87,6% e +75,3%; quello più basso in Toscana, P.A di Trento e Piemonte, con +2,8%, +14,9% e +19,3% rispettivamente.

Gli andamenti descritti, da una parte sembrano suggerire una progressiva riduzione delle disparità nelle opportunità di tutela della salute fra le Regioni; dall'altra, il fatto che le Regioni con *Performance* migliori non riescano a migliorare se non in modo marginale, suggerendo l'esistenza di limiti strutturali nell'attuale assetto del sistema sanitario.

Infatti, analizzando il livello della Performance nelle Regioni e la sua dinamica nel periodo considerato, si osserva una correlazione negativa (-0,86), ovvero l'entità del miglioramento diminuisce all'aumentare del livello di *Performance*, in altri termini i miglioramenti maggiori si sono riscontrati nelle Regioni con il più basso indice di *Performance*.

Soffermando l'attenzione sulla Dimensione dell'Equità, il cui perseguimento è principio fondante dell'intervento pubblico in Sanità, si osserva un aumento di incidenza delle "rinunce" alle spese sanitarie, che ha interessato in particolare le fasce di popolazione meno abbienti.

Secondo quanto riportato nel 19° Rapporto del C.R.E.A. Sanità, nel 2021 il fenomeno dell’impoverimento per spese sanitarie private ha colpito 423.041 nuclei familiari, ovvero l’1,6% di tutte le famiglie.

Dopo la riduzione registrata nel 2020, il fenomeno è ripreso ad aumentare raggiungendo un livello superiore a quello del 2019. Nel periodo 2015-2021 l’incidenza del fenomeno è cresciuta di 0,2 punti percentuali e continua ad interessare soprattutto il Sud del Paese.

L’impoverimento interessa soprattutto le coppie di anziani over 75 (3,6%), gli anziani soli (2,3%) e le famiglie di stranieri.

Basilicata, Puglia e Campania risultano essere le Regioni con l’incidenza maggiore del fenomeno: rispettivamente pari al 5,2%, 4,2% e 3,5% delle famiglie residenti; Emilia Romagna, Valle d’Aosta e Friuli Venezia Giulia invece quelle con la minore incidenza: 0,5%, 0,5% e 0,6% rispettivamente.

L’impoverimento coinvolge esclusivamente le famiglie dei quintili più bassi (I e II): il 14,6% (1,9 p.p. in più rispetto al 2019) di quelle del I quintile che sostengono spese per consumi sanitari e lo 0,6% di quelle del II (0,1 p.p. in meno rispetto al 2019).

Inoltre, l’impoverimento interessa soprattutto le coppie di anziani over 75 (3,6%), gli anziani soli (2,3%) e le famiglie di stranieri (2,2%).

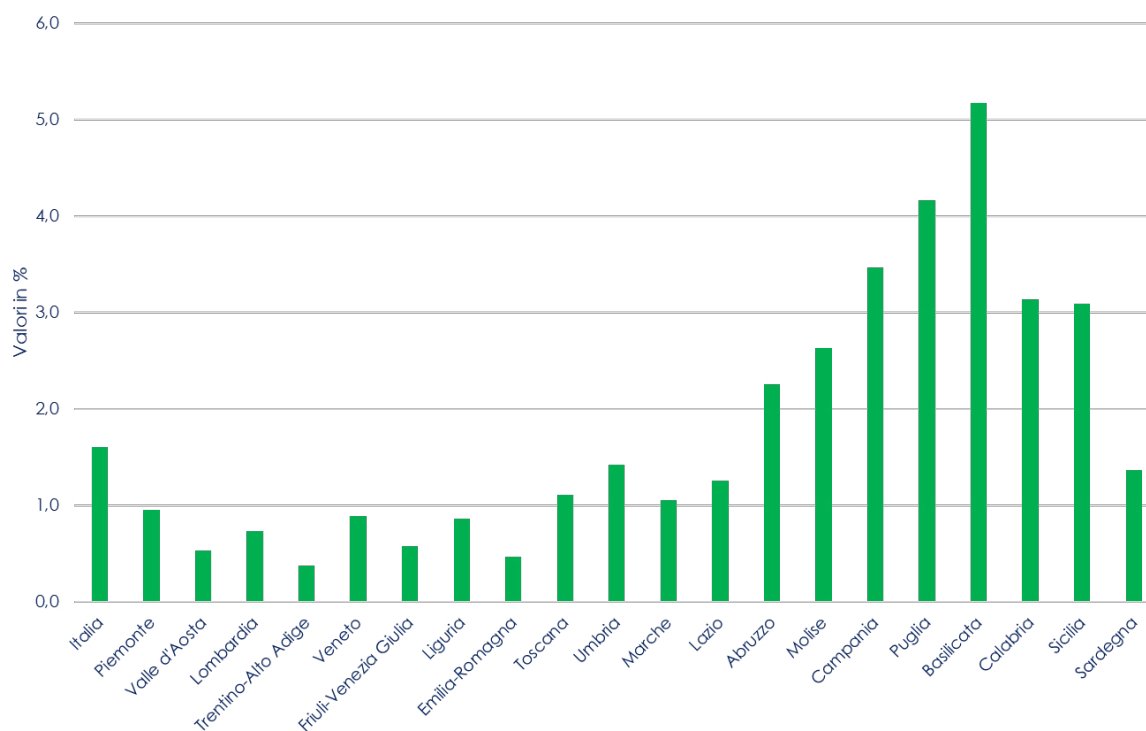


Figura 4. Famiglie impoverite a causa di spese sanitarie

Fonte: C.R.E.A. Sanità

Il “*disagio economico*” delle famiglie dovuto a consumi sanitari (somma del fenomeno dell’impoverimento dovuto alle spese sanitarie e delle “rinunce” a curarsi derivante da motivi economici), nel 2021 “affligge” il 6,1% dei nuclei (1,58 milioni di famiglie): il fenomeno è in crescita di +0,9 punti percentuali rispetto all’anno precedente e di +1,5 rispetto al 2019.

L'incidenza del fenomeno è significativamente superiore (e in crescita di 0,1 p.p. rispetto all'anno precedente) nel Sud del Paese (8,2%, +0,1 p.p.); segue il Nord-Ovest con il 5,9% delle famiglie (+2,0 p.p.), il Centro (5,0%, + 1 p.p.) ed il Nord-Est con il 4,0% (+0,2 p.p. rispetto all'anno precedente).

Sardegna (14,3%), Calabria (13,5%) e Campania (13,3%) risultano essere le Regioni con la maggior incidenza di famiglie che sperimentano un disagio economico dovuto ai consumi sanitari; all'estremo opposto troviamo Friuli Venezia Giulia (4,2%), Trentino Alto Adige (4,8%) ed Emilia Romagna (4,9%).

I casi di disagio economico sono più frequenti (18,1%) fra le famiglie del 20% più "povero" della popolazione e meno in quelle più ricche (1,6% delle famiglie).

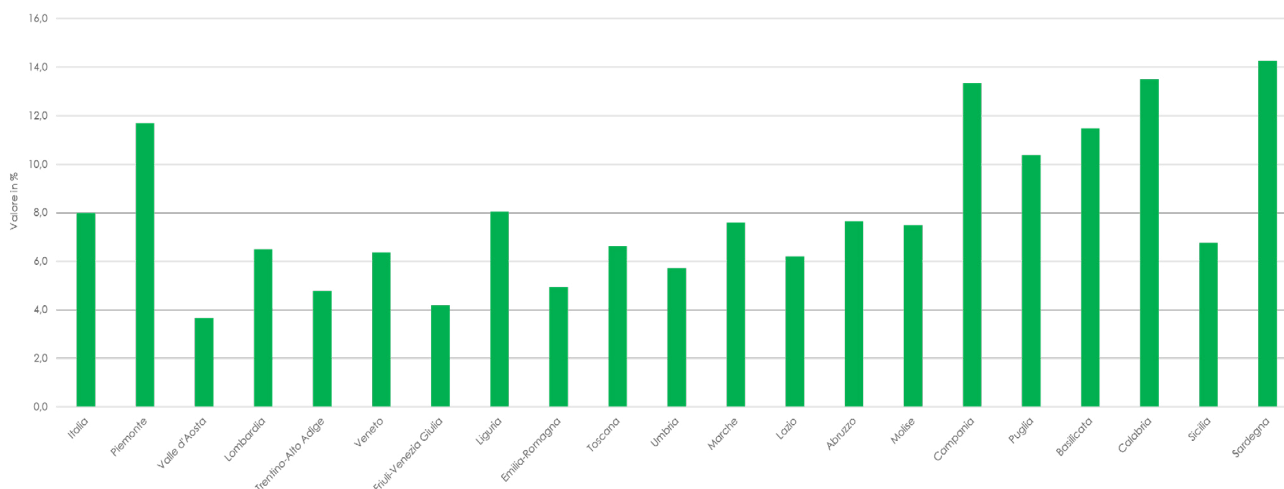


Figura 5. Famiglie con disagio economico per spese sanitarie Anno 2021

Fonte: C.R.E.A. Sanità

Anche il fenomeno della "catastroficita", ovvero delle spese sanitarie ad alta incidenza sui consumi familiari (oltre il 40% della "Capacity To Pay" delle famiglie, pari ai consumi totali della famiglia al netto delle spese di sussistenza), si registra un aumento dei casi, che interessano il 2,8% delle famiglie residenti (731.489 nuclei), dato in aumento di +0,4 p.p. rispetto al 2019.

Il Mezzogiorno continua ad essere la ripartizione geografica più colpita: 4,7% delle famiglie, in aumento di +1,0 punti percentuali nell'ultimo anno; segue il Nord-Est con 2,4% (+0,5 p.p.), il Nord-Ovest con 11,9% (+0,1 p.p.) ed il Centro con l'1,5% (-0,2 p.p.).

Le Regioni più colpite dal fenomeno sono la Puglia (5,5%), Molise (5,4%) e Basilicata (5,0%); Marche (1,1%), Toscana (1,4%) e Umbria (1,5%) sono le Regioni con minore incidenza di casi.

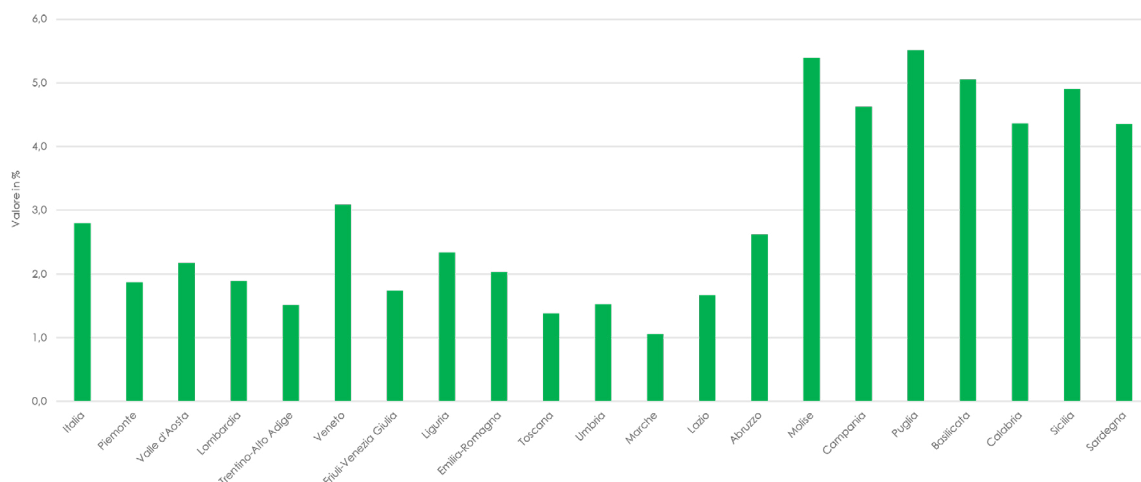


Figura 6. Famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche

Fonte: C.R.E.A. Sanità

I casi sono più frequenti nei nuclei meno abbienti (13,5%), mentre si fermano all'1,8% in quelle più abbienti. Le famiglie più esposte al rischio di spese "catastrofiche" sono quelle degli anziani over 75 (soli o in coppia) e le coppie con tre o più figli minorenni: queste ultime, in particolare, a causa delle cure odontoiatriche. Complessivamente, nel periodo 2015-2021, si è registrato un peggioramento di tutti gli indicatori di equità, con un inasprimento del divario Nord-Sud, con le spese per cure dentistiche e la specialistica a rappresentare le maggiori cause di iniquità di accesso.

Le fasce più colpite risultano essere gli anziani (soli o in coppia) e le famiglie con tre o più figli.

La crescita delle disuguaglianze condiziona fortemente la capacità di accesso e quindi di tutela della propria Salute, confermando l'idea che le politiche equitative efficaci devono essere ritagliate sulle specificità dei settori di intervento, oltre che dei bisogni e dei comportamenti degli individui.

La Dimensione equitativa è ritenuta una priorità anche dal *Panel* di esperti dello studio sulle *Performance Regionali*, anche in una ottica di monitoraggio degli effetti dell'Autonomia Differenziata in Sanità, introdotta dalla recente Legge n. 86/2024.

Su quest'ultimo aspetto il C.R.E.A., muovendo dalle priorità (Dimensioni di *Performance*) definite dal *Panel*, ha predisposto uno strumento finalizzato a monitorarne gli effetti, del suo riconoscimento ad una o più Regioni, nel tempo.

In conclusione, il sistema di valutazione delle opportunità di tutela della Salute del C.R.E.A. Sanità, ed in particolare la possibilità di apprezzare l'evoluzione dinamica della *Performance*, si ritiene saranno utili per monitorare gli effetti della AD: in prospettiva CREA in quanto centro di ricerca indipendente si propone di effettuare un monitoraggio continuo degli interventi di modifica istituzionale e/o organizzativa, quale potrebbe essere quello della concessione a gruppi di Regioni di una maggiore autonomia.

A tal fine, il team di ricerca si propone di adattare la metodologia di valutazione della *Performance*, prevedendo la costruzione di indici utili a comparare le variazioni nelle evoluzioni delle *Performance* in gruppi di Regioni diverse (ad esempio con e senza AD), prima e dopo l'eventuale concessione dell'autonomia: in tal modo sarà possibile verificare le aspettative del legislatore, in particolare che si generi un effetto traino, saranno confermate o meno.

Vicinanza della salute: un nuovo approccio per interpretare e gestire le trasformazioni in atto

Duilio Carusi e Camilla Russo

Negli ultimi decenni, la popolazione over 65 ha visto un cambiamento significativo nelle proprie caratteristiche, non solo dal punto di vista demografico ma anche sotto il profilo economico e sociale, tanto che questa trasformazione ha portato a una ridefinizione del concetto stesso di “terza età”.

Questo cambiamento sociale e demografico mette in luce le sfide che derivano dall’invecchiamento, come la necessità di adeguare i sistemi pensionistici e sanitari²⁴, ma evidenzia anche le opportunità e le risorse che una popolazione anziana dinamica e attiva può offrire.

Gli over 65 di oggi sono molto diversi da quelli di qualche decennio fa, si può di fatto parlare di una generazione di *quasi* anziani o, come da titolo dell’ultimo rapporto di ricerca 2024 sulla popolazione over 65 dell’Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, di “*quasi* terza età”²⁵.

La popolazione over 65 tende a mantenere uno stile di vita attivo, partecipando a una varietà di attività sociali, culturali e sportive, spesso continuando a dare un contributo significativo alla società, rimanendo lavorativamente attivi²⁶. In merito a ciò, la Commissione economica per l’Europa delle Nazioni Unite (UNECE) ha infatti evidenziato quanto sia importante integrare gli anziani nell’economia digitale odierna, permettendo una loro piena ed equa partecipazione alla società in rapporto alle moderne tecnologie²⁷ ed assumendo così una **nuova prospettiva sociale**.

Dunque, la consapevolezza che gli over 65 rappresentino una componente significativa e in crescita della nostra società deve aiutare a riflettere su come meglio integrare e valorizzare tale risorsa. Solo attraverso una profonda comprensione delle loro esigenze e potenzialità si possono sviluppare interventi efficaci per migliorare la qualità di vita e garantire così un futuro sostenibile per tutte le generazioni.

In particolare, in Italia il fenomeno dell’invecchiamento della popolazione è di grande rilievo: attualmente gli over 65 rappresentano il 24,1% della popolazione totale, con una proiezione di crescita che li vedrà arrivare

²⁴ (Eurostat, Ageing Europe - looking at the lives of older people in the EU, 2023)

²⁵ (Carusi & Russo, La quasi terza età: salute e benessere nella popolazione over 65, 2024)

²⁶ (OECD, Working Better with Age, 2019)

²⁷ (UNECE, Ageing in the digital era – UNECE highlights key actions to ensure digital inclusion of older persons, 2021)

al 35% del totale entro il 2050²⁸. In generale per il nostro sistema salute e nello specifico per quello sanitario, l'invecchiamento della popolazione rappresenta una delle sfide principali.

Questa transizione demografica si caratterizza per un'inversione della piramide demografica, con un incremento significativo della popolazione anziana a discapito di quella più giovane.

Nel nostro Paese tale fenomeno è particolarmente evidente ed è il risultato di una combinazione di diverse variabili, tra cui: bassi tassi di natalità, aumento della speranza di vita e miglioramenti nelle condizioni di vita e di salute.

Si veda come la **struttura demografica** italiana dal 1950 ai giorni nostri mostri cambiamenti significativi nella composizione per età della popolazione. Questi cambiamenti sono ben visibili osservando le piramidi della popolazione che illustrano la distribuzione per età e sesso della popolazione in diversi anni.

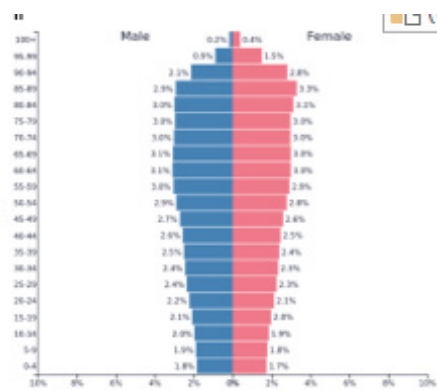


Figura 3. -- Piramide della popolazione italiana per età -- 2100 ¶

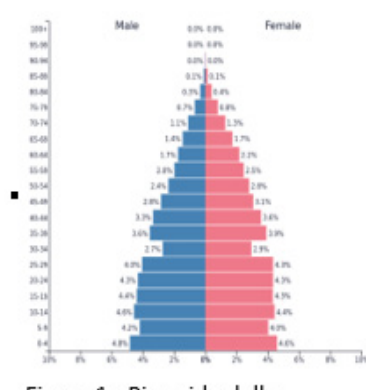


Figura 1. -- Piramide della popolazione italiana per età -- 1950 ¶

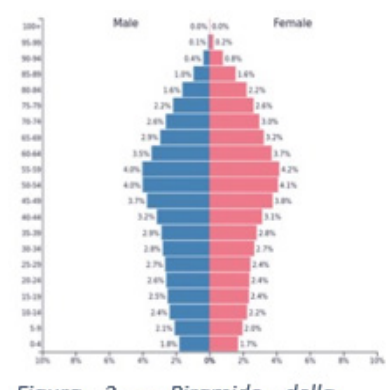


Figura 2. -- Piramide della popolazione italiana per età -- 2023 ¶

Nel 1950 la piramide della popolazione italiana mostrava una base ampia, indicativa di un alto tasso di natalità. La popolazione giovane (0-14 anni) rappresentava una parte consistente della popolazione totale, mentre la percentuale di anziani (over 65 anni) era relativamente contenuta.

Ai giorni nostri l'invecchiamento della popolazione è ben consolidato: la piramide mostra una base molto stretta, quindi una percentuale relativamente bassa di giovani e minore a sua volta della percentuale della popolazione over 65.

La proiezione al 2100, con tutta l'aleatorietà del caso, sembra confermare e accentuare il trend di invecchiamento, si può osservare così una struttura notevolmente diversa rispetto al passato. La popolazione anziana continua ad aumentare insieme all'aspettativa di vita, le differenze tra le percentuali delle varie fasce d'età sono meno marcate rispetto al passato, indicando una popolazione complessivamente più vecchia e con un basso tasso di natalità, oltre che di molto inferiore nella numerosità.

La nuova generazione over 65

In particolare, la popolazione over 65 italiana di oggi si caratterizza per vari comportamenti ed abitudini molto diverse rispetto alle generazioni passate: lo dimostra lo studio condotto da ISTAT nel rapporto annuale 2023²⁹. Si può osservare come "alcuni indicatori per la popolazione over 65, relativi ai determinanti

²⁸ (ISTAT, 2023)

²⁹ (ISTAT, 2023)

della salute modificabili”, **mutino ampiamente nelle varie generazioni a circa 20 anni di distanza.**

È evidente quanto la recente crisi sanitaria abbia avuto forti ricadute sullo stile di vita delle persone, in particolare per le fascia più anziana, determinando la perdita di alcuni miglioramenti registrati fino a prima della crisi pandemica. Superata l'emergenza sanitaria si è visto un progressivo recupero, sebbene su molti aspetti ci si trovi ancora lontani dai livelli pre-pandemici³⁰.

Uno stile di vita peggiore e rispettive condizioni di vita meno salutari, per la popolazione over 65, pongono inevitabilmente un problema di sostenibilità della spesa pubblica sanitaria e, più in generale di salute nel lungo periodo. Questo anche in considerazione dell'erosione della quota della popolazione attiva sul totale nazionale, sulla quale inoltre ricadono sempre più spesso gli oneri (diretti ed indiretti) di assistenza contemporaneamente ai propri genitori ed ai propri figli (fenomeno denominato “sandwich generation”).



Figura 4 – Dati Istat. “Rapporto di alcuni indicatori su diversi ambiti della vita tra le persone over 65”

³⁰ (ISTAT, 2023)

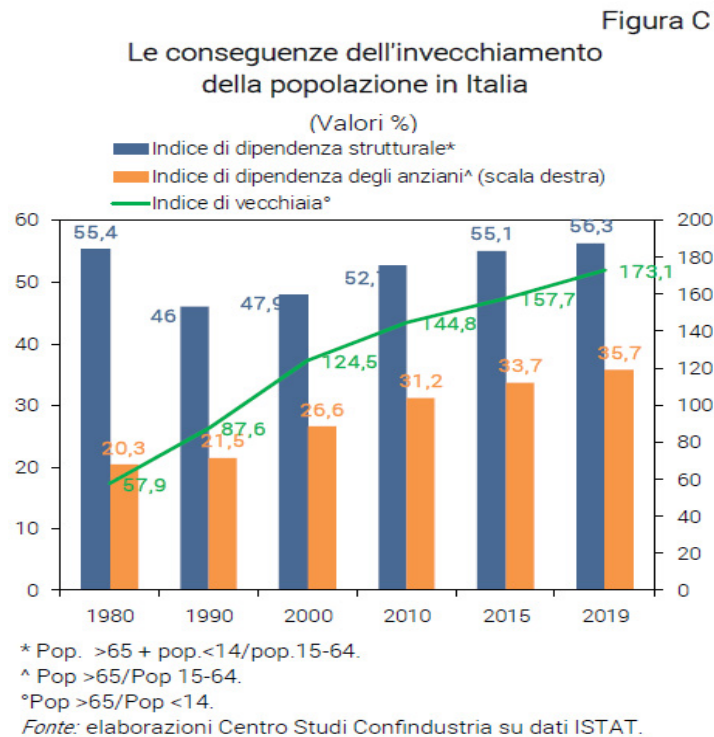


Figura 5 - Le conseguenze dell'invecchiamento della popolazione italiana. Fonte: elaborazione Centro Studi Confindustria su dati ISTAT

L'Indice di Vicinanza della salute

Lo scenario storico descritto impone dunque un ripensamento profondo del nostro sistema sociale ed economico che parta da un approccio integrato e multidisciplinare e che tenga conto delle innovazioni organizzative, tecnologiche, dell'incidenza della silver economy e dell'importanza dell'invecchiamento attivo, oltre che delle mutate aspettative relativamente al livello di salute e benessere individuale della "terza età". Per fare ciò diviene necessario dotarsi di strumenti che permettano di misurare e monitorare quantitativamente e qualitativamente lo stato di salute e la qualità della vita delle persone. In quest'ottica, l'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, della Fondazione Bruno Visentini, ha elaborato **uno strumento capace di cogliere le molte dimensioni soggettive e funzionali dello stato di salute della popolazione**, includendo caratteristiche e percezione dello stato fisico, mentale, sociale ed economico: l'Indice sintetico di Vicinanza della salute (IVS).

Consci dell'attuale transizione demografica, l'IVS è stato declinato sulle caratteristiche peculiari della popolazione over 65, ottenendo quindi un indice composito per la misurazione dei vari fenomeni e fattori legati al tema della salute per la popolazione anziana: l'*Indice di Vicinanza della salute over 65*. Il framework teorico alla base dei due Indici sintetici considera il concetto di *salute* strettamente declinato e connesso a quello di *qualità della vita*, che si identifica con il livello di benessere individuale in relazione al contesto socioculturale e ambientale circostante.

In questo senso, con il nuovo concetto di *Vicinanza della salute* **viene intesa la relazione che sussiste tra la persona e la disponibilità del bene salute nei termini di spazio, tempo e possibilità di fruirne**³¹. Ovvero, far sì che

³¹ (Fondazione Bruno Visentini, Programma operativo Osservatorio Salute, Benessere e Resilienza. A cura di Carusi Duilio, 2021)

siano il più vicini possibile (nel tempo e nello spazio) il momento in cui il bisogno di salute si origina, il momento in cui questo bisogno viene captato e il momento in cui vi si fornisce una risposta ed il momento in cui l'utente target effettivamente ne beneficia.

Un simile concetto si traduce, ad esempio, in un accesso equo e universale a un'istruzione di qualità a tutti i livelli, all'assistenza sanitaria e alla protezione sociale, delineando una società in cui il benessere fisico, mentale e sociale sia assicurato a 360° e omogeneamente disponibili su tutto il territorio nazionale. Oltre agli obiettivi prioritari di sviluppo, come l'eliminazione della povertà, la tutela del diritto all'istruzione, la promozione della sicurezza alimentare e della nutrizione, stabilisce un'ampia gamma di obiettivi economici, sociali e ambientali. La sfera semantica è, dunque, quella della solidarietà, della inclusività, della integrazione e del mutuo soccorso sociale e relazionale.

In base alla distanza in tempo e spazio che intercorre tra l'originarsi del bisogno e la capacità di intervento sullo stesso, si possono individuare e classificare tre contesti, sovrapponibili i livelli di analisi sociale precedentemente citati: *micro*, *meso* e *macro*.

Dunque, la complessità del concetto di *Vicinanza della salute* è caratterizzata da fenomeni multidimensionali e multilivello, che riconduce i citati tre livelli d'analisi rispettivamente a tre livelli principali, ovvero: un livello *individuale*; un livello *sistemico*; un livello *ambientale*. Questo poiché l'analisi delle strutture sociali e del mutamento (*macro*) non è alternativa allo studio delle interazioni e della vita quotidiana (*micro*), ma individua orizzonti complementari di ricerca. Il livello *meso* è un livello di connessione tra il focus sull'individuo e il focus sui sistemi sociali. Secondo tale logica, le attuali azioni di programmazione e finanziamento a tema salute vengono interpretate in un'ottica unitaria, sintetizzate nel concetto di *salute*, inteso come *bene* da disporre nella misura più vicina possibile al cittadino. Dove l'individuo viene inteso come primo attore e quindi punto di origine della misurazione su cui calibrare la *vicinanza*.

Dunque, l'Indice di Vicinanza della Salute nazionale e, conseguentemente quello over 65, non vuole avere la pretesa di esaurire universalmente tutte le possibili dimensioni del fenomeno *salute*; ma intende superare la preminente componente sanitaria, per poter ampliare i suoi confini in maniera non deterministicamente definita. L'indice rappresenta uno strumento di facile lettura capace di esprimere con un unico trend sintetico i diversi aspetti di un fenomeno di natura multidimensionale e quindi, per converso, di rilevare *gap* e *delay* che allontanano la disponibilità del bene salute dall'individuo.

Per misurare correttamente la *Vicinanza della salute*, l'Indice composito è stato concepito lungo tre direttrici, ovvero i tre contesti:

1. *Contesto Individuo e relazioni sociali*: si connota come il novero di quegli ambiti di interesse e di intervento che hanno distanza minima dall'individuo stesso in quanto appartenenti proprio alla sfera individuale.
2. *Contesto Sistema organizzativo*: rappresenta un livello più esterno rispetto alla sfera individuale e si connota per condizioni date e per capacità di intervento che risentono di una certa latenza nella loro modifica, in funzione della capacità di organizzazione e di risposta del sistema sanitario.
3. *Contesto Luoghi di vita e ambiente*: è il più esterno di tutti, e rappresenta il Contesto in cui i vincoli e le condizioni date si modificano in un arco temporale più ampio, anche per via delle concause tra loro interrelate che ne definiscono i connotati.

I tre contesti sono stati individuati secondo un quadro teorico di partenza che pone al centro la sfera individuale, inserita in due ambiti con un perimetro d'esame sempre più ampio, fino ad arrivare al sistema

ambientale.

Ogni Contesto racchiude al suo interno un numero vario di domini, che rappresentano le aree di indagine e i fenomeni che si è scelto di monitorare. Nello specifico, la tassonomia dell'Indice di Vicinanza alla Salute over 65 è articolata in 23 domini organizzati nei 3 contesti³².



Figura 6 - Tassonomia Indice di Vicinanza della salute over 65 - Osservatorio Salute Benessere e Resilienza

Grazie a questo framework teorico si può studiare la fisionomia delle varie dinamiche che caratterizzano gli andamenti difforni e peculiari dei rispettivi Contesti, facilitando il passaggio da una visione *globale* ad una più *puntuale* per ciascun fenomeno. Ogni Dominio intende, quindi, descrivere e misurare diversi ambiti, tra cui:

1. Per il Contesto Individuo e relazioni sociali: *Condizione di salute; Literacy; Stile di vita; Mental Health; Cronicità; Autosufficienza; Isolamento; Coesione sociale; Fragilità economica.*
2. Per il Contesto Sistema organizzativo: *Prevenzione; Assistenza; Mortalità evitabile; Disponibilità di servizi; Responsiveness; Welfare integrativo; Sostenibilità; Coesione territoriale.*
3. Per il Contesto Luoghi di vita e ambiente: *Abitazione; Urban Health; Emissioni inquinanti; Antibiotico-resistenza; Eventi meteorologici; Ecoansia*

Data la complessità e la numerosità dei domini considerati, sono stati adoperati per ognuno di essi due o più indicatori, selezionati secondo specifici criteri e requisiti metodologici. L'Indice di Vicinanza della salute over 65 è quindi composto da un totale di 76 indicatori, selezionati secondo quattro specifici criteri di: validità statistica ed istituzionale; disponibilità dei valori in una serie storica adeguata; comparabilità spaziale

³² (Carusi & Russo, La quasi terza età: salute e benessere nella popolazione over 65, 2024)

e temporale e non- sostituibilità di ogni indicatore.

Si è scelto di individuare come anno di partenza delle varie serie storiche di ogni indicatore il 2017, poiché rappresentava l'anno con il miglior trade-off tra lunghezza minima necessaria per le serie storiche e la disponibilità degli indicatori; come ultimo anno di riferimento viene prescelto l'ultimo disponibile dalle fonti, al momento storico il 2022.

Avendo individuato il 2017 come anno di riferimento per l'indicizzazione della serie storica, ogni indicatore è stato calcolato su una nuova base che partisse dal valore percentuale di 100 assegnato all'anno di riferimento, applicando due formule differenti a seconda della polarità (positiva o negativa) del singolo indicatore.

La struttura dell'Indice così descritta rispecchia il bisogno di poter approfondire e studiare singolarmente ogni Contesto, mantenendo una visione complessiva dei livelli e rispettando la loro inevitabile interdipendenza. Ad esempio, i processi ambientali e socioeconomici, che caratterizzano problematiche complesse come: il benessere, le disparità territoriali e lo sviluppo sostenibile, tra le altre, necessitano di un'analisi ad adeguata scala spaziale e temporale, per assicurare una valutazione coerente della complessità delle loro interazioni. Al tempo stesso, benessere, disparità territoriali e sviluppo sostenibile sono concetti non mutualmente esclusivi ma che trovano ragione di una comune griglia analitica di comprensione ed interpretazione, considerando le intime connessioni logiche e definitorie. L'indice permette, quindi, di mantenere coerenza tra varie componenti e fenomeni, ad esempio tra i problemi di salute e le loro determinanti, in termini di creazione e comprensione dei meccanismi di salute, malattia e disagi sociali.

Tale attività di ricerca si dimostra essere uno sforzo necessario per l'analisi e la valutazione dell'allineamento e della coerenza delle policy per il sistema salute nel suo complesso e quindi non solo per l'ambito strettamente sanitario.

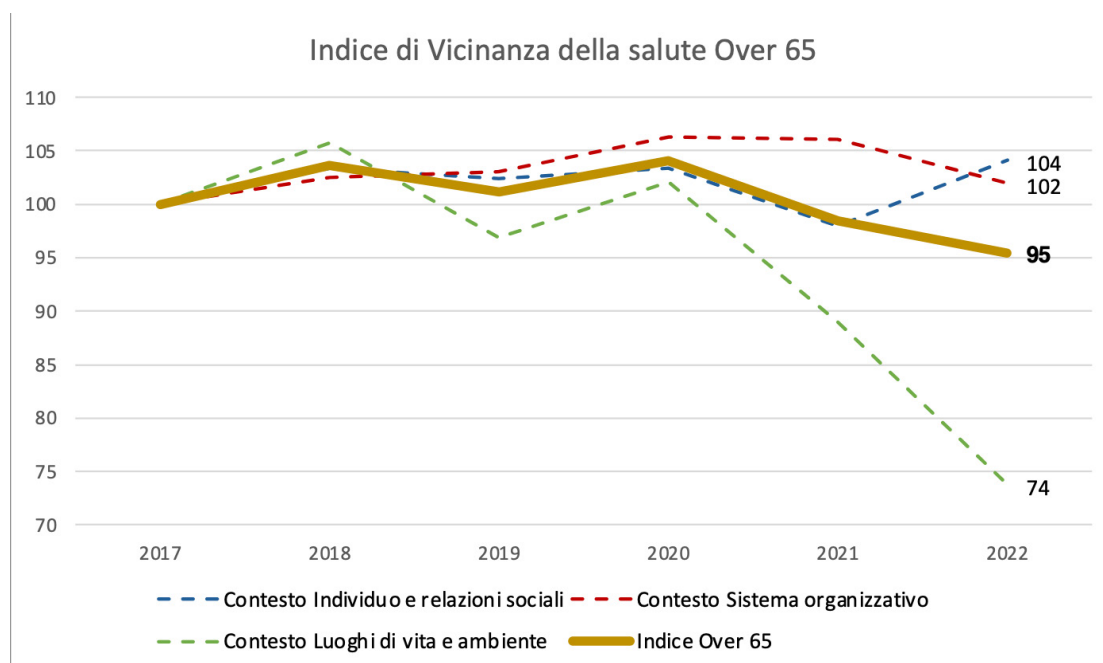


Figura 7 - Andamento dei Contesti e dell'Indice di Vicinanza della salute over 65 – Osservatorio Salute Benessere e Resilienza

I risultati emersi dalla misurazione dell'Indice di Vicinanza della Salute over 65 tracciano un quadro composito delle trasformazioni e delle sfide legate all'invecchiamento della popolazione italiana, proponendo una visione integrata e multidisciplinare del concetto di salute e benessere per gli over 65.

Dalla raffigurazione grafica dell'Indice si può osservare come quest'ultimo, nel suo complesso, sia caratterizzato da un andamento non lineare: si manifesta una variabilità nel corso degli anni, riflettendo la sensibilità alle dinamiche e ai mutamenti interni ai diversi contesti eterogenei di natura sociale, economica ed ambientale. Tale variazione rispecchia la logica insita nell'approccio *One Health*, nel quale ogni aspetto e cambiamento, sia esso endogeno e quindi appartenente alla sfera individuale, sia esterno ad essa, e pertanto afferente a dinamiche che si collocano al di là della capacità di azione del singolo, abbia ricadute importanti sulla vita delle persone, con conseguenze positive o negative sulla vicinanza della salute.

L'Indice mostra inizialmente una modesta crescita fino al 2020, che successivamente descrive una tendenza discendente fino all'ultimo anno osservato, arrivando al minimo storico con il valore di 95.

Il risultato non è dovuto esclusivamente allo shock pandemico, come potrebbe sembrare inizialmente, ma è anche influenzato da altre cause riconducibili ai diversi Contesti.

Dall'analisi condotta dall'Osservatorio emerge come questo risultato sia stato influenzato dal deterioramento di alcune componenti dell'Indice. In particolare, si osserva un declino relativo al Contesto di indagine dedicato ad "Ambiente e luoghi di vita", che risente degli effetti sempre più intensi del cambiamento climatico, arrivando a registrare un valore di 74 punti.

Il Contesto "Individuo e relazioni sociali", dopo aver subito gli effetti negativi delle restrizioni imposte durante la pandemia, mostra una ripresa e raggiunge un valore di 104 punti.

Da ultimo l'andamento del Contesto di indagine "Sistema organizzativo" in costante aumento fino al 2020, arresta a partire da quell'anno la crescita rimanendo costante e mostrando nell'ultimo anno una decrescita, raggiungendo un valore di 102 punti.

Il trend descritto dall'Indice di Vicinanza della salute over 65 appare ancora più critico se posto a confronto con l'andamento dell'Indice di Vicinanza della salute per la popolazione nazionale.

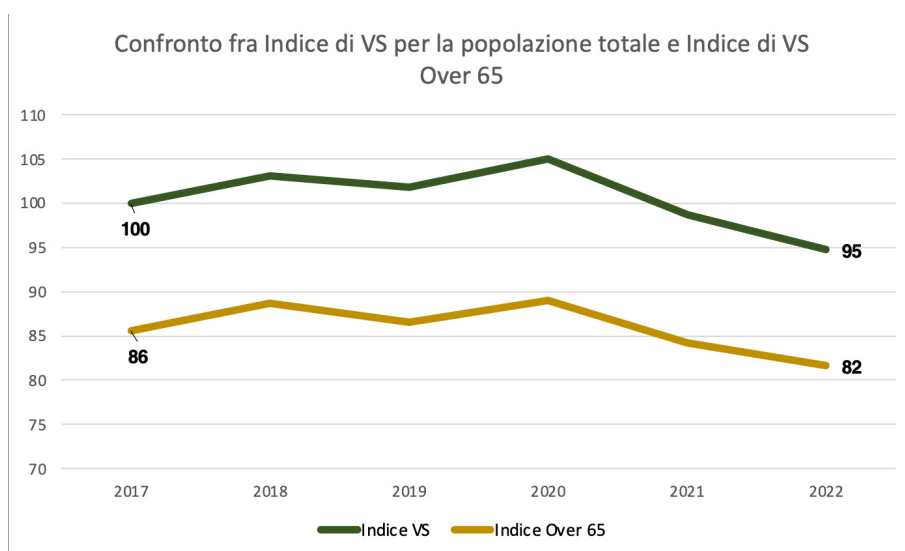


Figura 8 - Andamento dell'Indice di Vicinanza della salute nazionale e dell'Indice di Vicinanza della salute over 65 – Osservatorio Salute Benessere e Resilienza

Il presente grafico raffigura l'ampio gap presente tra la condizione di salute della popolazione anziana rispetto alla media nazionale, differenza che si mantiene pressoché costante nel corso dell'intero quinquennio preso in esame.

In generale, se si analizzano i vari fenomeni esaminati dai Domini dell'Indice si riscontra un trend di recupero che però non riesce a riportare i livelli di salute per la popolazione anziana ai valori pre-pandemici; anzi, con una continua decrescita osservata nei fenomeni già in declino prima del 2020.

La sfera sanitaria è fortemente coinvolta in questo fenomeno di mancato recupero, ma non è l'unica ad essere interessata.

Le condizioni di vita e sociali della popolazione over 65

Di fatto, sebbene il Contesto "Sistema organizzativo" abbia mostrato come l'affanno del sistema sanitario abbia reso impossibile un recupero completo in pochi anni - a causa della combinazione di personale sanitario sottodimensionato e il ritardo nel recupero delle prestazioni sanitarie accumulate, è però il Contesto "Individuo e relazioni sociali" a mostrare le maggiori criticità.

Tale Contesto osserva aspetti specifici e significativi della vita degli anziani, riflettendo la complessità e le interconnessioni delle varie dimensioni del benessere individuale e sociale.

Si può osservare nel grafico successivo quanto aumenti la distanza tra il Contesto "Individuo e relazioni sociali" tra la popolazione over 65 e la media nazionale.

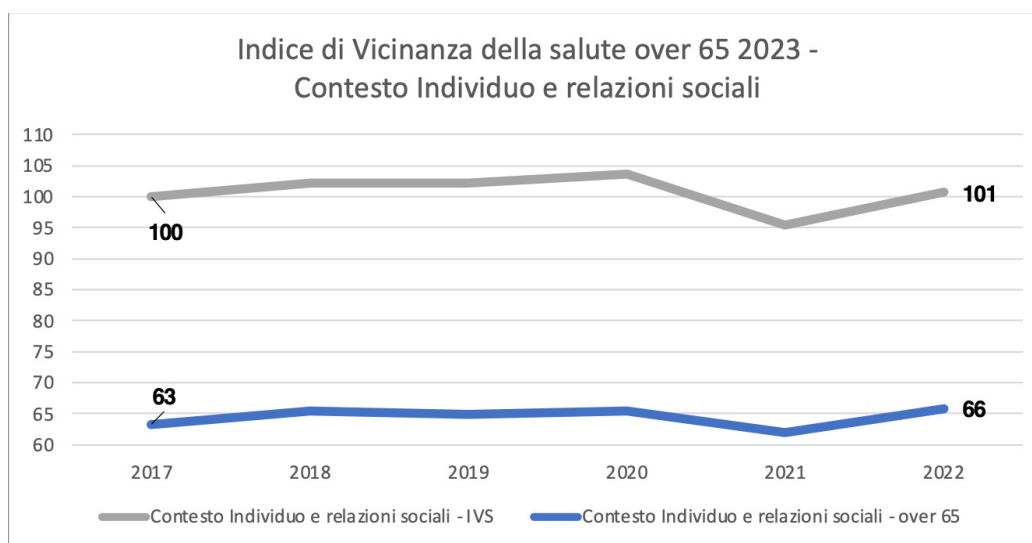


Figura 9 - Andamento del Contesto Individuo e relazioni sociali per la popolazione nazionale e over 65 - Osservatorio Salute Benessere e Resilienza

L'andamento del Contesto per la popolazione over 65 presenta un valore di partenza nettamente al di sotto della media nazionale, attestandosi su un valore di 63 punti.

Nei cinque anni osservati il trend per gli over 65 mostra un andamento simile a quello nazionale, sebbene venga sempre mantenuto un gap di circa 35 punti. Il 2022, come per il contesto nazionale, mostra un lieve

aumento raggiungendo il valore storicamente più alto di 66 punti.

Questa differenza sostanziale è attribuibile a varie condizioni individuali e sociali che evolvono in maniera differente nel quinquennio osservato per la popolazione over 65 rispetto a quella totale. In media, rispetto all'andamento dei Domini dell'Indice per la popolazione totale, i diversi fenomeni analizzati per gli over 65 mostrano delle condizioni di partenza e un andamento più critico, evidenziando le maggiori sfide che questa fascia di popolazione affronta nel rispondere ai mutamenti del contesto storico sociale negli ultimi 5 anni.

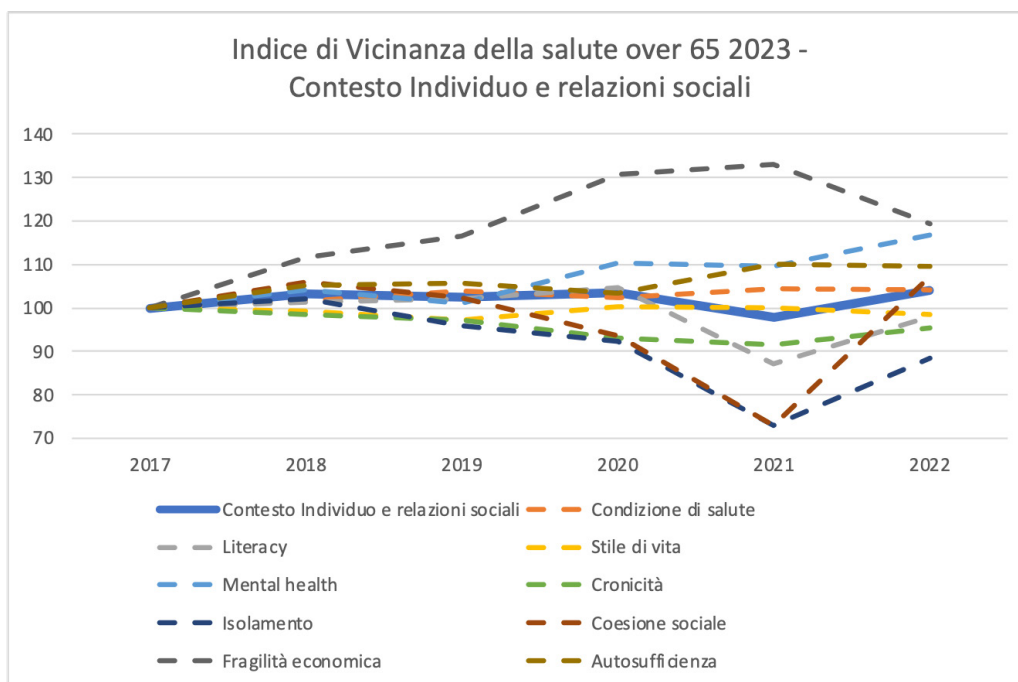


Figura 10 - Andamento del Contesto Individuo e relazioni sociali: Dettaglio indicatori - Osservatorio Salute Benessere e Resilienza

Tra i Domini afferenti al Contesto, nello specifico l'Isolamento, la Literacy e le condizioni di Cronicità rimangono tra le sfide più urgenti da affrontare per migliorare la qualità della vita degli over 65 nel nostro Paese.

Il fenomeno dell'isolamento negli over 65

Analizzando i vari fenomeni più nello specifico, si veda in primis come la tendenza all'isolamento e la perdita di contatto con il mondo esterno costituiscano condizioni particolari di malessere che possono avere gravi conseguenze sullo stato di salute mentale e fisico delle persone, soprattutto per le persone anziane.

Uno dei rischi più significativi che possono scaturire dall'isolamento si configura in una crescente difficoltà e demotivazione del singolo a confrontarsi con la vita sociale, problematica che può condurre ad un vero e proprio rifiuto della stessa.

Solitudine e isolamento concorrono inoltre allo sviluppo di condizioni di stress e depressione, influenzando la qualità della vita percepita, con ricadute negative sull'uso dei servizi sanitari e sulla mortalità stessa dell'individuo³³.

³³ (Leigh-Hunt N, 2017)

Nell'Indice sintetico di Vicinanza della salute over 65 il fenomeno dell'isolamento sociale è esaminato sotto diversi aspetti: secondo la sua accezione di solitudine e, quindi, legato alla qualità dei contatti interpersonali, ma anche e soprattutto come isolamento sociale, definito come mancanza di contatti e connessioni sociali. Nell'ultimo anno è aumentato il numero di over 65 che dichiara di vivere troppo lontano dai familiari, mentre è rimasto pressoché costante il numero di coloro che riconosce di essere in uno stato di solitudine, forse aiutato, nell'ultimo anno, da un aumento della percentuale di persone con relazioni amicali.

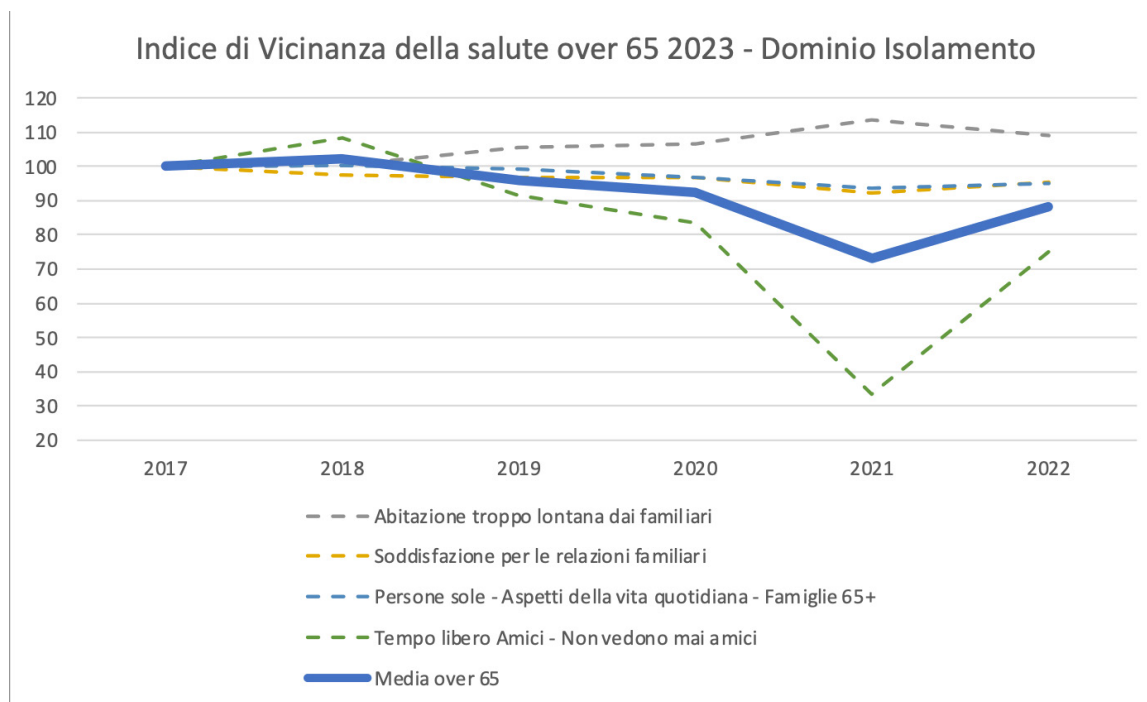


Figura 11 - Andamento del Dominio Isolamento: dettaglio indicatori - Osservatorio Salute Benessere e Resilienza

Il livello di Literacy degli over 65

Insieme all'Isolamento, il livello di Literacy tra la popolazione anziana assume un ruolo preponderante nell'attuale fase storica di sviluppo massivo delle tecnologie digitali.

Il concetto di *literacy* in generale descrive la capacità delle persone di acquisire nuove competenze e la capacità di identificare, comprendere, interpretare, creare e comunicare utilizzando materiale scritto e no, derivante da vari contesti. Si tratta della componente che agisce ad un livello profondo e basilare e rappresenta l'investimento da compiere in tema di formazione e diffusione culturale per tutta la società. Un alto livello di *literacy* diffuso tra la popolazione influenza positivamente e profondamente la condizione di benessere degli individui, poiché influenza scelte di vita più salutari e comportamenti meno rischiosi, oltre a contribuire alla diminuzione delle disuguaglianze.

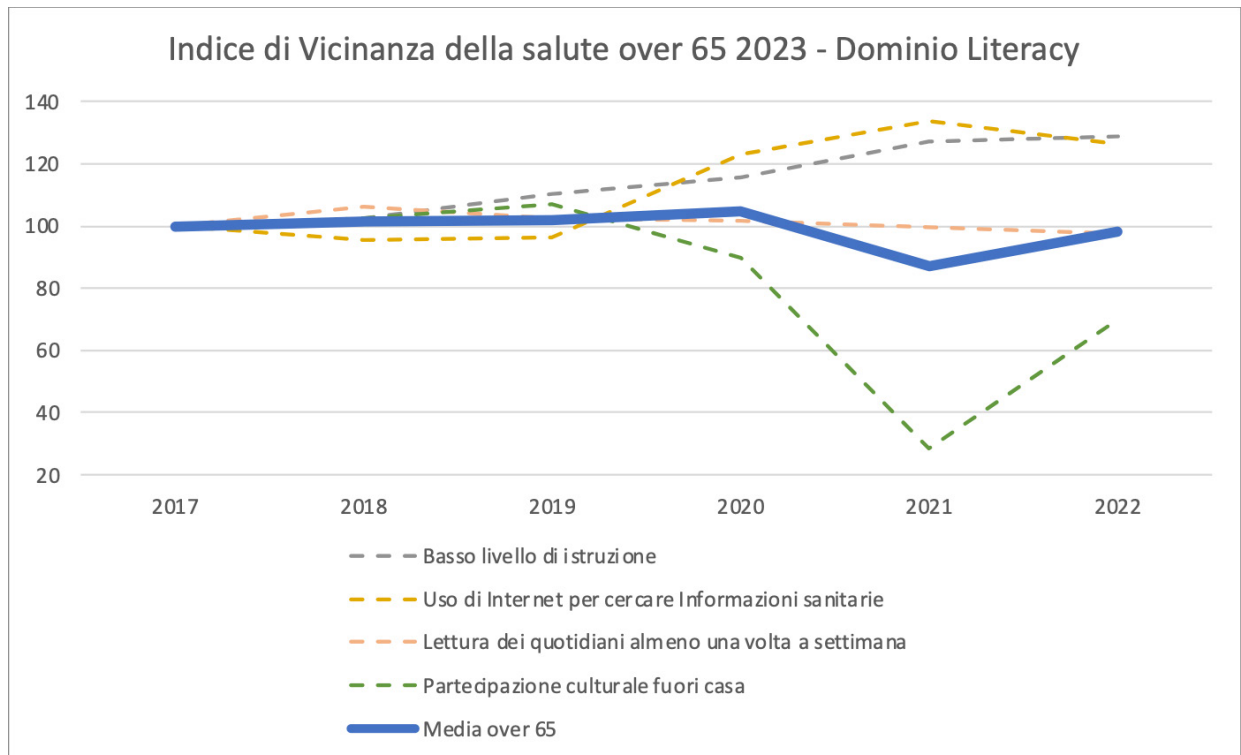


Figura 12 - Andamento del Dominio Literacy: dettaglio indicatori - Osservatorio Salute Benessere e Resilienza

In quest'ottica, il livello di literacy influenza direttamente la capacità degli over 65 di comprendere correttamente le informazioni sanitarie e di conseguenza prendere decisioni consapevoli e corrette riguardo il loro stato salute (*Health literacy*).

Non solo, se si pensa alla rapida digitalizzazione dei servizi sanitari, sviluppare alti livelli di *Digital literacy* diviene essenziale anche per evitare nuove forme di "disabilità digitale" e superare il fenomeno del digital divide: una delle condizioni critiche più significative per la popolazione over 65.

Per gli anziani il digital divide comporta limitazioni considerevoli nell'accesso ai servizi e alle opportunità offerte dalla tecnologia, con implicazioni dirette sulla loro qualità di vita e sulla loro inclusione sociale. In questo senso, è stata dimostrato l'esistenza di un legame diretto tra i livelli di alfabetizzazione sanitaria digitale, le disparità socioeconomiche e la qualità dello stile di vita³⁴.

Diviene, quindi, indispensabile adottare un approccio multidisciplinare che responsabilizzi i cittadini e contribuisca a creare le competenze necessarie affinché tutti gli utenti, soprattutto gli over 65, possano accedere ai servizi sanitari e sociali e trarne beneficio.

Per analizzare il livello di digital literacy è interessante osservare la rilevazione a livello nazionale delle **competenze digitali stratificate per età**, dove si riscontra un sostanziale **divario** di punti (44 punti percentuali) tra le due fasce di età 20-24 e 75-74 per quanto riguarda le competenze digitali almeno di base³⁵.

³⁴ (Euro Health Net, 2021)

³⁵ (Eurostat, Digitalisation in Europe, 2023)

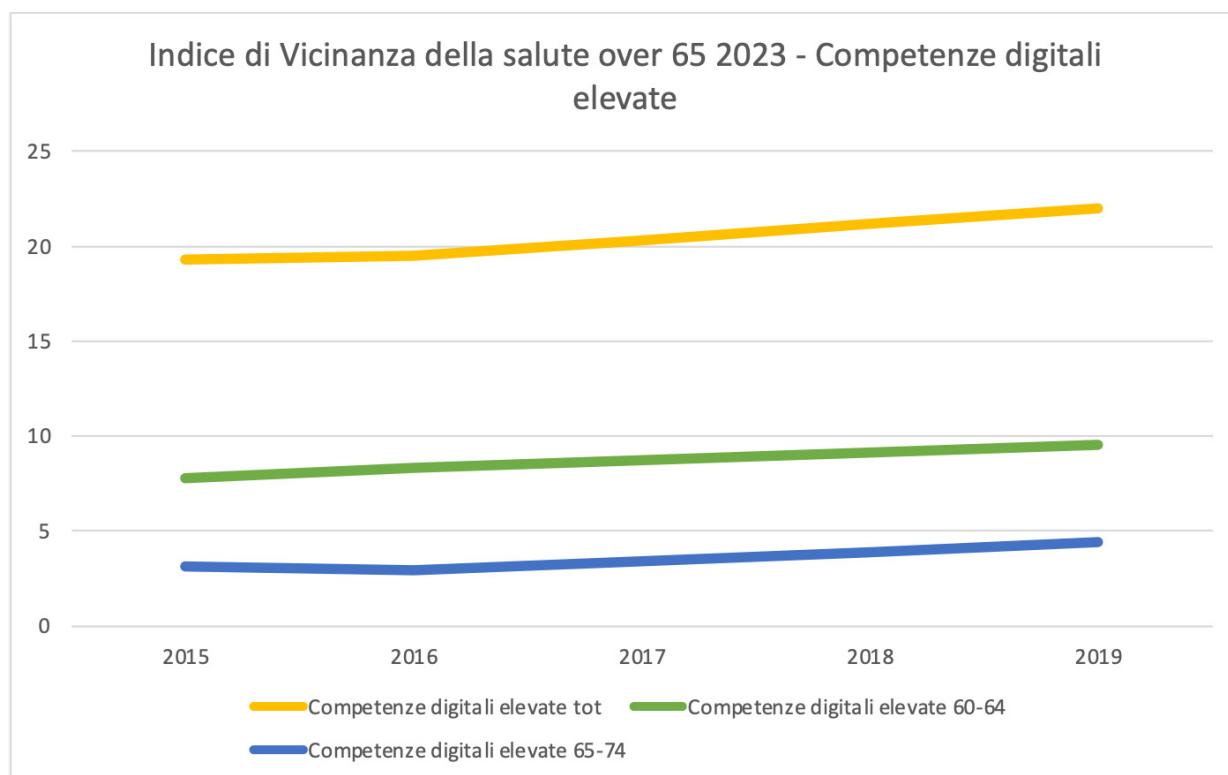


Figura 13 - Competenze digitali elevate – Osservatorio Salute Benessere e Resilienza su Istat

In quest’ottica il focus *Competenze digitali elevate*, elaborato ad hoc dall’Osservatorio a corredo dell’Indice di Vicinanza della Salute over 65, vuole fornire un’analisi di contesto sull’andamento di tale fenomeno sia a livello nazionale sia per la popolazione con più di 60 anni, comparando il trend generale con le fasce d’età 60-64 e 65-74.

È evidente come lo sviluppo delle competenze digitali elevate sia strettamente collegato alle nuove generazioni e quindi, di contro, quale sia la parte della popolazione che necessita di più attenzione e specifiche misure di supporto. Al crescere dell’età, infatti, si abbassa la percentuale di popolazione in possesso delle competenze necessarie per fruire compiutamente dei servizi digitali.

Possedere competenze digitali adeguate permetterebbe di superare il diffuso sentimento di diffidenza nei confronti dei servizi e strumenti tecnologici e digitali (si pensi alla telemedicina) necessari, in generale, per la presa in carico del paziente e quindi per la prevenzione di complicazioni del quadro clinico, ma soprattutto per un’efficace gestione dei pazienti cronici.

Il tema della stretta relazione che sussiste tra dotazione culturale e socioeconomica e qualità della vita in salute è bene espresso dalla “curva di Marmot” attraverso la quale si evidenzia il **gradiente tra deprivazione e andamento sia dell’aspettativa di vita sia dell’aspettativa di vita in salute.**

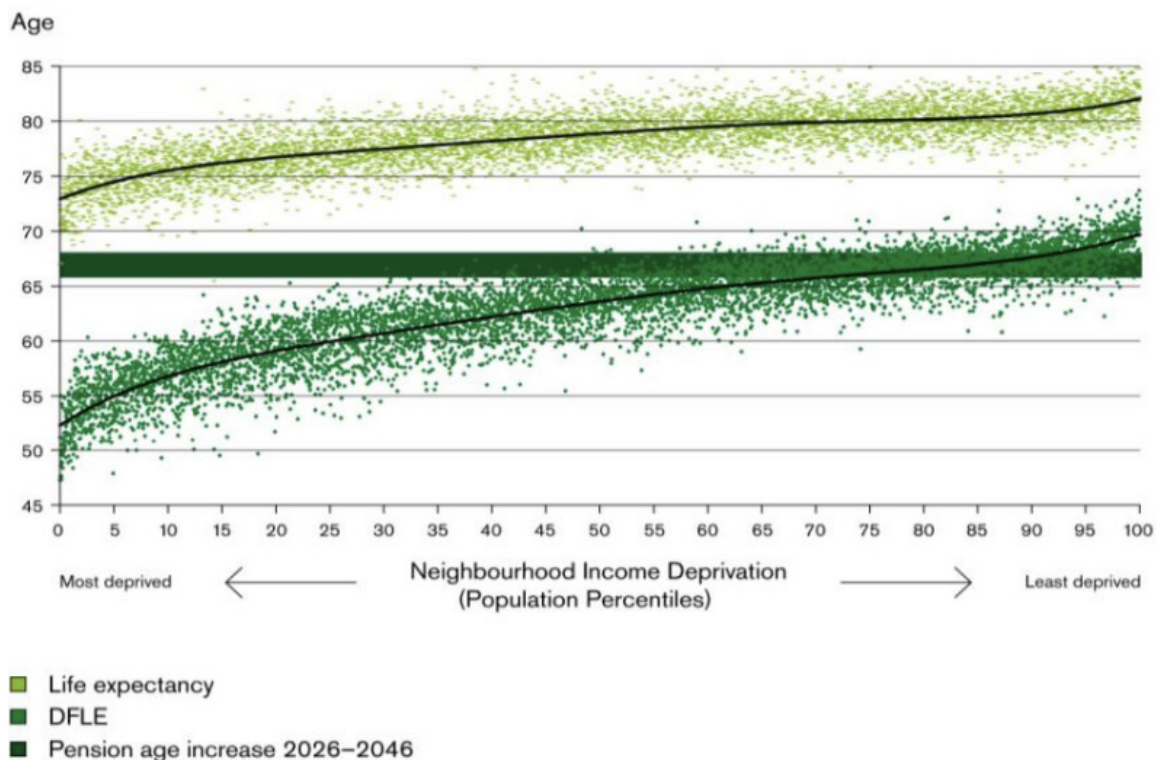


Figura 14 - Life expectancy and disability-free life expectancy (DFLE) at birth, persons by deprivation, England, 2009

Negli anni più recenti la composizione dei fattori che influenzano l'aspettativa di vita in salute è profondamente cambiata modificandosi la composizione e l'intensità del *burden of disease* delle varie patologie che interessano la popolazione in generale e quella senior in particolare, con una sempre maggiore diffusione di malattie croniche e disagi legati alla cronicità.

Aspettativa di vita: popolazione anziana tra fragilità e cronicità

In merito al tema della gestione della cronicità diviene importante chiarire come l'aumento della speranza di vita non sempre coincida con un aumento degli anni di vita in buona salute; molte persone vivono più a lungo nonostante la presenza di una o più malattie croniche.

I dati Eurostat mostrano come il nostro Paese si caratterizzi per avere una popolazione mediamente molto longeva: nel 2022 l'aspettativa di vita è di circa 83 anni, mentre ci si aspetta si possa vivere senza complicazioni croniche o problemi di salute fino a 68 anni³⁶.

Nel grafico a seguire, elaborato dall'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, appare chiaro il profondo *divario presente tra l'aspettativa di vita e l'aspettativa di vita in salute* che si mantiene ormai stabile da almeno un decennio, e, conseguentemente, si può immaginare il peso economico e assistenziale che ci si aspetta ricada sui sistemi sanitari.

³⁶ Dato 2021 (Eurostat)

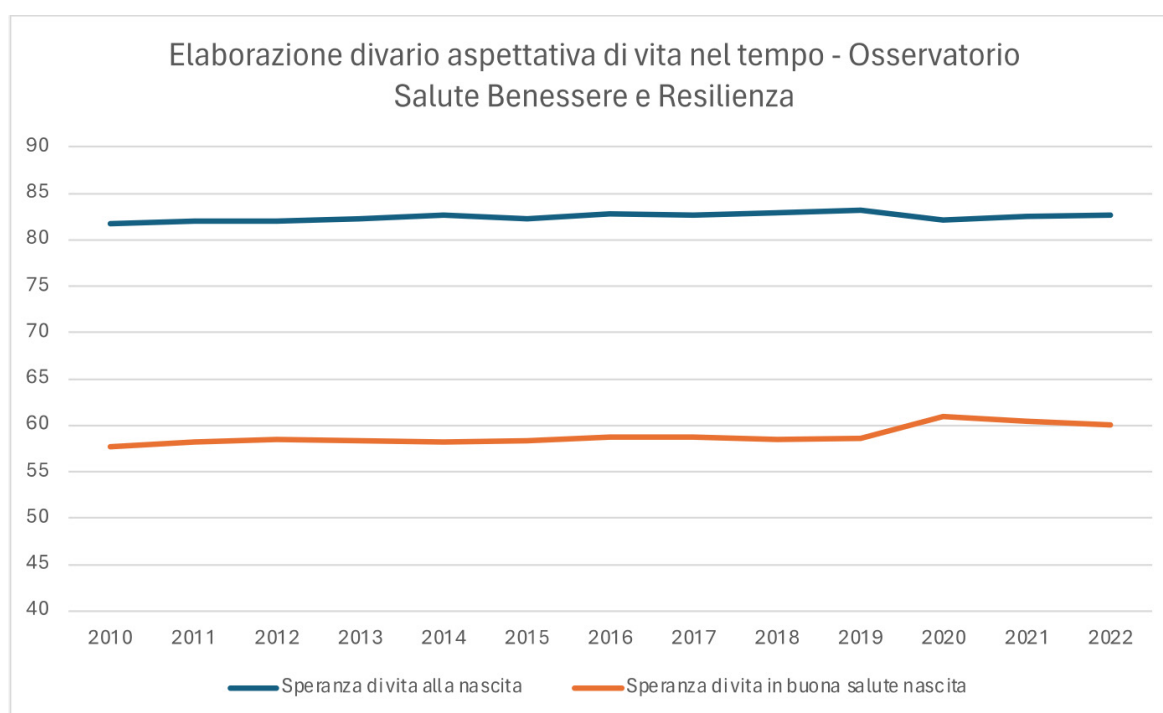


Figura 15 – Divario tra aspettativa di vita alla nascita ed in buona salute alla nascita nel tempo - elaborazione Osservatorio Salute Benessere e Resilienza su dati ISTAT

La transizione demografica condiziona quindi direttamente la maggiore incidenza delle malattie non trasmissibili (NCDs) o più precisamente delle **malattie croniche non trasmissibili (MCNT)**, essendo queste malattie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche, come anche disturbi muscoloscheletrici, tumori ecc.

Di fatto, l'invecchiamento della popolazione comporta inevitabilmente un aumento di persone inclini a sviluppare simili condizioni critiche tipicamente associate all'età³⁷, come una crescente condizione di fragilità. In aggiunta, fenomeni come l'urbanizzazione, oltre che la globalizzazione, la rivoluzione tecnologica e il cambiamento climatico hanno condotto a profondi cambiamenti sociali e culturali che hanno inciso profondamente sullo stile di vita della popolazione e, quindi, hanno contribuito all'aumento delle NCDs; si pensi ai fattori di rischio modificabili legati alle diete inadeguate, all'inattività fisica, al consumo di tabacco e alcol.

In questo scenario critico, l'active ageing - o invecchiamento attivo - diviene uno strumento chiave: essendo quel processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza³⁸, che vuole promuovere l'adozione di uno stile di vita sano e attivo per gli anziani.

Nel 2028 si prevede che il numero di malati cronici in Italia salirà a 25 milioni, mentre i multi cronici saranno 14 milioni, questi rappresenteranno una popolazione cospicua che si affaccerà per la prima volta alla non autosufficienza o che assisterà ad un aggravarsi delle proprie condizioni fisiche³⁹.

Di fatto, come si può osservare dai grafici sottostanti, è la *composizione delle condizioni di cronicità e*

³⁷ (Ministero della Salute, Malattie croniche non trasmissibili, 2024)

³⁸ Organizzazione Mondiale della Sanità

³⁹ (Osservatoriosalute, 2018)

fragilità nella popolazione anziana che già nello scorso decennio ha subito sostanziali mutamenti.

Ad una tendenza in costante crescita dell'incidenza della popolazione anziana sul totale, si assiste contemporaneamente ad una riduzione percentuale della fragilità in questi soggetti dovuta al miglioramento complessivo delle condizioni di invecchiamento; per contro si assiste ad un aumento della diffusione delle malattie croniche nella popolazione con un aumento contestuale però dei “cronici in buona salute”.

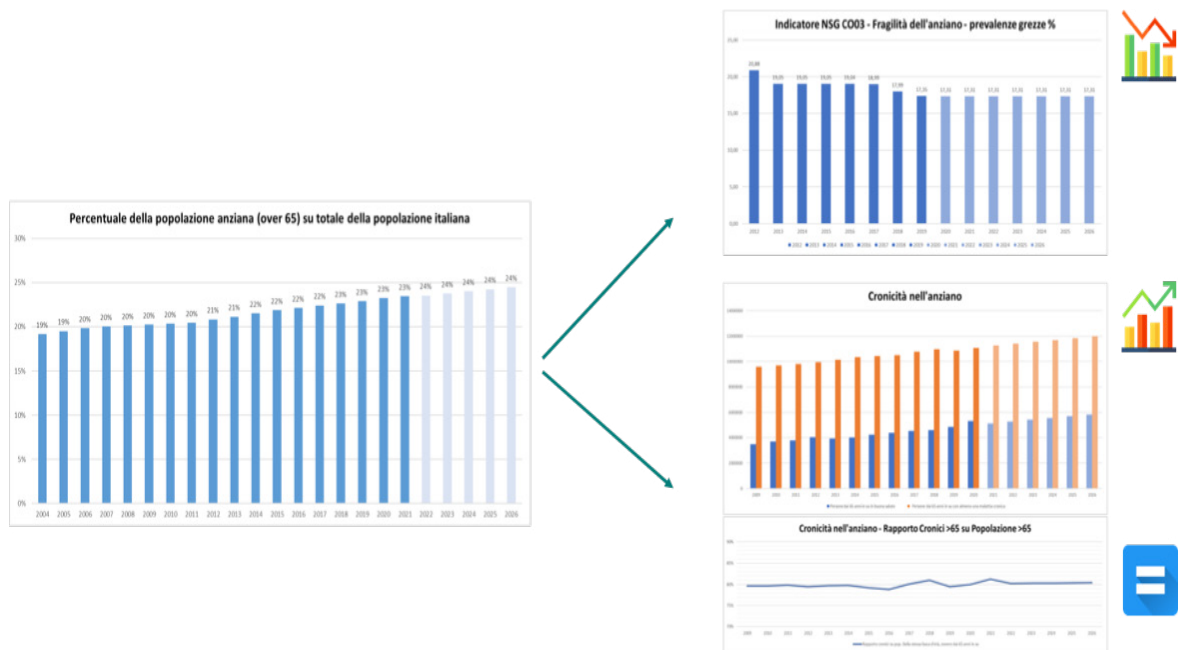


Figura 16 – Fragilità e cronicità nella popolazione over 65

Da un punto di vista sanitario sono numerosi gli studi che evidenziano come una crescente prevalenza delle NCDs impattino sui sistemi sanitari. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le NCDs sono responsabili di circa il 74% di tutti i decessi a livello globale, con significative implicazioni per la qualità della vita e l'economia, come riportato nel più recente rapporto *Invisible numbers: the true extent of noncommunicable diseases and what to do about them*⁴⁰, pubblicato a settembre 2022.

La presenza diffusa di queste patologie ha implicazioni significative per i sistemi sanitari, richiedendo un'evoluzione verso modelli di assistenza focalizzati sulla prevenzione, sulla gestione a lungo termine delle condizioni croniche (LTC) e sull'integrazione dei servizi sanitari e sociali.

Il burden of disease tra Funzionamento e Contesto

In tal senso, si inserisce il concetto di *burden of disease* o carico di malattia, diffuso dal *Global Burden of Disease Study (GBD)*⁴¹, che nasce da uno studio a livello globale diretto a valutare sistematicamente l'impatto delle principali malattie, infortuni e fattori di rischio sulla salute. Queste ricerche ed analisi, condotte periodicamente, forniscono dati dettagliati e aggiornati che descrivono un quadro as-is di salute pubblica a livello mondiale, nazionale e locale.

⁴⁰ (OMS, *Invisible numbers The true extent of noncommunicable diseases and what to do about them*, 2022)

⁴¹ (IHME)

Il GBD ha evidenziato, nello specifico, l'aumento del carico delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT), come le malattie cardiovascolari, il cancro e il diabete, rispetto alle malattie infettive, in particolare nei paesi a basso e medio reddito, segnalando un cambiamento nelle priorità di salute pubblica a livello globale, in modo da poter migliorare i sistemi sanitari ed eliminare le disparità.

Il “**burden of disease**” viene misurato attraverso il DALY (Disability Adjusted Life Years)⁴² e, quindi, con gli indicatori *Anni di Vita Persi* (YLL, Years of Life Lost) e *Anni Vissuti con Disabilità* (YLD, Years Lived with Disability) ed intende quindi superare gli indicatori di mortalità, misurando la salute delle popolazioni in modo standard e confrontabile.

Questo al fine di aiutare a prendere decisioni in termini di sanità pubblica che non siano basate solo sulla aspettativa di vita alla nascita; ma grazie al confronto dello stato di salute di una o più popolazioni in due diversi istanti temporali, rendendo possibili eventuali analisi di costo-efficacia di particolari interventi sanitari.

Nel contesto nazionale italiano, il Ministero della Salute e Agenas attraverso il progetto **PON GOV Cronicità**⁴³ e l'elaborazione del relativo Manuale Operativo, hanno inteso sviluppare uno strumento operativo di guida per rispondere efficacemente a questa sfida per il nostro sistema Paese, promuovendo lo sviluppo di una comunità di pratica e proponendo una pianificazione e una strategia integrate e digitali per la gestione delle malattie croniche, con un forte accento sulla prevenzione secondaria e terziaria.

Attraverso la definizione e sistematizzazione di strumenti concettuali e metodologici a supporto dell'analisi, progettazione e valutazione di interventi e del change management, si vogliono stimolare processi innovativi ed ottimizzare gli sforzi di innovazione, promuovendo l'uso e l'adattamento di soluzioni tecnologiche per la presa in carico di pazienti cronici.

Questo approccio si concentra non solo sul trattamento delle malattie esistenti ma anche sulla prevenzione delle complicazioni e sulla promozione di uno stile di vita sano tra la popolazione affetta da condizioni croniche, attraverso l'educazione sanitaria e il supporto psicosociale.

La **long term care**, o assistenza a lungo termine, assume un ruolo cruciale in questo panorama, offrendo soluzioni per il sostegno continuativo a persone con esigenze di assistenza prolungate, sia per condizioni legate all'invecchiamento che per malattie croniche. Il nostro sistema di assistenza a lungo termine è un mix complesso di servizi pubblici e privati, assistenza formale e informale, che cerca di rispondere ai bisogni di un target specifico della popolazione.

Dunque, il continuo mutamento dei bisogni e delle condizioni della popolazione over 65 influenzerà con sempre maggiore incidenza la nostra società ed economia, richiedendo una pronta responsiveness e flessibilità continua da parte dei servizi erogati e delle politiche adottate. Questo diviene possibile grazie soprattutto alla capacità del sistema di poter monitorare e osservare lo stato di salute e l'evoluzione delle esigenze di questa fascia di popolazione.

In quest'ottica si presenta cruciale il sistema di rilevazione sviluppato dall'OMS: la **Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)**⁴⁴. Questo strumento offre una visione complessiva e articolata della salute umana, non limitandosi solo alla diagnosi di malattie o condizioni mediche, ma abbracciando una prospettiva più ampia che include il funzionamento e la partecipazione delle persone in vari contesti della vita quotidiana. L'ICF è suddiviso in due componenti principali: *Funzionamento*

⁴² DALYs = YLLs + YLDs (Years of Life Lost -YLLs); (Years of Life lived with Disability -YLDs).

⁴³ (Ministero della Salute, Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità, 2023)

⁴⁴ (World Health Organization, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF))

e Disabilità e Fattori Contestuali.

Uno degli aspetti più innovativi del modello ICF è l'enfasi sulla relazione tra la persona e l'ambiente circostante. Secondo questa visione il benessere e la disabilità di un individuo non sono determinati esclusivamente dalle sue condizioni di salute, ma anche dal contesto in cui vive. Più nello specifico viene declinata la disabilità come una condizione di salute inserita in un ambiente sfavorevole. Ad esempio, una persona con una disabilità motoria può essere fortemente limitata in un ambiente privo di strumenti o servizi adeguati di supporto come rampe, ascensori o bagni accessibili e, di contro, vivere con una maggiore indipendenza e partecipazione in un ambiente progettato con simili strutture.

Più in generale, considerando la transizione demografica in atto e quindi le esigenze in evoluzione di una fascia di popolazione sempre più ampia, con un crescente desiderio di indipendenza e partecipazione sociale, questo approccio promosso dall'OMS sottolinea l'importanza di creare ambienti inclusivi che riducano le barriere e favoriscano la partecipazione di tutti.

Il fenomeno dell'ageismo

L'inclusione sociale assume maggiore importanza se si pensa al sempre più diffuso fenomeno dell'Ageismo.⁴⁵ L'Ageismo è una forma di discriminazione e pregiudizio basata sull'età, che può colpire sia le persone anziane che quelle più giovani. Il termine è stato coniato dal gerontologo Robert N. Butler già nel 1969 per descrivere stereotipi negativi e discriminazioni contro gli anziani. L'Ageismo può quindi manifestarsi in vari modi, influenzando l'accesso al lavoro, ai servizi sanitari, alla partecipazione sociale e persino alla percezione di sé delle persone che ne diventano vittima.

Questo fenomeno ha di conseguenza diverse ricadute sulla salute, ad esempio accelerando il declino cognitivo negli anziani, poiché i vari stereotipi negativi sull'invecchiamento possono influenzare la percezione di sé e condurre ad una riduzione delle capacità cognitive. Il settore sanitario non si dimostra esente da questo tipo di atteggiamenti discriminatori: il supporto medico e sociale può risultare inadeguato a causa di pregiudizi sull'età, condizionando un recupero più lento da disabilità o malattie.

Interventi educativi, politiche inclusive e promozione del contatto intergenerazionale possono contribuire a ridurre gli effetti negativi dell'ageismo sulla salute. In quest'ottica nel 2019, durante il congresso dell'Associazione Italiana di Psicogeriatrica, è stata promossa la *Carta di Firenze contro l'Ageismo*. Questo documento mira a sensibilizzare e combattere l'ageismo, enfatizzando l'importanza di promuovere una cultura del rispetto e dell'inclusione delle persone anziane, e di adottare politiche e pratiche che contrastino la discriminazione basata sull'età.

La creazione di una società più equa e inclusiva diviene fondamentale se si pensa che, nonostante l'individuo rimanga il primo attore e responsabile della propria salute, sono gli aspetti sociali e le condizioni ambientali in cui le persone vivono a condizionare direttamente lo stato di salute.

Quindi, strutturare e favorire un sistema di salute che tenga in considerazione questa causalità e che rispetti un approccio olistico, integrando aspetti sanitari, sociali, economici e ambientali, diviene l'unica soluzione perseguibile per la tutela della salute di tutta la popolazione, non solo degli anziani.

Anche in questo senso va lo sforzo dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza di promuovere un nuovo approccio ai fenomeni di salute emergenti basato sul concetto di **Vicinanza della salute**, un approccio in grado di includere compiutamente in un unico ecosistema tutti gli attori della salute, di individuare le priorità non solo sanitarie di intervento a sostegno della salute, e di promuovere proposte di policy che individuino le

⁴⁵ (World Health Organization, Global report on ageism, 2021)

migliori forme attuative per la tutela della salute⁴⁶ e che siano sempre più inclusive al fine di rendere la salute più vicina per tutta la popolazione.

Bibliografia

- Carusi, D., & Russo, C. (2024). *La quasi terza età: salute e benessere nella popolazione over 65*. Tratto da Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, Fondazione Bruno Visentini: <https://www.osservatoriosalute.it/attivita>
- Carusi, D., & Russo, C. (2024). *Unire i puntini: verso un Piano nazionale di salute - II Rapporto 2023*. Tratto da Osservatorio Salute Benessere e Resilienza, Fondazione Bruno Visentini: <https://www.osservatoriosalute.it/rapporto-2023>
- Euro Health Net. (2021). *Digital health literacy for Europe's digital future*. Tratto da https://eurohealthnet.eu/wp-content/uploads/publications/2022/220225_digital_health_literacy_seminar_final_event_report.pdf
- Eurostat. (2023). *Ageing Europe - looking at the lives of older people in the EU*. Tratto da [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_looking_at_the_lives_of_older_people_in_the_EU#:~:text=Ageing%20Europe%20%E2%80%94%20looking%20at%20the,downloadable%20in%20PDF%20format%20\(cat](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_looking_at_the_lives_of_older_people_in_the_EU#:~:text=Ageing%20Europe%20%E2%80%94%20looking%20at%20the,downloadable%20in%20PDF%20format%20(cat)
- Eurostat. (2023). *Digitalisation in Europe*. Tratto da <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/digitalisation-2023>
- IHME. (s.d.). *Global Burden of Disease (GBD)*. Tratto da <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd>
- ISTAT. (2023). *Rapporto annuale 2023. La situazione del Paese*. Tratto da <https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2023/Rapporto-Annuale-2023.pdf>
- Leigh-Hunt N, B. D. (2017). *An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness*. *Public Health*.
- Ministero della Salute. (2023). *Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità*.
- Ministero della Salute. (2024, febbraio 7). *Malattie croniche non trasmissibili*. Tratto da <https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/dettaglioContenutiPrevenzione.jsp?lingua=italiano&id=5762&area=prevenzione&menu=obiettivi2020#:~:text=Le%20malattie%20croniche%20non%20trasmissibili,la%20maggior%20parte%20delle%20quali>
- OECD. (2019). *Working Better with Age*. Tratto da <https://www.oecd.org/employment/working-better-with-age-c4d4f66a-en.htm>
- Osservatoriosalute. (2018). *Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*.
- Pani, L. (2014, gennaio 21). *Il diritto alle cure per tutti: una sfida per l'intero Sistema Sanitario Nazionale*. Tratto da AIFA: <https://www.aifa.gov.it/-/il-diritto-alle-cure-per-tutti-una-sfida-per-l-intero-sistema-sanitario-nazionale>
- UNECE. (2021). *Ageing in the digital era – UNECE highlights key actions to ensure digital inclusion of older persons*. Tratto da <https://unece.org/media/press/358156>
- World Health Organization. (2021). *Global report on ageism*. Tratto da <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340208/9789240016866-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (s.d.). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Tratto da <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

⁴⁶ (Carusi & Russo, *Unire i puntini: verso un Piano nazionale di salute - II Rapporto 2023*, 2024)

Diseguaglianze di accesso ai servizi per la salute: gli esiti del Rapporto civico sulla salute 2023

Francesca Moccia

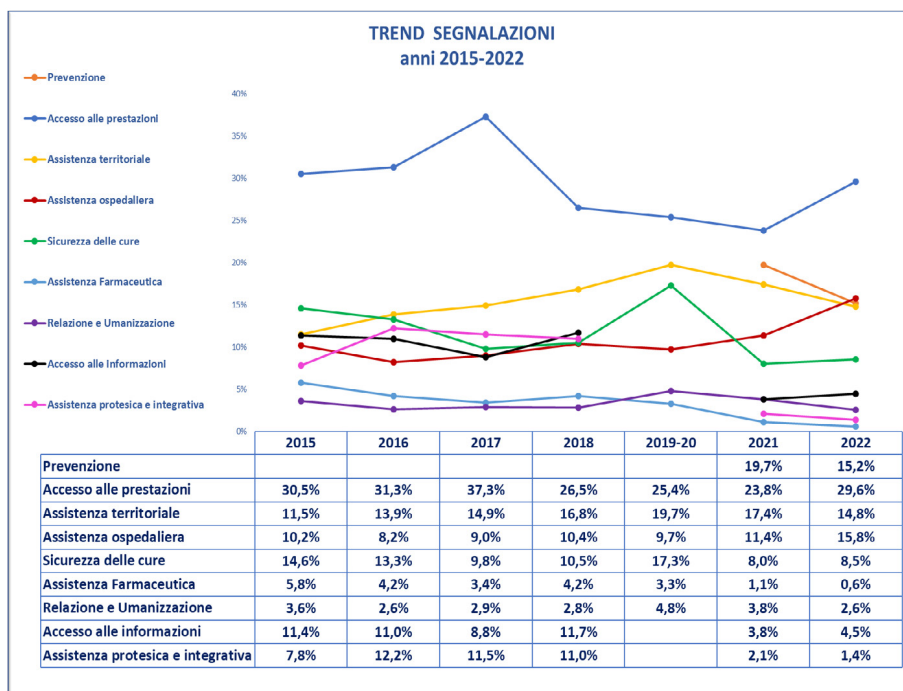
Premessa

Il Rapporto civico sulla salute di Cittadinanzattiva fornisce annualmente un quadro sulla capacità del Servizio Sanitario Nazionale di rispondere, nelle diverse Regioni, al bisogno di salute e di servizi ad essa dedicati, garantendo il rispetto dei principi di universalità, solidarietà ed equità sui quali si fonda e integrando diverse fonti di informazione, a partire dalle segnalazioni spontanee dei cittadini.

In particolare, le segnalazioni dei cittadini sono contenute nel Rapporto PiT Salute e quelle prese in considerazione nell'ultimo Rapporto civico presentato a maggio 2023 - circa 14.272 - si riferiscono al periodo che va dal 1° gennaio al 31 dicembre 2022.

1. I dati del PiT Salute

Trend delle segnalazioni.



Fonte: Rapporto Pit Salute 2023 — Cittadinanzattiva

Il Trend delle segnalazioni elaborate dal Pit Salute negli ultimi sette anni (20015-2022) mostra il consolidarsi, quale oggetto delle segnalazioni più ricorrenti, il tema dell'accesso alle prestazioni (con una forchetta di percentuale che varia dal 30,5% del 2015 al 29,6% nel 2022) e dell'assistenza ospedaliera (si passa dal 10,2% del 2015 al 15,8% nel 2022), seguiti da prevenzione (scende al 15,2% nel 2022, era al 19,7% nel 2021) e assistenza territoriale (la forchetta percentuale varia dall'11,5% del 2015 al 14,8% nel 2022).

Oggetto delle segnalazioni del 2022: sintesi dei principali risultati

Nel 2022, l'oggetto delle principali segnalazioni da parte dei cittadini è: al primo posto l'accesso alle prestazioni (29,6%), al secondo l'assistenza ospedaliera (15,8%), al terzo la prevenzione (15,2%), al quarto le cure primarie e assistenza sanitaria di prossimità (14,8%), precisiamo che si tratta della "voce" relativa all'assistenza territoriale, e al quinto posto la sicurezza delle cure (8,5%).

Seguono le segnalazioni su accesso alle informazioni e documentazioni (4,5%), assistenza previdenziale (2,8%), umanizzazione e relazione con operatori sanitari (2,6%), spesa privata e ticket elevati (1,7%) e assistenza protesica e integrativa (1,4%).

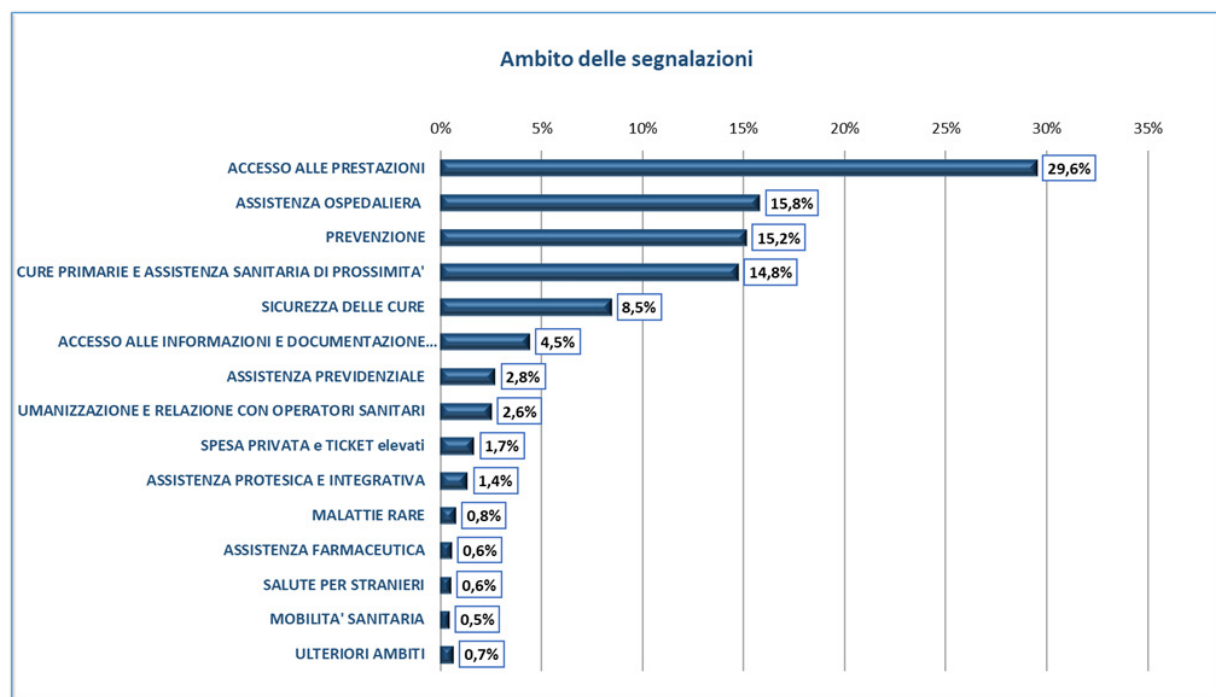


Figura 2. Fonte: Rapporto Pit Salute 2023 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica – Cittadinanzattiva

In coda per numero di segnalazioni quelle relative a: malattie rare (0,8%), assistenza farmaceutica (0,6%), salute per stranieri (0,6%), mobilità sanitaria (0,5%), ulteriori ambiti (0,7%).

Accesso alle prestazioni (29,6%)

L'accesso alle prestazioni è risultato l'ambito più critico per i cittadini che nel 2022 si sono rivolti a Cittadinanzattiva.

In questo ambito i temi specifici delle segnalazioni riguardano: **le liste d'attesa** (49,5%), **le difficoltà di**

accesso alle prestazioni (43,5%), **l'intramoenia** (6,9%).

Il tema delle liste d'attesa da anni ormai rappresenta un elemento di enorme disagio e stress per i cittadini, nel corso degli ultimi tre anni (2020-2023) è esploso in maniera incontenibile a causa di tutti i ritardi ulteriori dovuti all'emergenza da covid che si sono sommati alle "disfunzioni" già presenti nella gestione delle liste d'attesa e all'incapacità di programmare misure capaci di garantire il rispetto dei tempi nell'accesso alle cure. Il 2022 doveva essere l'anno della ripresa e anche del recupero dei ritardi sulle liste d'attesa dopo due anni di pandemia, invece, la tanto auspicata "ripartenza" non c'è stata e i cittadini si sono visti negare un diritto fondamentale.

Oltre alle liste d'attesa, i cittadini hanno segnalato **altre difficoltà di accesso alle prestazioni** che denotano una grande difficoltà e barriere d'accesso al servizio già dalla fase di prenotazione di una visita, ad esempio la difficoltà di contattare il Cup o riprogrammare visite, l'impossibilità di prenotare per liste boccate o attesa troppo lunga per contattare telefonicamente il Cup. In merito **all'Intramoenia**, i cittadini lamentano principalmente il fatto di essere stati indirizzati dagli stessi operatori del Cup verso una visita in regime di intramoenia o privata.

Assistenza ospedaliera (15,8%)

Un'altra area particolarmente critica nella quale i cittadini hanno riscontrato molte difficoltà è quella dell'assistenza ospedaliera che quest'anno si classifica al terzo posto per percentuale di segnalazioni.

In questo ambito le segnalazioni riguardano: **l'Emergenza- Urgenza e i Pronto Soccorso** (77,3%), **i ricoveri** (13,1%), **e le dimissioni** (9,7%).

Il tema dell'Emergenza e dei Pronto soccorso nel 2022 hanno rappresentato una forte criticità, in particolare sono stati segnalati: sovraffollamento nei Pronto Soccorso, lunghe ore d'attesa, disorganizzazione nella gestione delle priorità e carenza di personale.

Si tratta di situazioni in cui i cittadini effettivamente si confrontano con l'organizzazione dei servizi quali, in primis, la gestione delle urgenze e poi con la vera e propria presa in carico a livello ospedaliero con tutte le particolarità del caso. Nel settore dell'assistenza ospedaliera, da anni urge una riforma di sistema che va di pari passo con la riforma dell'assistenza territoriale e di prossimità. La carenza di personale, il ritardo nell'impiego dei fondi del PNRR e la pandemia appena conclusa, hanno ridotto quasi al "collasso" un settore già di per sé molto critico.

Prevenzione (15,2%)

Il tema della prevenzione, al secondo posto per percentuale di segnalazioni contiene quattro voci principali di dettaglio: **Vaccinazioni Anti Sars-CoV-2** (43,0%), **Vaccinazioni ordinarie** (24,7%), **Screening mammografico** (13,1%), **Screening colon retto** (11,75%).

Le vaccinazioni Anti Sars – Cov -2 continuano ad essere l'ambito più segnalato nel settore della prevenzione anche se rispetto al 2021 sono sensibilmente diminuite (- 33,7%) , le difficoltà nell'avvio della campagna vaccinale anti- covid (gennaio 2021), unite alle differenze e diseguaglianze riscontrate nelle diverse regioni hanno fatto sì che i cittadini, almeno nei primi mesi di avvio della campagna, vivessero forti disagi dovuti principalmente a difficoltà nelle prenotazioni dei vaccini, informazioni contrastanti sulla vaccinazione (fasce prioritarie, intervallo tra una dose e l'altra, vaccini consigliati in base all'età, etc, etc..) e difficoltà nel comprendere le misure legate alla vaccinazione (green pass, obbligo per ultra cinquantenni, etc..).

Nel 2022, superati in larga parte i problemi organizzativi e le disuguaglianze, i cittadini ci hanno segnalato principalmente questioni legate alle informazioni, o meglio alle informazioni mancanti, incomplete e contraddittorie relative ad esempio a tempi e modi di somministrazione della quarta e quinta dose e delle categorie elegibili.

La situazione, tuttavia, specie negli ultimi mesi dell'anno (2022) sembra essersi in qualche modo “normalizzata” e le vaccinazioni Anti-Covid piano piano stanno entrando a “regime” al pari delle vaccinazioni ordinarie.

Le segnalazioni relative alle vaccinazioni ordinarie (24,7%), si concentrano principalmente su criticità legate alle difficoltà di prenotazione riscontrate dai cittadini che spesso, a causa di ritardi, non riescono a rispettare i tempi previsti per i “richiami” o per la prima somministrazione del vaccino. Ricordiamo che rientrano nella categoria dei vaccini ordinari: Antinfluenzale; Difterite-tetano-pertosse; Poliomielite; Epatite B; Morbillo-parotite-rosolia; Varicella; Pneumococco; Meningococco; Rotavirus; Papillomavirus.

Gli Screening mammografico e al colon retto, sono quelli così detti istituzionali, cioè che rientrano in campagne di prevenzione e screening per alcune categorie elegibili, i cittadini in merito agli screening hanno segnalato soprattutto difficoltà nel prenotarli autonomamente, cioè senza che fosse arrivato l'avviso da parte della Asl di competenza e il mancato invio dell'invito al destinatario/a dello screening.

Cure primarie e assistenza sanitaria di prossimità (14,8%)

L'ambito delle cure primarie e dell'assistenza primaria di prossimità così come quello dell'accesso alle prestazioni conferma il trend degli anni precedenti poiché rimane un settore “*nevralgico*” per i cittadini nel quale riscontrano molte criticità ma al contempo rimane un punto di riferimento fondamentale e di prossimità territoriale. Le tematiche segnalate sono al centro della riforma della sanità del territorio che delinea il nuovo modello di assistenza sanitaria di prossimità ed è auspicabile che le questioni sollevate siano prese in considerazione. Le criticità segnalate riguardano diverse tematiche.

Le segnalazioni relative alle cure primarie (9,1%) riguardano principalmente: Rapporto con Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta (65,9%), Raccordo tra diversi setting assistenziali (17,7%), Continuità Assistenziale /ex Guardia Medica) (13,9%) e Assistenza Domiciliare Integrata (15,7%).

Ancora una volta i cittadini pongono in grande rilievo il rapporto con il proprio Medico di Medicina Generale ed il pediatra di libera scelta, questi medici rimangono il primo riferimento per i pazienti e durante l'emergenza da covid sono state delle figure chiave, tuttavia, analizzando le segnalazioni, emerge che il rapporto medico-paziente è spesso difficile a causa dello scarso tempo a disposizione o di un deficit nelle informazioni che vengono fornite ai cittadini.

Le criticità relative all'assistenza sanitaria di prossimità (5,7%) riguardano principalmente le strutture presenti sul territorio che dovrebbero attivarsi per una presa in carico integrata dei pazienti, invece dalle testimonianze raccolte dai cittadini, si evincono grandi ritardi nella presa in carico e, nei casi più estremi, una totale assenza dei servizi socio- assistenziale che dovrebbero attivarsi nei territori.

L'oggetto delle segnalazioni riguarda i seguenti ambiti: RSA/Lungodegenza e Altre strutture Residenziali (29,1%), Salute mentale (27,8%), Assistenza Domiciliare- ADI (23,1%), Assistenza Riabilitativa territoriale- Ambulatoriale e domiciliare (20,0%).

Sicurezza delle cure (8,5%)

L'ambito della sicurezza delle cure ha fatto registrare un lieve aumento di segnalazioni (+ 0,5%) rispetto al 2021, nella percezione dei cittadini è da sempre un settore estremamente "delicato" e che merita grande attenzione poiché investe tanti aspetti ad esso collegati: il diritto ad avere cure sicure, strutture adeguate, macchinari efficienti, personale sanitario preparato e qualità nel percorso di cura.

Le segnalazioni si concentrano su: Presunti errori nella pratica medica (56,2%), macchinari (18,2%), condizioni Igienico Sanitarie degli ambienti Sanitari (16,4%), Infezioni in Strutture Sanitarie (9,2%).

La voce più consistente per il 2022 in linea con gli anni precedenti, è quella che rappresenta i presunti errori nella pratica medica, la mole delle segnalazioni che si concentrano in questo ambito indica un generale aggravarsi delle condizioni di erogazione dei servizi a discapito della qualità e dell'attenzione ai singoli pazienti. Il quadro che ne emerge è piuttosto sconcertante perché delinea uno scenario di forte degrado dei servizi e delle strutture: presunti errori medici, macchinari vetusti o mal funzionanti, condizioni igienico-sanitarie pessime e infezioni prese nelle Strutture sanitarie.

Accesso alle Informazioni e alla Documentazione (4,5%)

In questo ambito le segnalazioni si riferiscono a: difficoltà di accesso alle informazioni (77,9%), difficoltà di accesso alla documentazione clinica (22,1%).

La categoria di accesso alle informazioni è da sempre un ambito trasversale poiché i cittadini lamentano, un po' in tutti i settori, una generale difficoltà ad accedere alle informazioni di carattere generale, ad esempio come prenotare una visita, come trovare una struttura territoriale competente per una determinata patologia, come sapere se si rientra in un programma di screening, etc.

Accedere alle informazioni e alla documentazione relativa al proprio stato clinico sembrerebbe scontato, eppure i cittadini da anni lamentano grandi difficoltà e ostacoli burocratici per riuscire ad essere informati su questioni che li riguardano direttamente (ad esempio: esiti degli esami, appuntamenti per prestazioni, certificati, etc.)

Assistenza Previdenziale (2,8%)

Le segnalazioni relative alle prestazioni assistenziali si riferiscono a: Handicap (53,9%) e Invalidità e Accompagnamento (46,1%).

I cittadini si sono rivolti a Cittadinanzattiva sia per chiedere informazioni in merito all'attivazione delle procedure e ai requisiti che danno diritto alle agevolazioni sia per lamentare, ritardi e ostacoli burocratici che rallentano l'iter per il riconoscimento delle agevolazioni.

Umanizzazione e relazione con operatori sanitari (2,6%)

Il tema dell'umanizzazione delle cure è centrale per i soggetti come Cittadinanzattiva e per ogni cittadino che abbia a cuore il corretto funzionamento del Servizio Pubblico in ambito sanitario; molto è stato fatto su diversi livelli per migliorare l'umanizzazione delle cure, in termini di trasparenza, creazione di percorsi e professionalità, oltre che di formazione e aggiornamento degli operatori, ma sicuramente molte altre sfide devono essere superate: la prima è certamente quella della diffusione delle buone pratiche e della creazione di uno standard di presa in carico che sia il più possibile sensibile ed efficiente sul tutto il territorio nazionale, azzerando ove possibile le differenze e tenendo in considerazione le particolarità di ogni territorio.

Nel 2022 le tre principali criticità in questo settore hanno riguardato: difficoltà a ricevere informazioni

(spiegazioni non sufficienti, linguaggio utilizzato non comprensibile) (28,9%), tempo dedicato al paziente insufficiente (20,9%), indisponibilità nella relazione con il paziente da parte degli operatori sanitari/ atteggiamenti non empatici (18,2%)

Spesa privata e ticket elevati (1,7%)

La voce relativa alla spesa privata e ai ticket è trasversale a tutti gli ambiti, i cittadini lamentano costi elevati che hanno dovuto sostenere per visite o prestazioni diagnostiche in intramoenia o private poiché non sono riusciti ad accedere alle prestazioni del Ssn, oppure ticket elevati per visite in convenzione.

Le voci dei costi che sono stati più segnalati dai cittadini si riferiscono a: visite specialistiche effettuate in regime privato o intramurario (33,3%), esami diagnostici effettuati in regime privato o intramurario (17,9%), acquisto di farmaci necessari e non rimborsati dal SSN (9,4%).

Assistenza protesica e integrativa (1,4%)

I cittadini che hanno diritto a protesi e ausili lamentano spesso ritardi nell'erogazione e nella consegna ma anche errori e presidi non personalizzati.

In particolare le criticità riguardano l'assistenza protesica (64,5%) e assistenza integrativa-ausili (35,5%)

Malattie rare (0,8%)

Segnalazioni nell'ambito delle malattie rare sono state segnalate dallo 0,8% dei cittadini che si sono rivolti a Cittadinanzattiva. La percentuale delle segnalazioni è contenuta ma sicuramente le criticità riportate dai cittadini vanno ascoltate e tenute nella giusta considerazione.

In particolare le criticità che più di frequente sono segnalate in questo settore riguardano: difficoltà di giungere alla prima diagnosi (19,7%), assenza di controlli sui parenti dopo la diagnosi di malattia genetica (9,8%), elevato impatto sociale della malattia (9,8%).

Assistenza farmaceutica (0,6%)

Le maggiori criticità segnalate in questo ambito si riferiscono a: farmaci non disponibili nella Farmacia Ospedaliera/Territoriale (23,9%), difficoltà nel rilascio/rinnovo del piano terapeutico (23,9%), ritardi nella erogazione dei farmaci ospedalieri (11,9%).

L'indisponibilità di un farmaco può riferirsi sia all'assenza del farmaco nei punti di erogazione (farmacia ospedaliera, della ASL e di comunità) con la conseguenza di determinare l'impossibilità per il cittadino di accedere alla terapia; oppure all'irreperibilità momentanea a causa del ritardo nella consegna del medicinale. In entrambi i casi ne deriva un grave disagio per i cittadini che hanno segnalato, nei casi più estremi, di aver dovuto interrompere le terapie che stavano seguendo.

Salute per stranieri (0,6%)

Le segnalazioni relative all'ambito salute e stranieri se pur contenute da un punto di vista numerico offrono tuttavia un'interessante quadro su quelle che sono le criticità che riscontrano gli stranieri che hanno a che fare con il nostro SSN. Principalmente hanno segnalato criticità in merito a ricoveri ospedalieri urgenti (17,7%) e a prestazioni ambulatoriali urgenti con accesso diretto (17,1%).

Le persone straniere che si sono rivolte a Cittadinanzattiva senza regolare permesso o carta di soggiorno e/o provvisti di Codice STP (se extracomunitari) Codice ENI (se cittadini comunitari) sono l'82,1%. Quelle con regolare permesso o carta di soggiorno e/o iscritte al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) il 17,9%

Mobilità sanitaria (0,5%)

Le voci che compongono il settore della mobilità sanitaria si riferiscono alle cure fuori regione (93,3%) e alle cure all'estero (6,7%). Le criticità riferite dai cittadini riguardo la scarsa informazione su come accedere alle cure fuori regione o all'estero ma anche mancato raccordo e ritardi tra le Regioni.

2. Prevenzione: vaccinazioni e screening oncologici organizzati

La prevenzione nel nuovo sistema di garanzia dei LEA

Sono 6 le regioni che non raggiungono la sufficienza rispetto ai criteri del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA: Sono in particolare la Sicilia, la PA di Bolzano e la Calabria a mostrare i dati più bassi. In generale nell'ultimo anno diverse regioni mostrano un *trend* in peggioramento. Erano 3 infatti le regioni nel 2019 a mostrare punteggi inferiori a 60 (cut off garanzia dei LEA), Pa di Bolzano, Calabria e Sicilia, ma nel 2020 si aggiungono Liguria, Abruzzo, Basilicata.

Finanziamento vaccini

Per l'anno 2021 si conferma la quota di 186 milioni per il **rimborso dei nuovi vaccini previsti dal PNPV**, che risulta pari a 3,14 pro-capite a livello nazionale: si va da 2,97 in Liguria a 3,31 in Campania. La situazione sostanzialmente ricalca, quella dell'anno precedente (2020).

Consumo vaccini

Nel 2021 si registra un consumo totale di vaccini pari a 27.773.069 DDD (+6,7% rispetto al 2020, quando le DDD erano 26.040.070): 4.258.472 per i vaccini ex L.n. 119/2017 (+4,6%) e 23.514.597 per gli altri (+7,1%). L'andamento registrato nel 2020 ha risentito della pandemia di COVID che, in linea generale, ha rallentato le attività vaccinali, comportando una riduzione nelle coperture sebbene con l'aumento di alcune vaccinazioni (es. antinfluenzale), il 2021 appare essere un anno di progressiva ripresa.

A livello regionale nel 2020 si passa da 0,90 DDD giornaliere per 1.000 abitanti in Lombardia e P.A. di Bolzano a 1,51 in Toscana (con una media Italia di 1,20); nel 2021 si va da un minimo di 1,01 registrato in Piemonte a un massimo di 1,68 osservato in Friuli Venezia Giulia (media nazionale: 1,28).

Con riferimento alla variazione percentuale osservata per le DDD totali tra il 2020 e il 2021, si registra ad un estremo il -15,4% per la Toscana e, all'altro estremo, il +43,3% del Molise.

Spesa vaccini

La spesa per vaccini è più che raddoppiata dal 2014 al 2021, passando da 4,8 a 10,5 euro *pro capite*. Differentemente dal 2020, nel 2021 si assiste ad un incremento della spesa per vaccini, con una variazione, rispetto al 2020, dell'11,8%.

La spesa per l'acquisto dei vaccini in Italia, nel 2021, pari a 621.885.84019, corrisponderebbe allo 0,5% del Fondo sanitario (finanziamento indistinto) e a circa l'11,7% della somma destinata alla prevenzione collettiva e sanità pubblica.

Il vaccino antinfluenzale rappresenta la prima voce di spesa di questa categoria costituendo quasi il 30% del totale. Segue nella spesa il vaccino per lo pneumococco polisaccaridico coniugato che nel 2021 ha registrato un decremento rispetto all'anno precedente del 24,1%.

Coperture vaccinali

Gli obiettivi sono definiti in Italia dal Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2017-2019.

Nel 2021, in Italia la copertura vaccinale a 24 mesi (bambini nati nel 2019) per la polio è pari al 94,00%, stabile rispetto all'anno precedente e al di sotto della soglia minima accettabile.

Aumenta invece la copertura con la prima dose di vaccino contro il morbillo, pari al 93,85% nel 2021, con +2,06 p. p. rispetto al 2020 ma senza raggiungere il 94,49% del 2019 né tantomeno la soglia.

Aumenta anche la copertura contro la varicella, che a livello nazionale nel 2021 raggiunge il 92,08%, registrando un aumento di 2,72 p.p. rispetto al 2020 e di 1,58 p.p. rispetto al 2019, rimanendo comunque al di sotto del 95,00%.

Rispetto al 2020, nel 2021 migliorano anche le coperture contro meningococco C coniugato, pneumococco coniugato, rotavirus, meningococco B e meningococco ACWY coniugato, pur mantenendosi ad un livello piuttosto inferiore rispetto alle altre.

Coperture vaccinali a 24 mesi morbillo e varicella

La copertura con prima dose di vaccino contro il morbillo, pari al 93,85% a livello nazionale, va dal 71,07% nella P.A. di Bolzano al 97,64% nel Lazio (unica Regione, insieme a Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Umbria, a raggiungere e superare il 95,00%).

Il dato è in ripresa in 14 Regioni, equamente distribuite sul territorio. In molte Regioni nel 2021 aumenta la copertura contro la varicella (92,08% in Italia, +2,72 p.p. vs 2020): si va dal 69,95% in Abruzzo al 96,19% nel Lazio (unica Regione a raggiungere il 95%).

Coperture vaccinali a 24 mesi Meningococco C coniugato e pneumococco coniugato

Nel 2021 la copertura vaccinale anti-pneumococcica nazionale a 24 mesi (bambini nati nel 2019) aumenta di 0,67: 90,58% nel 2020 vs 91,25% nel 2021; aumenta maggiormente quella contro il meningococco C (+2,41 p.p.: 70,96% nel 2020 vs 73,37% nel 2021).

Nessuna Regione raggiunge la copertura del 95% né per la vaccinazione contro il meningococco C coniugato (si va dallo 0,22% del Molise e dal 5,31% della Sicilia al 93,79% della Lombardia) né per quella contro lo pneumococco coniugato (la forbice va dal 71,71% della P.A. di Bolzano al 94,51% di Umbria e Molise).

Copertura antinfluenzale

Le coperture vaccinali della stagione 2021/2022 sono diminuite (20,5%) rispetto alla stagione precedente (23,7%). Nell'ultima stagione, la copertura negli anziani è diminuita di 7 punti percentuali rispetto alla stagione precedente (58,1%).

In particolare sono la P.A di Bolzano e Trento, la Valle d'Aosta, e la Sardegna ad avere i dati di copertura più bassi. Le migliori risultano la Basilicata (68,5) e l'Umbria (68,8%). Chi mostra i dati peggiori è la P.A di Bolzano (36,1%) e Sardegna (41,2%).

Coperture vaccinazione HPV

Il valore di copertura vaccinale nazionale nel 2021 per HPV nelle ragazze nella coorte più giovane (2009), che compiono 12 anni nell'anno di rilevazione, è al 32,22%. Rispetto alla rilevazione del 2020, sulle stesse fasce di età, si osserva un incremento del 1,9%.

Continua il progressivo miglioramento delle coperture delle singole coorti, tuttavia, la copertura vaccinale

media per HPV nelle ragazze è al di sotto della soglia ottimale prevista dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (95% nel 12° anno di vita).

Anche a livello regionale, nessuna Regione/PPAA. raggiunge il 95% in nessuna delle coorti prese in esame. Il valore di copertura vaccinale nazionale per HPV nei ragazzi della coorte più giovane (2009), che compiono 12 anni nell'anno di rilevazione, è al 26,75%.

Rispetto alla rilevazione del 2020, sulle stesse fasce di età, si osserva un incremento del 2,58%. Anche per i ragazzi continua il progressivo miglioramento delle coperture delle singole coorti, ma anche in questo caso nessuna coorte raggiunge l'obiettivo di copertura del 95%.

La fiducia nei vaccini

A livello complessivo, i risultati di una survey sulla vaccine confidence degli italiani⁴⁷ evidenziano un livello di fiducia nei confronti delle vaccinazioni molto elevato: il 92% dei rispondenti ritiene che i vaccini siano uno strumento sanitario efficace e sicuro contro le malattie infettive; i maggiori livelli di fiducia si rilevano in Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Puglia.

La fiducia degli italiani nelle vaccinazioni appare maggiore dopo la pandemia da COVID; tuttavia, si è riscontrata una parte della popolazione, non marginale ed eterogenea, che ha rivelato diverse forme di "esitazione vaccinale", anche tra gli stessi vaccinati.

Ruolo della farmacia nelle vaccinazioni

Nell'ambito del V° Rapporto sulle Farmacie⁴⁸ di Cittadinanzattiva si evidenzia che tra i servizi offerti in farmacia la vaccinazione anti Covid-19 è erogata nel 38,2% delle farmacie coinvolte nell'indagine e la vaccinazione antinfluenzale nel 39,6% dei casi.

Una piccola percentuale di cittadini rimane ancora all'oscuro dei servizi di vaccinazione (4,9% antinfluenzale e 3,4% anti Covid-19) accessibili direttamente nelle farmacie. La percentuale di fruitori invece va dal 17,2% per quanto riguarda l'antinfluenzale, al 22,2% per la vaccinazione anti Covid-19 ricevuta in farmacia.

Più della metà dei farmacisti (dal 54,5% al 58,1%) è favorevole all'introduzione in farmacia della vaccinazione contro Herpes Zoster, Papilloma virus (HPV) e Pneumococco, così come il 70% circa dei cittadini che vedrebbero molto bene il coinvolgimento delle farmacie nelle tre vaccinazioni citate.

Screening oncologici organizzati

Screening mammografico i dati 2020

Nel 2020 il valore di copertura (inviti) si è ridotto di 29 punti percentuali rispetto al 2019 (59% versus 88%) con 2.593.288 inviti effettuati.

Le maggiori criticità si osservano al Nord con un calo di 42 punti percentuali (59% versus 101,7%) e al Sud con una riduzione pari a 23 punti percentuali (43% versus 66%), mentre la macro area Centro sembra essere stata maggiormente resiliente con un calo di soli 10 punti percentuali (87% versus 97%).

Per quanto riguarda la classe di età 45-49enne, nel 2020 sono state invitate 275.454 donne pari a circa il 12% della popolazione bersaglio, un calo di 98.000 inviti rispetto al 2019, dove si riusciva ad invitare il 15% di questa popolazione.

Per quanto riguarda le 70-74enni, nel 2020 ne sono state invitate 228.542 (circa 67.000 in meno rispetto all'anno precedente), pari a circa il 26% della popolazione target.

⁴⁷ <https://eventi.ambrosetti.eu/wp-content/uploads/sites/221/2021/11/20220614-Paper-Vaccine-Confidence.pdf>

⁴⁸ <https://www.cittadinanzattiva.it/progetti/15133-5-rapporto-annuale-sulla-farmacia-presidio-di-salute-sul-territorio.html>

L'adesione grezza all'invito nel 2020 si abbassa rispetto al biennio precedente dal 54% al 47,9%, registrando un calo relativo dell'11,3%, per gli effetti della pandemia.

La copertura complessiva a questo esame preventivo raggiunge valori elevati al Nord (82%) e al Centro (83%), mentre è più bassa al Sud (63%).

Maggiori variabilità si osservano, invece, a livello delle singole regioni. Osserviamo dunque Regioni con livelli di adesione allo screening molto elevati come in: Friuli Venezia Giulia (92%), Veneto (90%), P.A Trento (89%) e Toscana (88%) e Regioni in cui il tasso di adesione allo screening è decisamente più contenuto: Calabria (48%), Campania (54%), Abruzzo (61%).

Screening colorettaie i dati 2020

Nel 2020 sono stati invitati poco più di 4 milioni di cittadini (4.159.765) di età compresa tra i 50 e i 69 anni a eseguire il test di per la ricerca del sangue occulto (Sof) e 28.071 soggetti di 58 anni a eseguire la rettosigmoidoscopia come test di screening. Relativamente alla fascia di età 70-74 anni, rispetto ai 430.748 invitati nel 2019, nel corso del 2020 sono stati complessivamente 267.401 le persone con oltre 70 anni invitati allo screening colorettaie, pari al 6% del volume complessivo degli inviti.

La riduzione degli inviti è stata maggiore al Nord (53,3% versus 91,4%), mentre più contenute sono risultate le differenze percentuali al Centro e al Sud pari a 10 e 15 punti percentuali, ma i valori sono sensibilmente diversi infatti al Centro l'estensione degli inviti è stata pari all'85,5% e al Sud al 28%.

L'adesione all'invito è risultata di poco superiore al 34%. Questo dato, che rappresenta il valore medio nazionale, si compone di valori estremamente differenti che caratterizzano le macroaree geografiche, infatti, l'adesione all'invito è risultata maggiore al Nord (47%), intermedia al Centro (27%) e inferiore al Sud (16%).

La copertura complessiva per la diagnosi precoce dei tumori colorettaie raggiunge valori più elevati al Nord (65%) e al Centro (60%), mentre è più bassa al Sud (24%). Maggiori variabilità si osservano, invece, a livello delle singole regioni. Anche per lo screening colorettaie possiamo osservare Regioni con livelli di copertura buoni sia all'interno dei programmi organizzati sia al di fuori di programmi come ad esempio: la Toscana con il 75%, il Friuli Venezia Giulia con il 73%, Veneto e PA di Trento con il 71%. Regioni invece che mostrano percentuali inferiori sono ancora una volta la Calabria (7%), la Puglia (10%), la Campania (24%).

Screening cervicale i dati 2020

Nel 2020 sono state invitate allo screening cervicale 2.598.295 donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni, attestandosi al 64,7%, in sensibile calo rispetto al 2019.

Nel 2020, sono state invitate a un Pap-test 1.223.873 donne, mentre 1.374.422 sono state chiamate a test Hpv. Rispetto all'anno precedente si osserva una riduzione complessiva di 24 punti percentuali, con un calo di circa 7 punti percentuali al Centro (che comunque garantisce livelli ottimali di estensione) e importanti variazioni in negativo al Nord (30 punti percentuali) e al Sud e isole (26 punti percentuali).

La copertura complessiva al test preventivo raggiunge valori elevati al Nord (87%) e al Centro (87%), mentre è più bassa al Sud (69%). Maggiori variabilità si osservano, invece, a livello delle singole regioni.

Nel 2020 la copertura all'interno dei programmi di screening è risultata in diminuzione, mentre è aumentata la quota al di fuori dei programmi.

Questi andamenti sono in contrapposizione rispetto a quelli registrati negli anni precedenti.

Questa tendenza è più evidente nelle regioni del Sud, dove la copertura all'interno dei programmi è passata dal 37% al 33%; al contrario nelle regioni del Centro si registra un aumento statisticamente significativo di tale copertura (dal 52% al 59%).

3. Accesso alle prestazioni

La rinuncia alle prestazioni sanitarie⁴⁹

Durante l'emergenza sanitaria, la quota di persone che hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie ritenute necessarie era quasi raddoppiata, passando dal 6,3% nel 2019 al 9,6% nel 2020, sino all'11,1% nel 2021.

Le stime più recenti relative al 2022 attesterebbero un netto recupero, con un ritorno a quote osservate negli anni precedenti la pandemia: la rinuncia si riduce al 7,0%, una percentuale simile a quella rilevata nel 2018 (7,2%), ma più contenuta dei due anni critici del 2020 e del 2021.

Nel confronto tra il 2022 e gli anni pregressi della pandemia, emerge un'inequivocabile barriera all'accesso costituita dalle lunghe liste di attesa, che nel 2022 diventa il motivo più frequente (il 4,2% della popolazione), a fronte di una riduzione della quota di chi rinuncia per motivi economici (era 4,9% nel 2019 e scende al 3,2% nel 2022).

Nel 2022, le prestazioni sanitarie fruite sono, inoltre, più contenute rispetto al periodo pre-pandemico. Dalle indagini Istat sulla popolazione, si rileva infatti una riduzione della quota di persone che ha effettuato visite specialistiche (dal 42,3% nel 2019 al 38,8% nel 2022) o accertamenti diagnostici (dal 35,7% al 32,0%) – nel Mezzogiorno quest'ultima riduzione raggiunge i 5 punti percentuali.

Contrariamente a quanto sarebbe stato auspicabile, non sembra quindi che nel 2022 si sia riusciti a recuperare i livelli di prestazioni sanitarie pre-pandemia e la quasi totalità delle regioni non solo non ha recuperato le prestazioni accumulate, ma nemmeno i livelli di specialistica ambulatoriale del 2019.

L'out of pocket⁵⁰

Rispetto al 2019 aumenta soprattutto la quota di persone che dichiara di aver pagato interamente a sue spese sia per le visite specialistiche (dal 37% al 41,8% nel 2022) sia per gli accertamenti diagnostici (dal 23% al 27,6% nel 2022)

Il ricorso a prestazioni sanitarie avvalendosi di copertura assicurativa sanitaria risulta da sempre più diffuso nel Lazio (nel 2022 il 10,8% delle persone dichiara di averne fatto ricorso in caso di visite specialistiche), in Lombardia (9,7%), nella Provincia autonoma di Bolzano (9,1%) e in Piemonte (8,1%); si attesta intorno al 5% in Liguria, Emilia Romagna e Toscana, mentre nelle regioni del Mezzogiorno copre in media solo l'1,3% per le visite specialistiche.

Recupero liste d'attesa: fondi

Per fronteggiare la situazione relativa ai ritardi e alle mancate prestazioni non erogate nel 2020 da parte delle strutture pubbliche e private accreditate a causa dell'emergenza epidemiologica sono state messe in campo delle misure straordinarie per il recupero delle liste di attesa pari a circa 500 milioni di euro per il 2020 (decreto legge n. 18 del 2020 (DL. Crescita). Successivamente l'articolo 26 del decreto legge 73 del 2020 (c.d. Sostegno bis) ha previsto la proroga, fino al 31 dicembre 2021.

In seguito a queste misure la Legge di Bilancio 2022 ha nuovamente messo a disposizione delle regioni i medesimi fondi (non ancora utilizzati dalle regioni) per tutto il 2022 e stanziato ulteriori 500 milioni di euro con il medesimo fine: avviare piani straordinari di recupero delle liste d'attesa.

⁴⁹ *Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute*

⁵⁰ *Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute*

Ad oggi la situazione relativa ai recuperi delle liste d'attesa non appare assolutamente risolta, o almeno non in tutte le regioni ed i fondi messi a disposizione non sono stati neanche del tutto utilizzati.

Utilizzo fondi per il recupero delle liste d'attesa

Da una analisi⁵¹ sull'utilizzo dei fondi per il recupero delle liste d'attesa, di quei 500 milioni stanziati nel 2022, circa il 33% non è stato utilizzato per un totale di 165 milioni.

- Vi sono 3 Regioni che hanno speso qualcosa di più di quello che avevano a disposizione, e cioè Emilia-Romagna (37 milioni), Friuli Venezia Giulia (10 milioni) e Piemonte (36 milioni). La Liguria invece è al 100% (di 13 milioni).
- Sono andate bene la Toscana (91% di 31 milioni) la Lombardia (85% di 84 milioni), la Basilicata (81% di 4,5 milioni), il Veneto 80% di 41 milioni. Si tratta prevalentemente di grandi Regioni, che fanno poi alzare la media dei soldi spesi in totale dalle amministrazioni locali perché disponevano di fondi proporzionali al numero degli abitanti.
- Arrivano almeno a un terzo dei soldi utilizzati la Valle d'Aosta (32%), la Campania (35%), le Marche (36%). Stanno intorno alla metà, invece, l'Abruzzo, il Lazio e la Provincia di Trento (49%). Infine l'Umbria è al 62% e la Puglia al 66%.
- I dati raccontano che il Molise ha investito per le attese solo l'1,7% di quanto aveva a disposizione, circa 2,5 milioni. Male anche la Sardegna (26%), la Sicilia (28%), la Calabria e la Provincia di Bolzano (29%).

Monitoraggio sulla specialistica ambulatoriale

I dati di Agenas⁵² mostrano in modo chiaro l'andamento dei volumi delle prestazioni dal pre-pandemia a tutto il periodo emergenziale in cui una notevole quantità di prestazioni è stata rallentata o del tutto sospesa. Il trend tuttavia mostra una ripresa costante non raggiungendo però i valori pre-pandemici.

Il dettaglio dei volumi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogata tra il 2019 e il 2022 ci dice che a parte la regione Toscana, che fa registrare addirittura un incremento di prestazioni dal 2019 al 2022, tutte le segnano un saldo negativo. Particolarmente negativi i dati della P.A di Bolzano con un 45,34% di prestazioni in meno, le regioni Valle d'Aosta (32,55%), Sardegna (21,27%), la Calabria (20,51%).

Regioni sopra la media nazionale (9,83%) sono la Basilicata, la Lombardia, il Lazio, la Campania e appunto la Toscana. In queste regioni il recupero delle prestazioni mostra un incremento più deciso.

Per la specialistica ambulatoriale tra il 2019 e il 2020 si sono perse circa 13 milioni di prestazioni (da circa 58 mln a 45 milioni).

Negli anni successivi assistiamo ad un graduale recupero del numero di prestazioni erogate fino a giungere, nel 2022, ad un numero (54 milioni) ancora però molto inferiore ai numeri del 2019. (58 milioni).

Mancano all'appello ancora oltre 4 milioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale all'anno.

I (mancati) recuperi delle prestazioni

Tra gli anni 2019 e 2022 ogni regione è indietro con i recuperi sia per le prime visite sia per i controlli, prestazioni particolarmente necessarie ai pazienti cronici.

In particolare le regioni che sembrano aver recuperato un maggior numero di prime visite sono la regione Lombardia, l'Emilia Romagna e la Basilicata. Nettamente indietro la p.a. di Bolzano con un -55%, la Calabria -37% la Sardegna -34%.

⁵¹ https://www.repubblica.it/cronaca/2023/04/19/news/liste_di_attesa_fondi_non_spesi_regioni-396697688/

⁵² <https://stat.agenas.it/web/index.php?r=site/public>

Per quanto riguarda le visite di controllo ad andare meglio sono le regioni Toscana – 10%, Marche – 14%, Emilia Romagna – 15%, comunque tutte con un saldo negativo rispetto al 2019. Le Regioni che fanno più fatica a recuperare i numeri del 2019 sono invece ancora una volta la Valle d’Aosta – 38%, Molise – 36% e la P.A di Bolzano – 36%.

Le Liste di attesa: Monitoraggio PNGLA 2019-2021

Il Monitoraggio sui tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri programmabili con classe di priorità A per i tumori alla mammella, mostra che è in particolare in Sardegna ad essere in difficoltà sia per il numero di interventi in classe A sia per il rispetto dei tempi previsti (30 gg).

Altre regioni che faticano a rispettare i tempi previsti sono la P.A di Trento, l’Umbria, la Liguria ed il Piemonte. Sul versante opposto le regioni che presentano i risultati più soddisfacenti: Veneto, Valle d’Aosta e Abruzzo con numeri alti di prestazioni in classe A e di rispetto dei tempi a fronte di volumi differenti. Stessa valutazione per i tumori del colon dove però troviamo la Basilicata e la Campania con livelli inferiori sia di interventi in classe A sia di rispetto dei tempi ma a fronte di volumi differenti e sul versante opposto regioni come la P.A di Bolzano, il Molise, la Puglia che registrano ottimi risultati nei due indicatori in analisi, a fronte di volumi più contenuti nelle prime e più importanti nella Puglia.

Mobilità sanitaria

L’area del Portale statistico di AGEANS⁵³, dedicata alla Mobilità sanitaria, mette a disposizione dati che rappresentano il trend degli ultimi 5 anni rispetto all’attività interregionale dei ricoveri ospedalieri. Nel corso del 2021 il valore dell’attività osservata è di poco al di sotto dei 2,5 miliardi di euro - in aumento rispetto al 2020 – e al di sotto dei valori degli anni 2017, 2018 e 2019.

Saldi regionali della mobilità sanitaria 2017-2021

Sono prevalentemente le regioni del nord a registrare ricavi nel 2021.

È la regione Emilia Romagna a posizionarsi al primo posto superando la regione Lombardia nel confronto con il 2017.

Al terzo posto la regione Veneto piuttosto distaccata dalle prime due. Le regioni che fanno registrare saldi negativi più importanti sono la Campania e la Calabria, subito dopo la Sicilia e la Puglia. Sono prevalentemente le regioni del sud, tranne la Liguria, ad avere saldi negativi.

Tra le regioni del sud ad avere saldi positivi invece spicca, da sola, il Molise.

Da osservare inoltre la drastica diminuzione dei ricavi della regione Lombardia e la controtendenza rispetto al 2017 della regione Lazio e Piemonte che passano da una situazione di saldi negativi ad una di saldi positivi.

I determinanti della mobilità ospedaliera 2018-2021

Il Ministero della Salute in collaborazione con AGENAS ha elaborato una metodologia di analisi della mobilità sanitaria descrivendone i processi e analizzandone i determinanti, al fine di creare un sistema di valutazione omogeneo sul territorio nazionale.

Nel 2021 circa la metà della mobilità passiva totale (1.12 miliardi) appare avere caratteristiche di inappropriatazza o perché non è giustificata dalla necessità di eseguire prestazioni ad alta complessità o perché non è spiegata da ragioni di prossimità con regioni limitrofe.

⁵³ <https://stat.agenas.it/web/index.php?r=site/public>

Intramoenia:

L'attesa per ottenere un esame in tempi congrui è quasi sempre minima in intramoenia, evidenziando la sproporzione che c'è con i tempi prospettati attraverso il canale istituzionale.

Circa il 59% delle prenotazioni ha un tempo di attesa inferiore ai 10 giorni; circa il 29% delle prenotazioni viene fissato tra gli 11 e i 30/60 giorni (a seconda che si tratti di una visita specialistica o di una prestazione strumentale); solo per il 13% delle prenotazioni si deve attendere oltre i 30/60 giorni.

Le visite più prenotate in intramoenia sono la visita cardiologica, la visita ginecologica, la visita ortopedica. Per quanto riguarda le prestazioni strumentali, quelle maggiormente richieste sono: l'elettrocardiogramma, l'ecografia monolaterale e bilaterale della mammella, l'ecografia all'addome inferiore, superiore e la mammografia monolaterale e bilaterale.

Luogo di erogazione

Molte Regioni hanno mostrato segni di un progressivo adeguamento agli adempimenti normativi, in quanto l'utilizzo di studi privati non ancora collegati in rete pare totalmente superata.

L'88,7% delle prestazioni viene erogato esclusivamente all'interno degli spazi aziendali, l'10,9% esternamente all'azienda ma secondo le tipologie previste (studi privati collegati in rete o presso altre strutture pubbliche previa convenzione).

Solo un residuale inferiore a 1% di attività viene svolta ancora presso studi non ancora collegati in rete.

Tale criticità è circoscritta in quattro Regioni, 2 in meno al 2021 (Campania 1%, Lazio 1%, Piemonte 3%, e Sicilia 3%).

Agende di prenotazione

A livello nazionale nel 2021, si rileva che la maggior parte delle prenotazioni viene effettuata attraverso l'agenda gestita dal sistema CUP (con percentuali superiori al 90% nelle seguenti Regioni/PA Abruzzo, Basilicata, Campania, Friuli-Venezia-Giulia, Lombardia, Marche, Molise, PA di Bolzano, PA di Trento, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta). Considerando nell'insieme tutte le rilevazioni del 2021, come nel 2020, si è riscontrato che 11 Regioni/PA (Basilicata, Friuli-Venezia-Giulia, Marche, Molise, PA di Bolzano, PA di Trento, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria e Valle d'Aosta) utilizzano esclusivamente l'agenda gestita dal sistema CUP.

È possibile notare come invece 6 regioni (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Lombardia, Sicilia) ancora registrano, seppur in percentuale residuale, prenotazioni attraverso l'agenda cartacea del professionista.

In sintesi, è possibile notare come nel corso degli anni si stia via via consolidando l'utilizzo del sistema CUP per le prenotazioni delle prestazioni, così come auspicato dalle Linee Guida del Ministero della Salute.

Volumi erogati delle Prestazioni Ambulatoriale in attività Istituzionale e in ALPI nel 2019, nel 2020 e nel 2021

Nell'ambito dell'attività di monitoraggio, le Regioni/Province Autonome conferiscono ad Agenas i volumi semestrali delle 69 prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI e in attività istituzionale.

Dall'analisi del rapporto percentuale annuale tra visite specialistiche eseguite in attività libera professione e quelle effettuate in attività istituzionale delle 21 Regioni/Province Autonome rispondenti, emerge che per tutte le visite (14 rilevate) la percentuale di ricorso alla libera professione è rimasta pressoché identica rispetto al 2020 (11%).

Per quanto riguarda i volumi delle prestazioni di ricovero eseguite in attività libera professione e quelle effettuate in attività istituzionale le Regioni che erogano più prestazioni in ALPI sono la Campania, l'Emilia-Romagna, il Lazio e la Lombardia.

Equilibrio attività libero professionale/ istituzionale

Analizzando la percentuale delle prestazioni erogate in ALPI sulle prestazioni erogate in ISTITUZIONALE, nel 2019 e nel 2021, emerge che in alcune Aziende il rapporto ALPI/ISTITUZIONALE di diverse prestazioni supera il 100%.

Alcuni esempi sono:

- Visita Cardiologica/Elettrocardiogramma in un'azienda della Regione Campania nel 2021 (72% nel 2019, 206% nel 2020, 261% del 2021);
- Visita Chirurgia Vascolare: in un'azienda della Regione Basilicata nel 2021 (73% nel 2019, 86% nel 2020, 116% del 2021),
- Interventi sul cristallino 2 aziende siciliane (840% e 1567%);
- Interventi per ernia inguinale e femorale: 1 azienda della Regione Campania (125%), 1 azienda della Regione Friuli-Venezia Giulia (150%) 1 azienda lombarda (750%), 1 azienda della Regione Sardegna (113%), 1 azienda umbra (175%);

4. Assistenza Ospedaliera

L'assistenza ospedaliera nel nuovo sistema di garanzia LEA

Nel 2020 sono ben 6 le regioni con valori ben al di sotto della sufficienza secondo i parametri del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA (NSG): Valle d'Aosta (59,1), Molise (41,94), Campania (59,08), Basilicata (51,9) e Calabria (48,44), Sardegna (59,26).

L'assistenza ospedaliera, presenta punteggi con un trend in peggioramento rispetto alla precedente rilevazione (2019) in cui solamente 2 regioni non raggiungevano la soglia di sufficienza.

Il taglio alle strutture il trend degli ultimi 10 anni

Il numero di strutture di ricovero pubbliche mostra un decremento costante negli ultimi anni (da 546 nel 2015 a 511 nel 2021).

Se andiamo indietro al 2010 il decremento risulta ancora più evidente ed ha riguardato la chiusura di 11 Aziende Ospedaliere, 100 Ospedali a gestione diretta. Tra le strutture accreditate inoltre una chiusura 43 case di cura.

Giornate di degenza e degenza media

Nel complesso nel 2019 erano state effettuate nelle strutture di ricovero pubbliche circa 38 milioni di giornate di degenza e un ammontare totale di ricoveri per acuti in regime ordinario di circa 5.097.489.

Nel 2021 le giornate di ricovero nelle strutture pubbliche scendono a 34 milioni e l'ammontare di ricoveri per acuti in regime ordinario scende a 4.318.634 effetto anche questo della pandemia che ha in questo caso limitato i ricoveri e sospeso alcune attività ordinarie.

Circa 700 mila ricoveri in meno.

Dagli indicatori emerge che la degenza media nei reparti pubblici si attesta a 7,9 giorni (contro i 7,5 del 2019)

indice di maggiore complessità dei ricoveri e il tasso di utilizzo dei posti letto è pari al 75,2% (valore medio nazionale) valore in diminuzione rispetto al 2019 quando era l'82,2%.

A livello territoriale la maggiore variabilità si evidenzia nella distribuzione della degenza media e del tasso di ospedalizzazione.

La degenza media per acuti, nelle strutture pubbliche, passa da un minimo di 6,7 giorni nella P.A di Bolzano ad un massimo di 9,2 nella regione Valle d'Aosta.

Per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione per acuti in regime ordinario (relativo ai ricoveri nelle strutture pubbliche), i valori minimi si registrano nella regione Calabria (43,2 ricoveri per 1.000 abitanti) e nella regione Campania (51,3 ricoveri per 1.000 abitanti); i valori più elevati si registrano, invece, nella regione Emilia Romagna (93,5%), Umbria (92,6%) e nella P.A. di Bolzano (92,7%).

Posti letto nelle strutture sanitarie uno sguardo all'Europa - il trend negli ultimi 10 anni (2010 - 2019)

Il numero dei letti in Ospedale⁵⁴ in Europa è progressivamente diminuito dal 2010 al 2019, stando all'ultimo aggiornamento Eurostat.

Possiamo infatti osservare che sia nel nostro paese che nella media degli stati membri, in 10 anni la disponibilità si è fortemente ridotta.

Nel 2010 in Ue erano disponibili mediamente 5,7 posti letto ogni 1000 abitanti nelle strutture ospedaliere. Una cifra che in 10 anni è progressivamente diminuita, fino ad arrivare a 5,3. Nel nostro paese, che già nel 2010 aveva una disponibilità inferiore rispetto alla media, il calo è stato più pronunciato.

È inoltre maggiore, nel 2019, lo scarto rispetto al resto d'Europa (nel 2010 c'era una differenza di circa 2,10 posti letto, nel 2019 questo dato è salito a 2,15).

Comunque il momento in cui la forbice è stata più ampia è stato il 2014, quando la differenza era di 2,3 posti letto. Da allora si è verificata una graduale riduzione.

Il trend in Italia

Per quanto riguarda la situazione nazionale, al sud Italia si è registrata la maggiore riduzione di letti ospedalieri ma la situazione risulta variegata all'interno della penisola e per questo è interessante analizzare i dati a livello regionale.

Il Molise in particolare è stato la regione italiana che ha registrato il calo maggiore, passando da 1.381 posti letto nel 2010 ad appena 907 nel 2019 (un calo del 34,3%). Seguito dalla Calabria, passata da 6.324 a 4.723 letti (-25,3%) e dalla Puglia (-21,5%).

La Sicilia rappresenta invece un'eccezione, con un calo di entità minore rispetto alla media nazionale (-8,9%).

Per il resto, sono tutte settentrionali le regioni che hanno registrato i cali più contenuti - anche se la prima in questo senso è l'Umbria (-0,2% per 6 posti in meno). In nessuna regione si è invece registrato un aumento.

La situazione ad oggi dei posti letto

A livello nazionale, la rilevazione più aggiornata per il 2021 mostra che sono disponibili 4 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti, in particolare i posti letto dedicati all'attività per acuti sono 3,4 ogni 1.000 abitanti (2,9 pubblici e 0,5 accreditati) e quelli per non acuti lo 0,6.

Rispetto alla rilevazione del 2019, fase pre-pandemica, quando i posti letto pubblici e accreditati per

⁵⁴ Con letti di ospedale si intende il numero di letti regolarmente disponibili nelle strutture ospedaliere e immediatamente accessibili per i pazienti. Sono incluse tutte le tipologie, per cure di lunga o breve durata, per la cura o la riabilitazione, compresi i letti per le cure psichiatriche. I dati sono aggiornati al 2 luglio 2021

acuti erano 2,9 per 1000 abitanti, assistiamo ad un incremento del numero di posti letto di un + 0,5. La distribuzione dei posti letto si è omogeneizzata nell'ultimo anno (2021) rispetto alla rilevazione del 2019 in cui risultava piuttosto disomogenea.

Infatti 8 Regioni, prevalentemente del sud (Piemonte, PA di Trento, Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia) registravano nel 2019 percentuali al di sotto dello standard previsto dal DM 70/15 (3 posti letto pubblici e accreditati per 1000 abitanti).

Oggi solamente la Calabria con 2,7 posti letto per 1000 abitanti continua ad avere un valore sotto la soglia dei 3 posti letto e inferiore alla media nazionale.

Altre Regioni al contrario presentano percentuali ben oltre la media come nel caso di Lombardia (3,8), Valle d'Aosta (3,8) e Piemonte (4).

Ad un decremento costante del numero dei posti letto pubblici dal 2015 al 2019, anno in cui si è segnato il fondo con 149.874, segue un deciso picco nel 2020 che ha visto la dotazione di posti letto raggiungere i 189.420; ovvero circa 40.000 posti letto in più.

Nel 2021 la linea che descrive il numero di posti letto tende a scendere per attestarsi a 172.265.

Numeri comunque superiori ai valori del 2019 di circa 22.000 unità.

A livello nazionale i posti letto destinati alla riabilitazione e lungodegenza sono 0,6 ogni 1.000 abitanti con una notevole variabilità regionale molto distante dallo standard previsto dello 0,7 per 1000 abitanti.

Sono quasi la totalità in questo caso le regioni che non raggiungono lo standard previsto; si passa da uno 0,3% della Sardegna e Toscana ad un 1,1% della PA di Trento e ad un 1% del Piemonte.

Il sistema di emergenza – urgenza, i Tagli negli ultimi 10 anni

Negli ultimi 10 anni le strutture di emergenza sono diminuite in maniera piuttosto costante ed in maniera cospicua. Si tratta infatti di una riduzione di 61 dipartimenti di emergenza, 103 pronto soccorso, 10 pronto soccorso pediatrici e 35 centri di rianimazione.

Per quanto riguarda le strutture mobili di emergenza negli ultimi 10 anni abbiamo avuto una riduzione di 480 ambulanze di tipo B, un incremento di sole 4 ambulanze di tipo A (ma nel 2019 il decremento rispetto al 2010 era di 34 unità), un decremento di 19 ambulanze pediatriche e di 85 unità mobili di rianimazione.

Il quadro attuale sull'offerta di servizi per l'emergenza

Particolare interesse ha rivestito in questi ultimi anni l'area dell'emergenza. Il 52,6% degli ospedali pubblici risulta dotato nel 2021 di un dipartimento di emergenza e oltre la metà del totale degli istituti (67,9%) di un centro di rianimazione. Il pronto soccorso è presente nell' 79,5% degli ospedali. Il pronto soccorso pediatrico è presente nel 17% degli ospedali.

A livello regionale vi sono delle realtà con delle percentuali sicuramente più esigue e sotto la media sia per la presenza di DEA sia di pronto soccorso; è l'esempio di Basilicata (22,2% di DEA e PS), Calabria (43,5% di DEA e 69,6% di PS), Molise (20% DEA e 60% PS).

Allarme target - performance sistema 118

Andando ad analizzare un indicatore CORE del Nuovo Sistema di Garanzia lea, ovvero quello che monitora il tempo di risposta alle richieste di intervento sanitario che rivestono carattere di emergenza-urgenza, possiamo osservare notevoli differenze regionali in merito alla performance del sistema "118".

L'efficienza del sistema di emergenza sanitaria territoriale negli anni ha subito segni di peggioramento.

Vi sono alcune realtà in cui la tempestività dell'arrivo dei mezzi di soccorso è peggiorata significativamente

e presenta valori preoccupanti, è il caso della Calabria in cui il mezzo di soccorso arriva mediamente in 27 minuti, Basilicata 29 minuti e Sardegna 30 minuti, quando la media nazionale è di circa 20 minuti.

Attività di pronto soccorso nelle strutture pubbliche e private accreditate

Nel 2021 vi sono stati 14,5 milioni di accessi in pronto soccorso. Con una media di accessi ogni 1000 abitanti di 246.

Nel confronto tra il 2019 (pre-pandemia) e il 2021 (fase pandemica) a fronte di una diminuzione di accessi cospicua (da 340 ogni 1000 abitanti a 246) vi è un aumento della percentuale di ricoveri da pronto soccorso.

In Sardegna il numero di accessi è di molto inferiore alla media nazionale (190 contro una media di 246) e la percentuale di ricoveri maggiore alla media nazionale (21,4 contro una media di 15,8%).

Al contrario il numero di accessi nella provincia di Bolzano è molto alto (394) ma la percentuale di ricoveri è al di sotto della media nazionale (12,8%). Il dato suggerisce in questa Provincia la forte tendenza degli abitanti a rivolgersi in PS.

5. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

Identificato come una priorità nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, l'ammmodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie italiane procede in linea con le tempistiche, ma riguarda la sostituzione di solo 1/6 delle circa 18.000 apparecchiature sanitarie obsolete censite dal Consiglio Superiore di Sanità.

Il PNRR ha stanziato risorse, in larga misura già impegnate, per un target minimo di 3133, poi divenuto di 3136, "grandi macchinari": si va dai 937 sistemi radiologici fissi alle 34 PET-TC, passando per Ecotomografi (928), TC a 128 strati (340) e altre 4 tipologie di apparecchiature.

Nell'88% dei casi – come riportato dai CIS pubblicati a giugno 2022 – questi macchinari vengono acquisiti tramite procedura centralizzata Consip, nel restante 12% si è optato per una procedura di gara autonoma. Entro il 2024 dovrà essere garantita l'operatività di tutte le nuove grandi apparecchiature sanitarie, per poi passare – nel 2025 – alla digitalizzazione di 280 strutture ospedaliere (DEA I e II).

Nell'approfondimento curato dall'agenzia Civica di Cittadinanzattiva, viene descritto lo stato di ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero in Italia, con approfondimenti a carattere regionale e un focus sulle Aree Interne.

Dove e quanti

È la Campania, con 407 grandi macchinari, a guidare la classifica delle Regioni destinatarie del maggior numero di apparecchiature sanitarie, seguita da Lombardia (380), Lazio (298) e Calabria (286), in coda Molise (23) e Valle d'Aosta (2). La tabella sottostante offre la ripartizione su base regionale, per numero e tipologia di macchinari.

Le Aree Interne periferiche (indicate con le lettere D e E) ed ultra-periferiche (indicate con la lettera F) del Nord Ovest sono beneficiarie in totale di 63 grandi macchinari, quelle situate nel quadrante Nord Est del Paese di 100.

Ulteriori 66 apparecchiature sono allocate nelle Aree Interne del Centro, ben 315 nelle Aree Interne del Sud, e 125 presso le Aree Interne presenti nelle Isole.

Regione	TAC	RMN	ACC LIN	SIST RAD	ANG	GAM. CAM.	MAMM	G.C./TAC	PET/TAC	ECOT	Ulteriori appar.	Totale macchinari
Abruzzo	6	8	1	32	3	3	4	1	1	30	0	89
Basilicata	5	3		11	1		7			20	0	47
Calabria	9	2	1	26	3	1	12			182	50	286
Campania	47	7	4	155	24	7	34	4	4	121	0	407
Emilia Romagna	26	13	2	92	15	1	36	6	2	46	0	239
Friuli Venezia Giulia	5		2	17	6	1	7	2	1		0	41
Lazio	26	10	8	55	26	5	27	6	3	132	0	298
Liguria	11	5		18	8	1	6	1	2	9	0	61
Lombardia	31	45	16	111	27	29	35	10	5	71	0	380
Marche	7	7	3	13			7	2	1	17	0	57
Molise	1	2		5	2		7			6	0	23
P.A. Bolzano	2	1		8			10		1	1	0	23
P.A. Trento	5	0	1	5	2	0	0	1	0	12	0	26
Piemonte	14	6	13	55	12	5	17	3	2	54	0	181
Puglia	48	16	2	49	21	3	6	3	4	121	0	273
Sardegna	12	18	3	28	2	1	1	3		29	0	97
Sicilia	43	21	7	56	13	11	58	5	4	44	0	262
Toscana	22	11	9	26	12	8	8	4	1	19	0	120
Umbria	3	2	1	19	2		1		1	14	0	43
Valle d'Aosta	1								1		0	2
Veneto	18	13	9	106	14	6	12	2	1		0	181
Totale	342	190	82	887	193	82	295	53	34	928	50	3136

Cosa denunciano persone assistite e cittadini

Che il tema non sia più rinviabile, lo sottolineano le quotidiane segnalazioni di cittadini e assistiti. Dalle 100 segnalazioni raccolte sul tema nell'ultimo anno da Cittadinanzattiva, le criticità relative riguardano essenzialmente esami/visite annullate o spostate per macchinari non disponibili/non funzionanti (45,5%); blocco prestazioni esterne alle strutture di ricovero per indisponibilità/malfunzionamento macchinari (28,8); numero insufficiente di macchinari (14,1%); macchinari obsoleti (8,3%); refertazione di bassa qualità (2,6%).

Non solo incentivi all'innovazione: necessitano modelli innovativi ed una governance partecipata anche per il rinnovo dei macchinari

Cittadinanzattiva sostiene da sempre che una governance partecipata coinvolgendo tutti gli stakeholder sia essenziale, e ciò vale anche per il rinnovo del parco tecnologico.

Crediamo che una giusta ripartenza potrà avvenire solo garantendo la massima trasparenza delle scelte e degli investimenti, soprattutto se la società civile italiana verrà coinvolta, anche promuovendo pratiche di monitoraggio civico.

Al riguardo, Cittadinanzattiva si è impegnata con la Federazione nazionale TSRM e PSTRP⁵⁵ a seguire la fase attuativa della M6C2 1.1.2 con l'obiettivo di tenere alta l'attenzione a ridurre gli squilibri regionali nella

⁵⁵ www.tsrp-pstrp.org/

dotazione e nell'utilizzo delle apparecchiature.

E proprio la citata Federazione avanza l'interessante proposta di supportare fattivamente la validazione clinica su vasta scala di quelle tecnologie dalle quali, in base a promettenti evidenze cliniche già disponibili, è ragionevole aspettarsi significativi benefici intercettanti bisogni di salute che, fino a poco tempo fa, non era possibile soddisfare.

Per l'acquisizione di tali tecnologie, in luogo di un acquisto in conto capitale, stazione appaltante e fabbricante possono avere interesse a concordare condizioni "pay-per-use" variabili in funzione delle evidenze attese in un predeterminato arco di tempo. Questo meccanismo consentirebbe di validare clinicamente, su vasta scala, le innovazioni ritenute più promettenti dal SSN, a condizioni economiche sostenibili per tutti gli attori in campo.

**Fragilità, cronicità, diseguaglianza di salute:
esperienze nei territori**

Riformare le Cure Primarie, chiave necessaria per affrontare le sfide emergenti: cronicità, fragilità, disuguaglianze di salute

Fulvio Lonati

Riassunto

Il contributo intende mostrare la necessità, per affrontare cronicità, fragilità e disuguaglianze in salute, di una nuova visione complessiva del Servizio Sociale e Sanitario nazionale, basato su Cure Primarie secondo l'approccio della Primary Health Care come indicato dall'Organizzazione Mondiale per la Salute; al contrario, il mantenimento dell'attuale approccio prevalente, basato sulla erogazione di singole prestazioni, risulta inefficace oltre che non sostenibile.

Dopo una carrellata introduttiva di casi aneddotici esemplificativi, il contributo espone le proposte formulate dal Libro Azzurro e dalla correlata Alleanza per la Riforma delle cure Primarie in Italia, evidenziandone le potenzialità per affrontare in modo congruente, efficace, continuativo e sostenibile cronicità, fragilità e disuguaglianze in salute, fenomeni sociali in progressiva espansione, reali sfide emergenti.

In particolare il contributo analizza alcuni fattori chiave: l'approccio globale nella presa in cura, la graduazione delle risposte partendo dalla valorizzazione delle risorse delle comunità, la "territorializzazione" -non decentramento- dei servizi per la salute; il lavoro in equipe interdisciplinari e intersettoriali con un corretto rapporto operatore-assistito.

Storie di fragilità e cronicità

Francesca ha 8 anni, frequenta la terza elementare, è diabetica e deve fare la puntura dell'insulina alle 11,45, durante l'orario scolastico. L'infermiera incaricata va a scuola e gli somministra l'insulina (siamo in una regione italiana dove la gestione dei servizi sanitari territoriali, abbastanza strutturati, è per lo più affidata a cooperative che erogano prestazioni). Un giorno, un'ora dopo la somministrazione dell'insulina, Francesca comincia a sudare e non stare bene: a scuola non si sa che fare. Quindi si chiama l'ambulanza per le emergenze (l'infermiera non è ovviamente attrezzata e attivabile per urgenze). Si tratta di una crisi ipoglicemica: sarebbe bastato un po' di zucchero, dopo il controllo della glicemia con la striscia reattiva.

Nome ed episodio, benché di fantasia, sono mutuati da vicende realmente sperimentate.

Un'altra Francesca, in altro contesto con differente orientamento ed approccio, riceve invece cure diverse. L'infermiera di famiglia e comunità supporta il contesto scolastico della bambina: informa, raccoglie le disponibilità, forma, avvia l'autonomizzazione, rimane disponibile ad intervenire per problemi-dubbi-cambiamenti-difficoltà: il contesto scolastico (si scopre che una bidella fa la volontaria con le ambulanze), acquisisce così competenze-capacità (peraltro non particolarmente complesse) per gestire in "autonomia supportata" i bisogni del bambino, in accordo con i genitori, anche nella prospettiva educativa di una sua progressiva acquisizione della capacità di auto-somministrarsi le cure, non in solitudine ma in una comunità, anche educativa, presente.

Fatto, benché di fantasia, mutuato da vicende realmente sperimentate¹.

Leonardo è un adolescente, in un quartiere periferico di una grande città, vittima di un episodio di bullismo. Il pronto soccorso prima ed il medico di famiglia poi si trovano a doverlo curare; trattano il caso con un esame obiettivo per rilevare eventuali segni di violenza -che non si riscontrano- e con ansiolitici; affermano: "Il problema bullismo non è di nostra competenza". Il pronto soccorso denuncia il caso alle forze dell'ordine. Anche questo fatto, benché di fantasia, è mutuato da vicende realmente sperimentate.

Un approccio diverso viene già attuato in alcune realtà: lo psicologo della Casa della Comunità si attiva con incontri, telefonate, comunicazioni verso medici-pediatri di famiglia, farmacie, scuole, oratori, gruppi sportivi, bar, forze dell'ordine per evidenziare la presenza del problema bullismo tra gli adolescenti e perché ciascuno usi attenzione, segnali, chieda aiuto; tutta la comunità locale può essere attivata perché ciascuno giochi un ruolo attivo, sapendo di non essere solo e di poter contribuire alla prevenzione del problema.

La signora Teresa ha 87 anni, è ancora abbastanza autonoma ma con parecchi acciacchi. Fa fatica ad uscire da casa; peraltro non ne ha neanche molta voglia, anche perché non saprebbe che fare. Vive sola, in solitudine: i vicini la conoscono appena. L'assistente sociale del Comune, a seguito della richiesta della figlia che vive lontano, in città, ha attivato il servizio "pasto a domicilio", che viene consegnato da operatori, che si avvicendano, della ditta incaricata dal Comune.

Fatto, ancora di fantasia: certamente però molti hanno conosciuto situazioni analoghe.

Ecco un approccio alternativo: l'assistente sociale che lavora presso la Casa della Comunità individua una trattoria vicina e attiva la possibilità che l'anziano vi faccia i pasti principali o, quando necessario, possa riceverlo a casa. Infatti, il Comune ha coinvolto i gestori di bar, trattorie e ristoranti perché forniscano ad anziani e disabili pasti idonei "in convenzione" (tariffa agevolata e sostenuta dal Comune); gestori che sanno, se insorgono problemi, di poter chiedere informazioni-supporto-aiuto alla Casa della Comunità e che, in un clima di "accoglienza" e "supervisione", diventano "antenne sociali": pongono puntualmente la domanda "va tutto bene?" e sanno chi attivare se insorgono problemi².

Giovanni, 35 anni, dopo cinque mesi di permanenza in una comunità terapeutica riabilitativa psichiatrica, torna a casa, in famiglia; il piano di reinserimento sociale di fatto può "appoggiarsi" solo sulla famiglia con il supporto di un educatore del Centro Psico-Sociale: la famiglia si sente abbandonata, con un carico troppo pesante e teme di non farcela.

¹Bibliografia Protocollo Farmaci a Scuola dell'ASL di Brescia, 2011 - <https://www.apirenetwork.it/?s=farmaci+a+scu>

² Il governo della rete: l'esperienza del Dipartimento Anziani in Valtrompia. I nodi della rete: cure domiciliari integrate e servizi residenziali articolati. 1999, Milano, Franco Angeli

Gli approcci alternativi proposti negli esempi precedenti lasciano chiaramente intravedere la possibilità di dare un respiro ben più ampio al piano di reinserimento di Giovanni, trovando “appoggi” anche oltre la famiglia, in una comunità “accogliente”.

Che cosa intende mostrare questo contributo

I casi aneddotici riportati vorrebbero dare una visione concreta di quanto sia poco efficace affrontare fragilità e cronicità con un modello fatto di singole prestazioni; vorrebbero altresì dare l’immagine della potenza di un approccio basato invece sull’attivazione delle risorse, anche “laiche”, di una comunità attivamente coinvolta nel promuovere salute.

Il presente contributo intende appunto esporre questo approccio, avvalendosi dei contenuti, ampiamente riportati testualmente, del *Libro Azzurro*³ (2021) e della *Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia*⁴ (2022) evidenziandone le potenzialità per affrontare in modo congruente, efficace, continuativo e sostenibile cronicità, fragilità e disuguaglianze in salute, fenomeni sociali in progressiva espansione, reali sfide emergenti⁵. In particolare il contributo analizza alcuni fattori chiave: l’approccio globale nella presa in cura, la graduazione delle risposte partendo dalla valorizzazione delle risorse delle comunità, la “territorializzazione” -non decentramento- dei servizi per la salute; il lavoro in equipe interdisciplinari e intersettoriali con un corretto rapporto operatore-assistito.

L’impossibilità di garantire incrementalmente, a tutti, tutte le tecnologie sanitarie più evolute

Come affermato da Hunnu Vuori già al Congresso WONCA – Organizzazione mondiale dei medici di famiglia nel 1986⁶:

“È impossibile garantire il diritto alla salute a ogni cittadino -un principio affermato nella costituzione di molti paesi di nuova indipendenza- attraverso una medicina altamente tecnologica. Anche i paesi industrializzati si trovano di fronte a un’impasse. Nessun paese è ricco abbastanza per erogare a tutti i cittadini ogni cosa che la medicina moderna può offrire. È necessario trovare alternative che siano socialmente accettabili, costo-efficaci ed economicamente sostenibili. La soluzione a portata di mano è la Primary Health Care. Questa è l’unica strada per realizzare la giustizia sociale nei confronti delle malattie.”

Chi ha più bisogno di cure ha minori possibilità di riceverle

Allargando lo sguardo verso le disuguaglianze in salute, risulta utile richiamare il concetto della “*Inverse care law*” (legge dell’assistenza inversa) di Tudor Hart⁷:

“Le comunità che avrebbero maggiore bisogno di una buona assistenza sono quelle che hanno minore probabilità di riceverla. La disponibilità di una buona assistenza medica tende a variare in modo inversamente proporzionale

³ Il Libro Azzurro per la Riforma delle Cure Primarie, 2021- <https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc/home>

⁴ Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia, 2022 - <https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc/alleanza-per-le-cure-primarie-in-italia>

⁵ Una sfida per la sanità pubblica: prevenzione e gestione delle fragilità – Traiettorie di lavoro per professionisti della salute, 2022 - Pearson Italia Milano-Torino 2022

⁶ Vuori H. Health for All, Primary Health Care and General Practitioners. Journal of the Royal College of General Practitioner, 1986, 36, 398-402

⁷ Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971; 1: 405-412

al bisogno della popolazione servita. Questa legge dell'assistenza inversa opera più profondamente laddove le cure mediche sono in maggior misura esposte alle forze del mercato, e in modo meno rilevante laddove tale esposizione è ridotta.”

È necessario un cambio di paradigma

Anche sulla base di quanto prima riportato, il Libro Azzurro per la riforma delle Cure Primarie in Italia propone una nuova visione:

“... il ruolo sempre più rilevante del mercato che, anche nell'ambito della salute, spinge verso un approccio prestazionale e frammentato dei sistemi di assistenza. Un orientamento sostenuto dal concomitante straordinario sviluppo tecnologico della biomedicina, che ha contribuito a generare l'illusione di una sufficienza dell'approccio alla salute di tipo prestazionale-specialistico.

Senza un modello adeguato a fronteggiare le sfide poste dalle transizioni in atto, basato sul potenziamento delle Cure Primarie, dovremo attenderci la convergenza di due gravi fenomeni, che rischia di porre i sistemi assistenziali in una condizione di crisi strutturale. Da una parte un maggior incremento del numero di persone con malattie croniche e condizioni di non autosufficienza, conseguenza di un mancato intervento proattivo, preventivo e individualizzato. Dall'altra, l'impossibilità di dare una risposta adeguata e sistematica alle persone con malattie croniche e condizioni di non autosufficienza, effetto dell'incapacità a privilegiare, innanzitutto, le risposte più semplici e più vicine al contesto di vita delle persone.

La stessa recente pandemia ha mostrato quanto le dimensioni non biomediche intervengano, in modo assolutamente rilevante, anche nel determinare l'evolversi di condizioni acute. Ciò prova come, nel contesto attuale, sia sempre più urgente sviluppare un modello capace di affrontare la complessità del mondo reale a partire da sistemi di assistenza che possiedano gli strumenti per intervenire sui determinanti di salute.

Solo un modello assistenziale fondato sui principi della Comprehensive Primary Health Care può garantire ciò, favorendo il superamento della frammentazione tra gli attori coinvolti - sia professionali che comunitari - mediante la creazione di reti assistenziali multiprofessionali, multisettoriali e multidimensionali, a partire dal coinvolgimento delle persone e delle comunità, soggetti attivi a tutti gli effetti della propria salute, intesa come bene.

Un recente studio dell'OMS (WHO, Building the economic case for primary health care: a scoping review, 2018)⁸ ha inoltre fatto luce sul rapporto costi-efficacia della Primary Health Care. La Primary Health Care prevede un investimento iniziale per spostare l'accento, dalla performance sanitaria, alla prevenzione e partecipazione in salute. Questo investimento iniziale produce un forte risparmio di prestazioni sanitarie a medio e lungo termine, soprattutto rispetto ai ricoveri ospedalieri e agli accessi in pronto soccorso. La partecipazione in salute e l'utilizzo delle risorse già presenti sul territorio determinano inoltre un aumento dell'equità in salute.”

Le proposte dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia

Facendo proprie le proposte del Libro Azzurro, è nata nel marzo 2022 l'*Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia*, con l'obiettivo di ripensare, valorizzare e riprogettare la cosiddetta “medicina territoriale”.

All'Alleanza aderiscono oggi 19 organizzazioni convinte che:

- Il Servizio Sanitario Nazionale debba essere sorretto da risorse pubbliche e adeguate, sostenute dalla fiscalità generale a carattere progressivo;

⁸ WHO, Building the economic case for primary health care: a scoping review, 2018 -<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.48>

- Sia necessaria una nuova visione complessiva del Servizio Sociale e Sanitario Nazionale, basato su Cure Primarie secondo l'approccio della Primary Health Care come indicato dall'organizzazione Mondiale per la Salute;
- Il rinnovamento di tutta l'Assistenza Primaria italiana rappresenti un obiettivo strategico e non più rinviabile;
- La riforma delle Cure Primarie in Italia possa iniziare ad attuarsi se richiesta e sostenuta da una "massa critica" di organizzazioni-enti-movimenti sensibili alla problematica che condividono le linee di rinnovamento fondamentali e siano alleate tra loro.

Il documento fondativo dell'Alleanza individua una serie di proposte che sottintendono l'inscindibile interdipendenza tra salute-istruzione-formazione e la circolarità del concetto di salute, che deve essere perseguita "in tutte le politiche".

Proprio l'insieme di queste proposte si ritiene che rappresenti l'unico modello sostenibile e capace di affrontare con efficacia, tra l'altro, la sfida delle cronicità e delle fragilità, contrastando al contempo le disuguaglianze in salute. Di seguito andremo quindi ad esporre le proposte dell'Alleanza con potenziale impatto sulla prevenzione e gestione di tali problematiche, riportandole testualmente e commentandole successivamente.

Definire un'unica cornice istituzionale-organizzativa delle Cure Primarie

Le proposte dell'Alleanza:

"Nonostante la normativa nazionale abbia progressivamente precisato ruolo e organizzazione del Distretto, v'è un'applicazione incompleta e molto diversificata tra le Regioni, in alcune delle quali il Distretto risulta essere un'entità virtuale.

Proponiamo che il modello istituzionale-organizzativo delle Cure Primarie sia uniforme in tutte le Regioni, basato su una cornice istituzionale-organizzativa vincolante del Distretto Sociale e Sanitario, della Casa della Comunità e delle "Microaree" (livello organizzativo dei servizi per la salute di prossimità), all'interno di un governo rigorosamente pubblico. Proponiamo che il Distretto Sociale e Sanitario abbia una dimensione di circa 100.000 abitanti e che coincida con l'Ambito Territoriale Sociale."

Dalle vicende aneddotiche di Francesca, Leonardo, Teresa e Giovanni, narrate nell'introduzione, emerge chiaramente che le loro cronicità e fragilità non possono essere affrontate coerentemente attraverso l'erogazione di singole prestazioni, specie se fornite da diversi enti tra loro scollegati e, ancor più, se non radicati nel luogo dove queste persone vivono. Risulta peraltro evidente la necessità che ci si prenda cura di ciascuno di loro in modo globale, tenendo conto delle diverse dimensioni della loro vita: medico-clinica, autonomia, risorse personali e del contesto. La decantata libera scelta del cittadino, nel caso delle cronicità e delle fragilità, tanto più quando questi è povero di risorse economiche e culturali, non può funzionare. Al contrario solo un'organizzazione locale dei servizi territoriali per la salute può garantire che la persona sia presa in carico, o meglio, che ci si prenda cura di lei.

Le proposte dell'Alleanza indicano appunto la necessità di attrezzare e organizzare i servizi per la salute in ciascun territorio, non come articolazioni secondarie periferiche di ospedali o di centri specialistici, ma con una propria strutturazione organica, articolata su tre livelli fondamentali:

1. *Il territorio del Distretto Socio-Sanitario:* deve essere chiaramente individuato, riconoscibile, definito sulla base di elementi geografici, sociali, organizzativi, epidemiologici e deve coincidere con l'Ambito

Territoriale Sociale. Il bacino dovrebbe essere di circa 100.000 abitanti, ovvero la dimensione “più piccola possibile” ma sufficiente a contenere, oltre che un ospedale, tutte le diverse tipologie di attività territoriali per la salute: l’assistenza primaria, le diverse tipologie di specialisti ambulatoriali, i servizi per la salute mentale, le disabilità infantili e dell’età adulta, il contrasto alle dipendenze, la tutela minorile, la medicina del lavoro, In questo modo, il Distretto può divenire l’ente cardine per l’attuazione territoriale del Servizio Sanitario Nazionale e delle politiche sociali locali, con precisi compiti: individuare gli strumenti di riferimento organizzativi-professionali di comunicazione-coordinamento tra i diversi operatori e servizi; promuovere la connessione in rete tra tutti gli attori locali; organizzare le risposte ai bisogni della propria popolazione superando la separazione tra i “silos” organizzativi. È proprio per tale orientamento che risulta necessaria la coincidenza territoriale tra Distretto socio-Sanitario (di competenza delle Aziende Sanitarie) e Ambito Territoriale Sociale (di competenza dei Comuni).

2. *Il territorio della Casa della Comunità*: con un bacino al di sotto dei 50.000 abitanti, rappresenta la dimensione che rende possibile che gli attori presenti -sanitari, sociosanitari, sociali, delle diverse attività locali- conoscano specificamente il territorio (le vie, le scuole, i mercati, le parrocchie, ...) e possano tra loro incontrarsi, confrontarsi, connettersi, stimarsi e progettare insieme come affrontare coerentemente i problemi locali. È a questo livello che diventa possibile e funzionale il lavoro in équipe multi professionali-multisetoriali, radicate nella comunità, appoggiate operativamente appunto alla Casa della Comunità. Ed è a questo livello che anche i cittadini e le loro organizzazioni locali possono partecipare attivamente alla promozione della salute dei singoli e della comunità, con il supporto logistico-organizzativo, anche in questo caso, della Casa della Comunità.
3. *La Microarea*: ha la dimensione di quartiere, frazione, piccolo Comune. È il livello nel quale dovrebbe essere presente l’équipe di base, a cui è affidata la promozione della salute delle persone che lì vivono, composta elettivamente da medici e pediatri di famiglia, infermieri di famiglia e comunità, segretari clinici, assistenti sociali, farmacisti e, a seconda delle specificità locali, dagli eventuali altri operatori-servizi presenti localmente. L’équipe di base di ogni Microarea si deve coordinare, in modo tanto più forte quanto più è piccola e decentrata, con la Casa della Comunità per i servizi di maggiore complessità e fa parte dell’équipe allargata con i professionisti che operano su più Microaree (o su più Case della Comunità).

Sostenere le comunità locali perché generino salute e benessere

Le proposte dell’Alleanza:

“Il passaggio da un modello prettamente “sanitario” (concentrato nell’erogazione di prestazioni sanitarie) ad un modello di “salute” (promozione e prevenzione nei luoghi di vita e coinvolgimento attivo delle persone e delle risorse delle comunità locali) si è realizzato solo in alcune Regioni e comunque solo marginalmente. Proponiamo che si attivino politiche pubbliche capaci di far crescere il capitale sociale e di promuovere la resilienza e l’empowerment delle comunità mediante la loro effettiva partecipazione. Questo passa attraverso un cambiamento culturale radicale da promuovere in tutti gli ambiti educativi, formativi e lavorativi, a partire dai livelli primari di istruzione. Proponiamo in tal senso che sia vincolante il coinvolgimento dei Sindaci e delle rispettive organizzazioni comunali.”

Nel caso di Francesca il contesto che si è attivato per produrre salute è la scuola; con Leonardo sono coinvolti medici-pediatri di famiglia, farmacie, scuole, oratori, gruppi sportivi, bar, forze dell’ordine; per Teresa è un

esercizio commerciale che dà un supporto personalizzato; il piano di reinserimento sociale di Giovanni ha bisogno di “appoggiarsi” su una comunità accogliente. L'orientamento, specie in presenza di cronicità, fragilità e deprivazione, richiede quindi che si ricerchino, si coinvolgano e si attivino le possibili risorse che possono contribuire a produrre il migliore stato di salute, non a partire dal “sanitario” e dal “sociale”, ma dal contesto di vita della persona, affidando ai professionisti sanitari-sociali il compito di essere “ascoltatori-orientatori-formatori-facilitatori-consulenti-supervisor” e, solo quando necessario, “operatori”. In tale direzione il Libro Azzurro esplicita precisazioni, valutazioni e, soprattutto, indicazioni:

“È ampiamente evidenziato che solo la partecipazione, quale processo sia individuale che collettivo, consente il perseguimento della salute come benessere, la possibilità di vita piena del soggetto e della comunità. Quindi è un processo indispensabile per l'efficacia delle cure e dell'assistenza, ma soprattutto per la sostenibilità del sistema. Per queste ragioni la partecipazione della comunità è il fattore fondante dei principali modelli internazionali di riferimento per le Cure Primarie⁹.”

Per queste ragioni la partecipazione della comunità è il fattore fondante dei principali modelli internazionali di riferimento per le Cure Primarie.

[...] La cittadinanza necessita di abituarsi alla “partecipazione” per non perseguire il proprio benessere soltanto attraverso la delega. Va facilitato questo processo di ri-appropriazione decisionale sulla propria salute e benessere, individuale e collettivo.

[...] Per permettere la partecipazione si deve conoscere il territorio/comunità, sapere come quali attori e dinamiche si muovono al suo interno e per farlo occorre instaurare relazioni di fiducia, possibili soltanto con il tempo, la costanza e la continuità.

[...] Co-costruire l'analisi dei bisogni e la definizione di obiettivi e interventi tramite la creazione di reti tra istituzioni, associazioni, comunità e singole persone, in modo che le reti stesse divengano sostegno della salute dei singoli e del benessere complessivo.

[...] Porre come obiettivo prioritario nel percorso di empowerment della comunità la condivisione delle competenze, degli strumenti e delle strategie di partecipazione tra tutti i portatori di interessi.

[...] Favorire l'integrazione degli operatori delle Cure Primarie nella comunità: valorizzare la conoscenza di bisogni, risorse, linguaggi e dinamiche relazionali; facilitare il riconoscimento degli operatori come persone/professionisti di fiducia e di riferimento nel tempo, promuovendo così la continuità relazionale con la comunità di riferimento, il terzo settore e le istituzioni locali.

[...] Porre come obiettivo dei servizi l'interazione tra gli operatori e le persone che vivono il territorio, favorendo un senso di appartenenza e di cooperazione per la salute della comunità.

Ciò può avvenire se gli operatori della salute del territorio hanno tale visione e sono a ciò formati e attrezzati:

[...] Le equipe che promuovono la Primary Health Care e lo sviluppo di comunità devono essere multidisciplinari con professionisti sociali e sanitari appartenente a diversi profili e composte anche dai referenti dei portatori di interessi della comunità, da rappresentanti del terzo settore e degli enti locali.

[...] I professionisti devono essere specificamente formati, con competenze in Cure primarie e partecipazione della comunità. Devono essere dotati di strumenti metodologici per supportare la rilevazione dei bisogni, per l'empowerment di comunità, per l'advocacy e per costruire e accompagnare gli incontri, gestire i conflitti.

[...] Promuovere nella popolazione, nel contesto universitario e tra tutti gli operatori (sia del territorio sia dell'ospedale) la cultura delle Cure Primarie riconoscendone ad ogni livello l'importanza e la significatività scientifico-professionale, anche al fine di sviluppare negli operatori territoriali un “orgoglioso senso di appartenenza”.

⁹ Lemma P, Promuovere Salute. Principi e Strategie. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2018

Territorializzare il Servizio Sociale e Sanitario

Le proposte dell'Alleanza:

“Il bisogno di salute è di norma supposto piuttosto che concretamente rilevato e le risposte e le soluzioni ad esso fornite sono spesso standard piuttosto che appropriate al contesto.

Il servizio sanitario si è sviluppato e costruito per grossi “silos”, spesso indipendenti per organizzazione, funzionamento e finanziamento e con pressoché nulla condivisione di dati e informazioni formali e informali. Ciò impedisce l'integrazione, la prossimità e la flessibilità dei servizi di salute, fondamentali ad accogliere e adattare la risposta ai bisogni e dunque alla risolutività degli interventi.

Proponiamo che le attività del Servizio Sociale e Sanitario siano pensate e strutturate a partire dalla individuazione dei bacini territoriali per bisogni-risorse e non dai “silos” professionali e di patologia.”

Le persone fragili e con problematiche croniche descritte aneddoticamente nell'introduzione evidenziano la necessità di “territorializzare” il Servizio Sanitario, ovvero lavorare nel/sul/col territorio, inteso sia come spazio fisico che come comunità di persone.

Territorializzare significa attuare il Servizio Sanitario nello specifico contesto locale, tutelare la salute delle persone e della comunità “proprio lì” dove vivono, incentivando la partecipazione individuale e collettiva, valorizzando tutte le risorse locali (scuole, aggregazioni culturali-sportive-ricreative-religiose, negozi, volontariato, ...) perché promuovano la salute globale, superando l'attuale modello di sanità “sovra-territoriale”, centrato sulla malattia e focalizzato sulle prestazioni, specialmente se super-specialistiche ed erogate presso centri di eccellenza.

In tal senso, risulta chiarificante il Libro Azzurro, che afferma:

“Le Cure Primarie producono modelli organizzativi e strategie di intervento specifici, che siano partecipati e basati sulla mappatura delle caratteristiche, delle risorse e dei bisogni della popolazione del territorio attraverso la territorializzazione, ovvero il processo di conoscenza (mappatura descrittiva) e di co-costruzione (mappatura trasformativa) del territorio di cui l'equipeservizio di salute è responsabile.

Lo scopo della territorializzazione è quello di raccogliere e analizzare i dati di salute e malattia, dai più prossimi ai più distali, di attivare le risorse comunitarie e il capitale sociale e di pianificare e programmare le conseguenti azioni di salute, il più possibile volte alla realtà quotidiana di vita delle persone.

La partecipazione delle persone e delle comunità nelle diverse fasi della territorializzazione è indispensabile al conseguimento dell'obiettivo, ovvero quello di promuovere la salute come salute eco-bio-psico-sociale, orientata all'autodeterminazione, all'autonomia e alle libertà individuali e collettive.

Organizzare il lavoro delle Cure Primarie in equipe interdisciplinari e in rete con territorio e ospedale

Le proposte dell'Alleanza:

“Il coordinamento tra la componente “sanitaria” e quella “sociale”, così come il lavoro in equipe interprofessionali, sono avvenuti occasionalmente, solo dove si sono incontrate disponibilità individuali e favorevoli ed eccezionali contingenze. Manca una cultura della co-gestione partecipativa e le competenze necessarie alla costituzione di reti della salute che siano multi-settoriali, multi-professionali e partecipative in cui le decisioni passino per la costruzione di consenso.

Proponiamo di organizzare il lavoro delle Cure Primarie in equipe interdisciplinari con la presenza di tutte le figure professionali della salute (sanitarie e sociali) adeguatamente formate, in numero congruo, operanti su definiti segmenti di territorio e opportunamente organizzate su tre livelli (Distretto, Casa della Comunità, Microarea), integrate con i professionisti ospedalieri, in rete con il territorio e partecipate dalle comunità.”

Francesca, la bambina malata di diabete, ha bisogno che diabetologo, pediatra di famiglia e infermiera territoriale innanzitutto, ma poi anche dietista, psicologo e assistente sociale lavorino collaborando in modo organico, non

occasionale, benché appartengano ad enti-organizzazioni diversi ed abbiano professioni-specializzazioni diverse. Ciò risulta possibile solo se funziona l'equipe di base, quella del territorio dove Francesca vive, sulla quale può innestarsi il supporto di specialisti e, come nel caso specifico, super-specialisti (il centro diabetologico pediatrico). Leonardo, l'adolescente vittima di bullismo, non ha bisogno di ambulatori, che non potranno che dire "non è di mia competenza", ma di equipe multi professionali e multisettoriali (cioè di enti diversi, nel caso specifico persino le forze dell'ordine) che affrontino il problema dalle origini. Il singolo caso potrà anche aver bisogno delle cure farmacologiche o psicologiche del momento, ma la sua situazione va affrontata andando alle radici. Anche in questo caso è solo la presenza di equipe multiprofessionali "agganciate" alla Casa della Comunità che rende possibile il processo di collaborazione necessario.

L'anziana signora Teresa, non ha bisogno solo dell'assistente sociale: anche il suo medico di famiglia e i vari specialisti attivati per inquadrare e approntare le cure per i "vari acciacchi" dovrebbero lavorare tra loro coordinati, anche per evitare che la somma delle terapie prescritte raggiunga un numero di somministrazioni quotidiane ingestibili. E anche in questo caso la cosa è possibile solo se quegli specialisti sono quelli della Casa della Comunità e sono responsabilizzati elettivamente sulla popolazione di riferimento della Casa stessa. Ciò rende possibile che medici di famiglia e specialisti si conoscano, si stimino, si correlino, si incontrino... e, quando necessario, informino l'assistente sociale di possibili necessità non sanitarie ma, di sicuro, utili per la salute, pur tra i tanti acciacchi, della Signora Teresa¹⁰.

La possibilità che Giovanni, dopo il suo percorso riabilitativo nella struttura psichiatrica, possa trovare una comunità locale accogliente, richiede che, innanzitutto, siano accoglienti gli operatori sanitari e sociali di quella comunità.

In tale direzione, il Libro Azzurro indica le modalità di lavoro dei professionisti della Casa della Comunità:

- *lavorano con un approccio multiprofessionale necessario per poter soddisfare i diversi bisogni delle persone;*
- *sono capaci di mappare il territorio, rilevare determinanti di salute, mobilitare le risorse comunitarie, raccogliere informazioni quantitative e qualitative dei bisogni della popolazione, realizzare itinerari terapeutici, di accessibilità ai servizi, elaborare temi specifici per la formazione e l'empowerment comunitario, stimolare la costruzione di reti comunitarie e la partecipazione attiva della popolazione;*
- *lavorano tramite un approccio di tipo proattivo, non volto solamente a soddisfare le domande espresse, ma anche quelle inesprese;*
- *promuovono l'integrazione tra Casa della Comunità e Ospedale."*

E per questo formula proposte:

Impegnare ogni professionista della Casa della Comunità a:

- *apprendere in forma permanente (tracciabile) i principi fondamentali della PHC, attraverso un percorso di studi adeguato, indipendentemente dal proprio curriculum di studi;*
- *rispettare/condividere la visione culturale della PHC;*
- *conoscere i ruoli e le competenze degli altri operatori per stimolare la costruzione di saperi e pratiche condivise, funzionali a potenziare la capacità assistenziale per il territorio di competenza;*
- *partecipare alle equipe multiprofessionali finalizzate alla presa in carico congiunta di situazioni a medio-alta complessità, con incontri periodici sulla base delle esigenze presenti; - cooperare con il mondo accademico, in*

¹⁰ A latere va ricordato che una connessione locale organica tra medici di famiglia e specialisti della Casa della Comunità è la via per affrontare radicalmente il problema delle lunghezze delle liste d'attesa: il collegamento tra queste figure professionali con la possibilità di attivare gli altri attori locali, tutti responsabilizzati sulla salute della specifica popolazione del territorio di competenza, consente di garantire continuità (e semplificazione) di cura e di avvalersi di consulenze, anche brevi-estemporanee, alternative alla necessità di ricorrere alla prescrizione di prestazioni. Inoltre, diventa possibile gerarchizzare in modo razionale, in base anche alle risorse disponibili, le priorità ed i percorsi (leggasi anche prescrizioni di prestazioni) alternativi.

particolare nella formazione per le Cure Primarie di tutte le professioni sanitarie.”

E, quale conclusione del contributo:

“Organizzare:

- l'equipe multiprofessionale che si tiene con cadenza regolare per la risoluzione multiprofessionale di casi complessi;*
- periodicamente corsi di role playing e di simulazione per immedesimarsi nell'esperienza altrui;*
- un training per obiettivi strutturati per chiunque entri a lavorare nella Casa della Comunità, indipendentemente dal curriculum di studi, con un affiancamento a tutor esperti scelti “interni”, di durata adeguata alla complessità del territorio/comunità di riferimento.”*

Multimorbilità e polifarmacoterapia: strumenti e prospettive per migliorare l'uso dei farmaci nel paziente anziano

Marina Azab, Chiara Elli, Alessandro Nobili, Luca Pasina

1. Una popolazione sempre più anziana

L'invecchiamento della popolazione è diventato un fenomeno globale e stando alle statistiche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità la percentuale di persone con più di 60 anni di età sta aumentando più velocemente rispetto alle altre fasce di età in quasi tutti i Paesi del mondo.

Le stime indicano che nel 2050 le persone con più di 60 anni saranno quasi 2 miliardi (oltre il triplo rispetto al 2000) e rappresenteranno circa un quarto (23%) della popolazione mondiale.

In particolare, nei 27 Paesi dell'Unione europea, è previsto un aumento molto rilevante della popolazione di 65 anni o più che nei prossimi 40 anni è destinata a raddoppiare passando dai quasi 87 milioni di persone di oggi a circa 148 milioni

(<https://www.istat.it/demografiadelleuropa/bloc-1c.html>).

In Italia i soggetti con età 65 anni o più rappresentano oggi il 23,5% del totale e si stima che potrebbero raggiungere entro il 2050 il 34,9% del totale secondo lo scenario mediano con un intervallo di confidenza al 90% compreso tra un minimo del 33% a un massimo del 36,7%

(Istat, <https://www.istat.it/it/files/2022/09/REPORT-PREVISIONI-DEMOGRAFICHE-2021.pdf>).

Il cambiamento demografico sarà ancora maggiore per i soggetti con 80 o più anni che diventeranno nel 2050 il 20-25% di tutta la popolazione.

Questo incremento dell'aspettativa di vita è il risultato di diversi fattori correlati da un lato ai progressi della medicina, al miglioramento degli stili di vita, alla disponibilità di farmaci innovativi ed efficaci e alla implementazione di un migliore stato sociale.

L'invecchiamento raramente si manifesta da solo; molto spesso si accompagna alla presenza di malattie croniche, deterioramento cognitivo e funzionale, isolamento sociale e aumentato rischio di fragilità.

L'invecchiamento oltre

a prolungare l'aspettativa di vita ha aumentato anche la prevalenza di soggetti affetti da malattie croniche.

Quando si parla di pazienti con patologie croniche multiple, bisogna però fare attenzione e distinguere tra ciò

che viene indicato come comorbilità e multimorbilità.

Il termine comorbilità è stato introdotto nel 1970 e si riferisce alla presenza simultanea di due o più patologie in cui una è la malattia indice (per esempio il diabete) mentre le altre sono strettamente correlate a questa (per esempio la retinopatia o la nefropatia diabetica).

Con il termine multimorbilità, invece, ci si riferisce alla coesistenza di almeno due patologie nello stesso individuo non necessariamente correlate tra loro (per esempio il diabete e l'osteoporosi e la broncopneumopatia cronica ostruttiva).

L'interesse si sta quindi spostando verso una definizione che tenga conto della co-occorrenza in uno stesso individuo di due o più patologie croniche, spostando così l'attenzione da una data condizione patologica indice (*disease-oriented*) al paziente che soffre di patologie multiple (*patient-oriented*) e ad un fenotipo di paziente che il fenotipo "*complesso*" che non è la semplice sommatoria delle singole condizioni patologiche, ma costituisce una nuova tipologia con caratteristiche peculiari in termini di eziopatogenesi, bisogni terapeutici e assistenza.

Infatti, gli anziani con multimorbilità sono una categoria estremamente eterogenea in termini tipologia e gravità delle

patologie, stato cognitivo, funzionale, rischio di eventi avversi e priorità di cure. La prevalenza di multimorbilità nei soggetti anziani è stata stimata intorno al 60%, ma è certamente maggiore negli individui di età superiore a 80 anni, dove sembra aggirarsi intorno all'80% ed è molto variabile in funzione dei contesti di cura che vengono considerati: soggetti ambulatoriali, pazienti ospedalizzati o istituzionalizzati.

In Italia, la prevalenza di pazienti ultra-65enni affetti da patologie croniche ha raggiunto valori intorno al 35-40%, con valori intorno al 50% dei soggetti di età 75-85 anni e vicini al 65% negli anziani di ultra-85enni (Istat, <https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>).

Ancora poco note e tuttora oggetto di studi su svariati fronti sono le modalità di insorgenza-sviluppo, la distribuzione, le combinazioni (clustering) della multimorbilità, i fattori di rischio genetici e/o ambientali e l'impatto dei diversi cluster di polipatologie sulle aspettative e sulla qualità di vita di questi soggetti.

Negli anziani con multimorbilità, il risultato della frammentazione delle cure e di un approccio ancora eccessivamente orientato alle singole malattie (*disease-oriented*) e non al paziente (*patient-oriented*) porta inevitabilmente all'esposizione di questi pazienti alla polifarmacoterapia, che può costituire un indicatore di salute e fragilità, soprattutto se contestualizzato nei diversi setting di cura.

Di seguito saranno descritti i predittori e i rischi associati alla polifarmacoterapia, i criteri e gli strumenti per valutarne l'appropriatezza e saranno portati due esempi di contesto: quello dell'ospedale e quelle delle residenze sanitario-assistenziali.

2. La polifarmacoterapia: predittori e rischi

Ad oggi non esiste un'unica definizione di politerapia (o polifarmacoterapia) che abbia ottenuto un consenso chiaro ed univoco anche se è un termine usato comunemente in ambito geriatrico quando ci si riferisce all'uso da parte di un singolo paziente di più farmaci contemporaneamente.

La definizione più utilizzata in letteratura è quella che definisce la polifarmacoterapia come l'uso contemporaneo di cinque o più farmaci ed è quella più utile dal punto di vista clinico perché è stata correlata a un aumento del rischio di reazioni avverse da farmaco (ADR) e di interazioni farmacologiche.

Un'altra definizione di policofarmacoterapia distingue la politerapia appropriata e la politerapia inappropriata.

La politerapia appropriata è classificata come la prescrizione di più farmaci ad un paziente complesso in un contesto in cui la somministrazione di più farmaci è ottimizzata.

In questo caso, la multi-prescrizione ha lo scopo di minimizzare il rischio di ADR, mantenere e aumentare la buona qualità della vita e la longevità.

Una politerapia inappropriata, invece, è descritta come l'uso di più farmaci rispetto a quanti sono necessari dal punto di vista medico, ovvero quando i benefici dell'intervento farmacologico non sono evidenti oppure quando i rischi sono maggiori dei benefici.

Secondo queste definizioni, i farmaci non indicati, non efficaci o che costituiscono una duplicazione terapeutica sono considerati come polifarmacoterapia inappropriata.

La polifarmacoterapia è un fenomeno comune soprattutto tra la popolazione anziana. Dal rapporto Osmed 2023, nel 2022 il numero medio di farmaci per anziano è di 7,6, con il valore più basso registrato per la classe d'età 65-74 e quello più alto nella classe over 85 (Rapporto OsMed, <https://www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-in-italia-rapporto-osmed-2022>).

Inoltre, il 68,1 % dei consumatori over 65 ha ricevuto una prescrizione di almeno 5 principi attivi diversi nel corso dell'anno preso in considerazione, con circa 28,6% che consuma 10 principi attivi diversi.

Questo approccio terapeutico, sebbene a volte necessario per gestire condizioni di salute complesse e patologie multiple, comporta rischi significativi e richiede una valutazione attenta e continua per bilanciare i benefici e i potenziali rischi/effetti avversi.

2.1 Predittori

L'aumento del ricorso alla polifarmacoterapia è attribuito a diversi fattori, tra cui la possibile condizione di polipatologia nell'anziano, che rispetto ad una persona più giovane ha maggiori probabilità di ammalarsi anche di patologie croniche.

Uno dei principali predittori della polifarmacoterapia è la multimorbilità, la presenza di più malattie croniche in un individuo. In Italia, nel 2022, più di un terzo della popolazione anziana presenta multimorbilità, riferendo almeno tre patologie croniche, che colpiscono il 60% dei soggetti di età compresa tra i 75 e gli 84 anni.

Tra le patologie più comuni figurano l'ipertensione, il diabete di tipo 2, le malattie cardiache e le condizioni osteoarticolari. La gestione di queste condizioni richiede spesso l'impiego di più farmaci, portando inevitabilmente a un regime di polifarmacoterapia. La frammentazione delle cure e la mancanza di comunicazione tra i medici possono incrementare il rischio di polifarmacoterapia.

Infatti, spesso i soggetti anziani con patologie croniche si rivolgono prima al medico di famiglia che li rimanda alla cura di specialisti. In questo modo si viene a creare una situazione in cui ciascun specialista prescrive farmaci che si aggiungono alla lista di quelli che il paziente sta già assumendo.

Sovente, i medici tendono a prescrivere piuttosto che eliminare un farmaco dalla lista delle prescrizioni del paziente e pochi effettuano un controllo o un monitoraggio attento dei regimi terapeutici (ricognizione terapeutica o brown bagging).

Questo può portare a duplicazioni terapeutiche, interazioni farmacologiche e una mancata armonizzazione del trattamento farmacologico globale.

Uno dei motivi dell'aumento della politerapia risiede nel fatto che i medici seguono le linee guida specifiche disponibili per ciascuna delle molteplici malattie che affliggono i pazienti anziani: in questo modo ci si

orienta fortemente alla cura delle singole malattie con una tendenza a continuare a prescrivere piuttosto che diminuire il carico farmacologico.

Le linee guida difficilmente tengono conto della multimorbilità o della politerapia e spesso producono effetti negativi poiché si basano su studi clinici randomizzati, che hanno come criteri di esclusione proprio l'età e la multimorbilità.

Per pazienti complessi con multimorbilità e fragilità, o soggetti con demenza, l'applicazione oggettiva della somma delle singole raccomandazioni può non essere razionale, aumentando così il rischio di eventi avversi.

Rischi

Negli anziani la politerapia potrebbe essere percepita come una vera e propria malattia, con conseguenze e complicanze spesso più gravi delle stesse patologie per cui i diversi farmaci sono stati prescritti.

Oltre ai problemi farmaco-correlati, la politerapia nel paziente anziano è stata associata ad un aumentato rischio di perdita dell'autonomia funzionale, deficit cognitivo, fragilità, ospedalizzazione e mortalità.

Studi di farmacoepidemiologia evidenziano diverse criticità relative all'utilizzo dei farmaci nella popolazione geriatrica e i rischi associati alla politerapia, sottolineando quelle più rilevanti e frequenti: interazioni tra farmaci, mancata appropriatezza prescrittiva, scarsa tendenza al *deprescribing* e insorgenza di ADR.

La politerapia può generare piani di assunzione farmacologica complessi per numero di medicinali ma anche per modalità di assunzione, traducendosi in trattamenti difficilmente eseguibili da persone anziane e creando situazioni di scarsa aderenza terapeutica - più è alto il numero di farmaci che devono essere assunti dal paziente e maggiore è la probabilità di non-aderenza.

Una chiarificazione delle indicazioni e delle modalità di assunzione dei farmaci, oltre ad una semplificazione generale del regime farmacologico del paziente, potrebbe pertanto risultare fondamentale per evitare conseguenze negative sul piano clinico.

La politerapia rappresenta uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di interazioni tra farmaci (*drug-drug interactions*, DDI) in risposta alla contemporanea somministrazione di due o più farmaci, che differisce dalla risposta dei farmaci somministrati singolarmente. Digossina, ipoglicemizzanti orali, diuretici, calcioantagonisti, antipsicotici, antidepressivi, antiaritmici, FANS, fenitoina, warfarin e teofillina sono la causa più comune di interazioni che possono essere gravi negli anziani. I farmaci con basso volume di distribuzione, basso indice terapeutico, metabolismo saturabile e curve dose-risposta ripide sono causa delle interazioni più pericolose.

Un esempio è la contemporanea assunzione di più farmaci con effetti anticolinergici che, a causa di un aumento fisiologico della permeabilità della barriera emato-encefalica dovuto all'età, può dare un importante effetto anticolinergico, definito come carico anticolinergico, che si associa ad un incremento del rischio di cadute e conseguenti fratture, agitazione, stato confusionale acuto e alterazioni cognitive generali e funzionali. I pazienti più vulnerabili al carico anticolinergico e agli effetti neuropsichiatrici avversi degli anticolinergici sono i più anziani e soprattutto gli anziani affetti da demenza.

Uno dei rischi più significativi associati alla polifarmacoterapia è l'aumento delle ADR. Le ADR sono particolarmente preoccupanti negli anziani, i quali possono essere più sensibili agli effetti collaterali a causa dei cambiamenti fisiologici legati all'età, come la ridotta funzione renale e epatica.

Le ADR possono essere classificate in reazioni dovute a interazioni farmacologiche, nei pazienti con consumo elevato di farmaci o comorbidità multiple, e la "prescrizione a cascata" dove un farmaco causa effetti avversi che richiedono ulteriori farmaci per gestire questi nuovi sintomi.

Per mitigare i rischi della polifarmacoterapia, è essenziale adottare un approccio di valutazione continua e personalizzata del regime terapeutico del paziente.

Ciò include il “*deprescribing*”, ovvero la revisione e riduzione della terapia farmacologica non necessaria, e l’ottimizzazione della politerapia appropriata, dove tutti i farmaci prescritti sono necessari e i benefici per il paziente sono superiori ai possibili rischi. Inoltre, è fondamentale una migliore coordinazione tra i vari specialisti e l’uso di linee guida che considerino la multimorbilità e la specificità della popolazione geriatrica. Un ruolo cruciale è svolto anche dalla formazione del personale medico e infermieristico sull’importanza della gestione ottimale della polifarmacoterapia.

Programmi educativi mirati possono migliorare la consapevolezza sulle interazioni farmacologiche, le ADR e le strategie per migliorare l’aderenza terapeutica.

Inoltre, l’uso di strumenti tecnologici, come le cartelle cliniche elettroniche integrate e le app per la gestione dei farmaci, può facilitare il monitoraggio dei regimi terapeutici complessi e favorire una comunicazione più efficace tra i vari professionisti della salute.

La partecipazione attiva del paziente e dei suoi familiari nella gestione della terapia farmacologica è altrettanto importante.

Educare i pazienti e i caregiver riguardo l’importanza dell’aderenza terapeutica, sui potenziali effetti collaterali dei farmaci e sulle strategie per gestire la polifarmacoterapia può migliorare significativamente gli esiti clinici.

3. Come valutare l’appropriatezza prescrittiva

Per migliorare la prescrizione dei farmaci nei pazienti geriatrici e ottimizzare la polifarmacoterapia, sono stati sviluppati e validati vari strumenti volti a valutare la presenza di farmaci inappropriati, controindicati o con un rapporto beneficio-rischio sfavorevole. L’inappropriatezza prescrittiva può essere valutata attraverso misure esplicite (basate su criteri predefiniti) o implicite (basate sulla valutazione clinica del caso).

- I criteri espliciti sono orientati al farmaco o alla malattia e possono essere applicati su grandi banche dati anche in assenza di un giudizio clinico e/o della conoscenza delle caratteristiche cliniche del paziente.
- I criteri impliciti, invece, si concentrano sull’analisi del paziente piuttosto che sui farmaci o le malattie e risultano meno facilmente standardizzabili.

Di seguito viene fornita una breve descrizione dei principali metodi impliciti ed espliciti utilizzati a livello internazionale per ottimizzare l’uso dei farmaci nei pazienti anziani.

3.1 Criteri impliciti

Il *Medication Appropriateness Index* (MAI), sviluppato negli Stati Uniti nel 1991, si basa sulla valutazione di 10 criteri per assistere i clinici nella valutazione della qualità delle prescrizioni farmacologiche.

Questo strumento misura l’appropriatezza di ciascun farmaco tramite uno score ottenuto sommando le valutazioni di diversi aspetti della terapia farmacologica, come la via di somministrazione, il dosaggio, la presenza di interazioni o di duplicati.

I farmaci vengono classificati come appropriati (score 1), parzialmente appropriati (score 2) o inappropriati (score 3).

Uno dei maggiori limiti del MAI è il tempo richiesto per la valutazione: circa 10 minuti per ogni singolo farmaco.

Questo lo rende praticabile principalmente in contesti di ricerca, dato l’elevato numero di farmaci che i

pazienti anziani spesso assumono.

Sebbene il MAI sia stato efficace nel controllare l'appropriatezza prescrittiva, non è ancora dimostrato se questo comporti anche una riduzione degli effetti avversi.

Il *Prescribing Optimization Method* (POM) è stato proposto come supporto nella pratica clinica per aiutare i medici a porre domande specifiche al fine di ottimizzare la polifarmacoterapia nei pazienti anziani.

Si basa su sei domande guida che facilitano la revisione terapeutica:

1. Il paziente è adeguatamente trattato o ci sono ulteriori farmaci che potrebbero risultare utili?
2. Il paziente assume regolarmente i farmaci che gli sono stati prescritti?
3. Ci sono farmaci che possono essere sospesi o che sono inappropriati?
4. Il paziente presenta effetti indesiderati a uno o più trattamenti?
5. Sono possibili interazioni potenzialmente rilevanti dal punto di vista clinico?
6. È opportuno modificare il dosaggio o la frequenza di somministrazione di qualche farmaco?

L'applicazione di questo metodo risulta più rapida rispetto al MAI, richiedendo circa 20 minuti per paziente.

Ha dimostrato di favorire una semplificazione della terapia, riducendo il numero di farmaci prescritti.

Tuttavia, anche per il POM esistono pochi studi sugli esiti clinici.

3.2 Criteri espliciti

I criteri espliciti consistono in elenchi di principi attivi da evitare o utilizzare con cautela negli anziani, sia in generale sia in presenza di specifiche patologie.

Questi criteri sono di più facile applicazione e spesso vengono utilizzati in studi farmaco-epidemiologici per valutare il grado di appropriatezza prescrittiva.

Attualmente sono disponibili circa 36 liste di farmaci, ma i più utilizzati in letteratura sono i criteri di Beers e i criteri STOPP/START.

Criteri di Beers: sono stati il primo set di indicatori espliciti proposti per la popolazione geriatrica.

Inizialmente elaborati negli Stati Uniti nel 1991, vengono periodicamente aggiornati (l'ultimo aggiornamento risale a maggio 2023) e sono applicabili in qualsiasi contesto assistenziale.

Sono composti da cinque liste

Criteri di Beers: Forniscono un elenco di farmaci da evitare negli anziani a causa del loro potenziale rischio elevato rispetto ai benefici. Vengono aggiornati periodicamente per riflettere le nuove evidenze scientifiche.

1. Farmaci o classi farmacologiche potenzialmente dannosi per la maggior parte degli anziani, indipendentemente dalle condizioni cliniche del paziente.
2. Farmaci potenzialmente pericolosi solo in determinate condizioni, come l'uso di FANS in soggetti con insufficienza cardiaca.
3. Farmaci che devono essere utilizzati solo con estrema cautela, ad esempio l'uso di acido acetilsalicilico nella prevenzione primaria di eventi cardiaci in soggetti di età ≥ 80 anni.
4. Combinazioni di farmaci associate a interazioni potenzialmente gravi.
5. Farmaci che dovrebbero essere evitati o di cui sarebbe opportuno aggiustare il dosaggio in caso di insufficienza renale.

Questi criteri hanno lo scopo di informare e educare i medici più che limitarne la libertà prescrittiva.

Per ciascun criterio vengono riportati: la motivazione per cui il farmaco è potenzialmente inappropriato;

la raccomandazione (evitare in tutti i soggetti o in determinate circostanze); la qualità dell'evidenza (bassa, moderata o alta); e la forza della raccomandazione (forte o debole).

Nonostante i costanti aggiornamenti, i criteri di Beers presentano alcuni limiti: non fanno riferimento all'inappropriato sottoutilizzo di farmaci; non contemplano l'uso di duplicati terapeutici; si riferiscono principalmente alla disponibilità dei farmaci nella realtà americana; e non propongono alternative terapeutiche.

Criteri STOPP/START: Questi criteri identificano i farmaci potenzialmente inappropriati (STOPP) e le terapie potenzialmente utili ma omesse (START) negli anziani, aiutando a migliorare la qualità delle prescrizioni e a ridurre i rischi associati alla polifarmacoterapia.

I Criteri STOPP/START sono stati proposti da un gruppo di esperti in Irlanda nel 2008 per la popolazione di età superiore ai 65 anni.

I criteri STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) consistono di elenchi di farmaci da evitare o usare con cautela e sono applicabili a diversi contesti di cura.

Consistono in elenchi di farmaci da evitare o utilizzare con cautela.

Questi criteri sono applicabili a diversi contesti di cura e sono suddivisi in differenti aree clinico-terapeutiche: nove aree relative ai vari sistemi anatomici; e tre aree destinate a specifiche situazioni ad alto rischio di reazioni avverse (farmaci che possono causare cadute, farmaci analgesici e farmaci con effetti anticolinergici).

Contestualmente gli stessi autori hanno proposto i criteri START (*Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment*) che identificano le prescrizioni che potrebbero essere utili in determinate condizioni cliniche ma che sono potenzialmente omesse.

Questi criteri aiutano i medici a considerare terapie necessarie che potrebbero non essere state prescritte.

L'uso dei criteri STOPP/START ha dimostrato di ridurre il numero di prescrizioni inappropriate, le reazioni avverse e il costo medio della terapia alla dimissione.

Gli autori hanno successivamente sviluppato anche i criteri STOPP Frail per i pazienti anziani con limitata aspettativa di vita, adattando ulteriormente le linee guida alle esigenze specifiche di questa popolazione.

Criteri AIFA

AIFA ha proposto nel 2021 alcuni indicatori di appropriatezza e qualità che possono essere impiegati nell'analisi dei dati di prescrizione a livello territoriale, ospedaliero e della RSA. Fra gli indicatori troviamo:

- Polifarmacoterapia, numero di molecole contemporaneamente prescritte in un singolo assistito;
- Interazioni farmacologiche, per le quali vengono considerate tre interazioni rilevanti dal punto di vista clinico, legate all'utilizzo contemporaneo di più farmaci che possano portare ad un aumentato rischio di sanguinamento, allungamento dell'intervallo qt cardiaco o ad un aumentato rischio di insufficienza renale;
- Farmaci potenzialmente inappropriati, identificati fra le molecole il cui uso negli anziani porta più rischi che potenziali benefici e per i quali vengono inclusi: antidepressivi triciclici, antipertensivi inappropriati (alfa bloccanti o reserpina o nifedipina a rilascio immediato), alfa antagonisti centrali, digossina a determinati dosaggi, ketorolac, dronedarone, sulfaniluree a lunga durata di azione, ticlopidina e dipiridamolo;
- Uso concomitante di almeno 3 psicofarmaci fra benzodiazepine, antidepressivi, antipsicotici, antiepilettici, oppioidi;
- Carico anticolinergico farmaco indotto, poiché prove crescenti in letteratura mostrano come i farmaci con attività anticolinergica contribuiscono ad alterare in vari ambiti le funzioni cognitive, svolgendo

un ruolo rilevante nello sviluppo dei disturbi cognitivi, fino ad aumentare il rischio di demenza. Negli anziani esposti ad un elevato carico anticolinergico, gli effetti negativi sul versante cognitivo si possono tradurre anche in una peggiore performance fisica. È stato infatti dimostrato che, anche in assenza di reazioni avverse manifeste, i farmaci con attività anticolinergica possono portare a un peggioramento della mobilità, della forza muscolare e dell'equilibrio con un impatto negativo sul grado di autosufficienza. L'analisi delle prescrizioni con questi indicatori rappresenta un prerequisito essenziale per progettare interventi volti a migliorare la qualità delle prescrizioni nella popolazione anziana.

Nonostante i loro limiti, i criteri espliciti rappresentano uno strumento fondamentale per migliorare la sicurezza e l'efficacia della terapia farmacologica negli anziani, contribuendo a ridurre i rischi associati alla polifarmacoterapia.

3.3 Software per la revisione della terapia e il deprescribing

Gli strumenti informatizzati che considerano vari aspetti della farmacoterapia possono essere utili nella riduzione del carico farmacologico.

Esistono diversi tipi di questi strumenti, che si differenziano per il tipo di informazioni fornite (interazioni, farmaci potenzialmente inappropriati, duplicati terapeutici), per le modalità di accesso (gratuito o con accesso riservato), per la possibilità di essere integrati nelle cartelle cliniche di prescrizione e per la valutazione dell'appropriatezza in specifiche categorie di pazienti. I

INTERCheck (accessibile al sito www.intercheckweb.it e disponibile anche come app) è uno strumento di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva sviluppato dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" IRCCS.

Questo strumento è disponibile gratuitamente a tutti gli operatori sanitari coinvolti nella gestione del farmaco, come medici, farmacisti e infermieri.

INTERCheck è stato studiato per bilanciare i rischi e i benefici di una terapia attraverso la valutazione di vari aspetti della farmacologia, risultando particolarmente adatto a valutare le terapie complesse spesso presenti nei pazienti anziani.

Oltre a includere l'elenco delle domande dei criteri impliciti POM, INTERCheck consente di registrare le terapie di un soggetto e ricevere informazioni su:

- a. Interazioni tra farmaci: il database interazioni è realizzato ed aggiornato dall'Istituto Mario Negri e consente di valutare potenziali interazioni tra più farmaci prescritti contemporaneamente, fornisce un giudizio sulla gravità dell'interazione, sui possibili effetti indesiderati, sui parametri da monitorare per ridurre il rischio di eventi avversi e su come comportarsi (sospensione o sostituzione di uno dei due farmaci, modifica della dose).
- b. Farmaci potenzialmente inappropriati nell'anziano secondo i criteri Beers, START/STOPP e STOPP Frail.
- c. Valutazione del carico anticolinergico (*Anticholinergic Cognitive Burden scale*).
- d. Modalità di sospensione dei farmaci che necessitano di riduzione graduale delle dosi.
- e. Altri aspetti rilevanti per la sicurezza e l'appropriatezza della terapia (come il dosaggio dei farmaci in soggetti con alterata funzionalità renale o la valutazione dei benefici e dei rischi attesi dalla terapia farmacologica in relazione a NNT&NNH, indicatori utili a quantificare benefici attesi e rischi di una determinata terapia)

Per valutare l'utilità di INTERCheck nel ridurre i potenziali rischi associati alla terapia farmacologica, sono stati condotti studi in diversi contesti.

In due studi prospettici, si è osservata una riduzione significativa del numero di pazienti trattati con farmaci potenzialmente inappropriati, di quelli che ricevevano duplicati terapeutici e dei soggetti esposti a interazioni tra farmaci potenzialmente gravi.

Un terzo studio, mirato a valutare il grado di corrispondenza tra la rilevanza clinica delle interazioni secondo INTERCheck e il giudizio dello specialista ospedaliero, ha evidenziato un elevato grado di concordanza.

Questo studio ha concluso che l'uso di INTERCheck avrebbe portato a una diversa gestione delle prescrizioni, come la sospensione di almeno uno dei farmaci coinvolti nelle interazioni, l'aggiustamento dei dosaggi o l'avvio di un monitoraggio più attento.

Gli studi condotti suggeriscono che avere a disposizione informazioni utili per valutare il rapporto rischio/beneficio delle terapie consente di modificare le scelte prescrittive nei casi di terapie complesse.

INTERCheck, quindi, si dimostra uno strumento efficace per migliorare la sicurezza e l'efficacia delle prescrizioni farmacologiche, contribuendo a ridurre i rischi associati alla polifarmacoterapia.

4. L'anziano ospedalizzato: il registro REPOSI

Negli ultimi decenni, nei reparti di medicina interna degli ospedali italiani, c'è stato un cambiamento nella tipologia dei pazienti.

Progressivamente si è osservato un passaggio da una popolazione di ricoverati adulti solitamente affetti da un'unica malattia acuta a una popolazione di persone sempre più anziane e con condizioni cliniche sempre più complesse.

Questi pazienti sono spesso affetti da una o più malattie croniche e, prima del ricovero, sono seguiti da molti specialisti diversi, con una scarsa integrazione delle cure e la prescrizione di molteplici farmaci.

Il Registro Politerapie SIMI (REPOSI) è uno studio collaborativo, non sponsorizzato, tra la Società Italiana di Medicina Interna (SIMI), l'IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e l'IRCCS Ca' Granda Maggiore Policlinico Fondazione Ospedaliera.

Il progetto REPOSI è stato istituito nel 2008 con lo scopo di creare un ampio registro di informazioni riguardanti pazienti anziani con età maggiore o uguale a 65 anni, coinvolgendo una serie di reparti ospedalieri italiani di medicina interna e geriatria.

Può essere delineato come uno studio osservazionale di coorte prospettico e fungere da osservatorio epidemiologico "rappresentativo" della popolazione anziana generale, spesso affetta da multimorbilità ed esposta alla politerapia, fornendo informazioni utili su queste situazioni poco studiate nei trial clinici.

Lo studio è stato avviato con diversi obiettivi.

Uno di questi è valutare la prevalenza delle polipatologie e delle relative politerapie al momento del ricovero e alla dimissione.

Un altro obiettivo è valutare i correlati clinico-epidemiologici nelle diverse classi di pazienti in relazione al tipo e al numero di patologie, e al tipo e al numero di farmaci presenti al momento del ricovero e alla dimissione.

Un ulteriore obiettivo è valutare i principali *outcome* clinici alla dimissione delle diverse tipologie di pazienti in relazione al tipo e al numero di patologie, e al tipo e al numero di farmaci presenti al momento del ricovero in reparto.

Infine, un altro obiettivo è costruire un gruppo di lavoro multidisciplinare per lo studio dei problemi correlati all'approccio e alla gestione dei pazienti anziani con polipatologia (multimorbilità/comorbilità) e politerapia, degenti nei reparti di medicina interna.

Lo studio REPOSI è attivo dal 2008 e, nei primi 15 anni di raccolta dati, sono stati reclutati oltre 10.000 pazienti con un'età media di 79 anni.

I dati raccolti comprendono, al momento dell'ammissione, durante il ricovero e al momento della dimissione, variabili socio-demografiche come età e genere, e variabili cliniche. Rientrano nelle variabili cliniche la diagnosi, i trattamenti farmacologici, alcune scale di valutazione dell'indipendenza fisica, del declino cognitivo e dei sintomi depressivi, oltre a numerosi parametri clinici come, per esempio, la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la glicemia, il colesterolo e molti altri.

Nel Registro vengono inclusi tutti i farmaci e tutti gli eventi clinici che si verificano durante il ricovero nel reparto, nonché quelli che avvengono fino a un anno dopo la dimissione.

Negli anni sono stati pubblicati numerosi articoli scientifici, alcuni dei quali riassunti di seguito: nel complesso, è importante sottolineare che l'alto tasso di politerapia registrato al momento dell'ammissione (compreso tra il 53% e il 65%) non diminuisce durante il ricovero; al contrario, presenta un tasso ancora più alto alla dimissione (tra il 67% e il 79%).

Tuttavia, il tasso di politerapia è diminuito progressivamente nei reparti che hanno partecipato regolarmente alle quattro sessioni annuali di raccolta dati (una per ogni stagione) negli anni 2010-2016. In questi reparti si è registrato anche un netto miglioramento nelle prescrizioni.

È stato osservato che più del 20% dei soggetti riceveva una prescrizione non appropriata secondo i criteri di Beers.

I farmaci più frequentemente prescritti in modo inappropriato erano gli inibitori della pompa protonica (antiulcera), i FANS (antinfiammatori non steroidei), gli antibiotici, l'allopurinolo, gli antitrombotici (anticoagulanti e antiaggreganti) e, in generale, i farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale (antipsicotici, antidepressivi).

L'aumento del numero di farmaci è associato a una maggiore probabilità di riospedalizzazione nei primi mesi successivi alla dimissione.

Inoltre, si è visto che la presenza di potenziali interazioni farmacologiche aumenta di due volte il rischio di mortalità nei tre mesi post-dimissione.

Un altro risultato che pone l'attenzione sull'eccessiva politerapia è l'aumento della percentuale di soggetti trattati con duplicati terapeutici, cioè due farmaci della stessa classe farmacologica, dal 2,5% al momento del ricovero al 3,4% alla dimissione.

In questa popolazione si è inoltre osservato che le donne erano più anziane degli uomini e affette più frequentemente da condizioni croniche che compromettevano le attività della vita quotidiana, mentre gli uomini presentavano un maggior numero di comorbidità croniche e una mortalità più elevata durante il ricovero.

L'identificazione di queste differenze rappresenta un potente strumento per promuovere un'assistenza personalizzata per genere nei pazienti anziani ricoverati.

Infine, il deterioramento cognitivo rappresenta il principale fattore di rischio per l'assunzione di psicofarmaci nei pazienti anziani ricoverati.

Poiché la maggioranza di questi trattamenti viene continuata cronicamente dopo la dimissione, è necessaria un'attenzione particolare nella prescrizione di psicolettici alla dimissione, poiché il loro uso prolungato può causare un peggioramento cognitivo.

5. L'anziano in RSA

Gli anziani residenti nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono comunemente affetti da numerose patologie croniche e di conseguenza sono trattati con un elevato numero di farmaci.

I problemi più rilevanti della politerapia degli anziani in RSA sono l'inappropriatezza prescrittiva (il 40% circa delle prescrizioni farmacologiche risulta inappropriato), l'elevato consumo di farmaci psicotropi, e il rischio di interazioni farmacologiche e di reazioni avverse da farmaci.

La prescrizione di antipsicotici interessa circa il 48-66% dei residenti e nonostante sia raccomandato un impiego per periodi di breve durata il loro uso a lungo termine è piuttosto comune.

I farmaci psicotropi sono associati a gravi effetti indesiderati nella popolazione anziana.

La sospensione di questi farmaci può portare a miglioramenti cognitivi e funzionali, oltre a ridurre il rischio di cadute.

Ad esempio, la sospensione degli antipsicotici nei pazienti con malattia di Alzheimer e sintomi neuropsichiatrici non comporta un aggravamento dei disturbi del comportamento.

Per ridurre la prescrizione di farmaci con un elevato rischio di effetti indesiderati, possono essere utilizzati i criteri di Beers e i criteri START/STOPP.

Nonostante le raccomandazioni di limitare l'uso di farmaci psicotropi, nelle RSA circa il 76% dei residenti ne fa uso, suggerendo un probabile uso inappropriato che può essere ridotto attraverso una revisione attenta della terapia.

Un ulteriore problema è rappresentato dal rischio di interazioni tra farmaci e dall'effetto combinato di farmaci con effetti anticolinergici, che possono indurre delirium, disorientamento e peggiorare il deficit cognitivo.

La valutazione del carico anticolinergico può essere effettuata con la '*Anticholinergic Cognitive Burden (ACB) scale*'.

Alcuni studi hanno evidenziato che l'assunzione di farmaci con elevato carico anticolinergico è associata a peggiori performance cognitive.

Un carico anticolinergico elevato (punteggio ACB ≥ 5) è stato correlato a un punteggio inferiore alla scala Short Blessed Test di 2,5 punti rispetto a chi non assume tali farmaci.

Pertanto, la scala ACB può aiutare a identificare i residenti che potrebbero beneficiare della riduzione del carico anticolinergico.

Studi condotti nel contesto nazionale hanno evidenziato un largo e spesso inappropriato utilizzo di inibitori della pompa protonica (PPI) e di antiaggreganti piastrinici, che risultano tra le classi di farmaci maggiormente impiegati in RSA, ma solo metà delle prescrizioni è supportata da evidenze scientifiche.

Lo studio ha inoltre osservato differenze importanti nella prevalenza di residenti trattati in modo inappropriato fra le singole RSA, con percentuali che variano dal 22% al 63%, evidenziando comportamenti prescrittivi molto diversi e suggerendo la necessità di avviare interventi mirati a migliorare l'appropriatezza prescrittiva in questo setting di cura.

Nella stessa coorte di soggetti l'uso dei PPI è stato inoltre associato ad un aumento delle diagnosi di anemia e della probabilità di ricevere farmaci antianemici (ferro, vitamina B12, acido folico ed eritropoietina) come effetto di una cascata prescrittiva.

La de-prescrizione dei PPI nei pazienti che non presentano una chiara indicazione al loro utilizzo è incoraggiata anche nella '*Linea guida inter-societaria per la gestione della multimorbilità e polifarmacoterapia*' pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida.

Un recente studio finalizzato a migliorare l'uso dei PPI nelle RSA ha riscontrato una riduzione significativa dell'uso dei PPI in seguito a un semplice intervento educativo per il personale sanitario delle RSA.

Sebbene sia stata osservata una riduzione della percentuale di residenti che ricevevano PPI anche nel controllo, la riduzione è stata più pronunciata nell'intervento e costantemente maggiore durante il periodo di studio.

Inoltre, è stato osservato un aumento significativo della percentuale di residenti trattati in modo appropriato con PPI nel gruppo di intervento.

Anche i lassativi, comunemente usati tra i pazienti delle case di cura, possono essere prescritti a seguito di una cascata di prescrizioni a seguito dell'impiego cronico di farmaci che possono causare stipsi, come benzodiazepine, agenti dopaminergici anti-Parkinson e antidepressivi triciclici e quadriciclici.

Anche l'uso concomitante di due o più di questi farmaci è risultato associato ad un ulteriore incremento nell'uso dei lassativi.

L'ottimizzazione della prescrizione di farmaci psicotropi potrebbe aiutare a ridurre la "cascata di prescrizione" con i lassativi.

Notevole è inoltre risultata la differenza fra le singole RSA nella prevalenza di residenti trattati in modo inappropriato, suggerendo che esistono comportamenti prescrittivi molto diversi e che vi sia la necessità di avviare interventi mirati a migliorare l'appropriatezza prescrittiva in questo setting di cura.

6. Conclusioni e prospettive di ricerca

La multimorbilità e la politerapia rappresentano la vera sfida del terzo millennio, che deve avere come obiettivi la razionalizzazione e il controllo dell'appropriatezza prescrittiva e lo sviluppo e l'implementazione di modelli e strategie per la gestione della complessità delle cure e della presa in carico globale degli anziani fragili e dei loro bisogni nei diversi contesti di cura.

Di fronte a ad una popolazione che diventerà sempre più anziana (transizione epidemiologica), il tradizionale approccio del medico e dei diversi sistemi sanitari, orientato principalmente alla cura delle singole malattie, non sarà più sostenibile e le stesse linee guida su cui si fonda la *Evidence-Based Medicine* (EBM), ancor troppo orientate alle singole patologie, non potranno essere direttamente trasferibili e applicabili alla cura di questi malati complessi.

È quindi necessario modificare sostanzialmente l'attuale paradigma di presa in carico e cura di questi malati e abbandonare l'approccio specialistico *disease-oriented* che mette al centro la malattia per spostarlo sul malato *patient-oriented* e sulla valutazione e gestione globale e inter- multi-disciplinare dei suoi problemi. In particolare potrebbe essere utile:

- Ampliare ed estendere a tutti i medici e agli operatori sanitari le conoscenze di base della valutazione multidimensionale del soggetto anziano, con particolare attenzione alla valutazione del grado di autonomia funzionale, delle funzioni cognitive, comportamentali e del contesto socio-economico-relazionale;
- (ri-)valutare periodicamente tutte le terapie in atto per poter identificare inapproprietezze, duplicazioni terapeutiche, farmaci inutili o a rischio di effetti indesiderati o interazioni, errori di dosaggio o di somministrazione, adeguata aderenza;
- Semplificare i regimi terapeutici troppo complessi, identificando e condividendo con il paziente e i familiari le priorità di cura in relazione agli obiettivi terapeutici, utilizzando gli strumenti ad oggi disponibili per la valutazione multidimensionale e dell'appropriatezza prescrittiva;
- Assicurare la continuità e l'integrazione di cura ospedale-territorio promuovendo una collaborazione pro-

- attiva tra i diversi servizi socio-sanitari disponibili sul territorio e tra i diversi operatori socio-sanitari;
- Promuovere e stimolare la ricerca indipendente clinica ed epidemiologica, con fondi pubblici specifici e promuovendo nuovi approcci metodologici (per esempio, *n-of-1 trial*, narrative research, outcome research, trial clinici pragmatici con l'utilizzo di database amministrativi), in queste popolazioni complesse per valutare in coorti rappresentative il rapporto di beneficio-rischio dei farmaci nelle reali condizioni d'uso;
 - Implementare l'utilizzo delle nuove tecnologie di telemonitoring, di telecomunicazione e di informatizzazione delle diverse procedure per il monitoraggio e la cura di questi malati sia a domicilio che in ospedale;
 - Investire in formazione, già durante i corsi di laurea nelle discipline medico-farmaceutiche-assistenziali, per promuovere l'attenzione alle problematiche della multimorbilità, della politerapia e dell'appropriatezza prescrittiva nei futuri medici e operatori socio-sanitari;
 - Educare e promuovere tra i malati e le loro famiglie stili di vita adeguati e la cultura dell'uso razionale dei farmaci.

Bibliografia

- Azab M, Novella A, Ianes A, Pasina L. Potentially Inappropriate Psychotropic Drugs in Nursing Homes: An Italian Observational Study. *Drugs Aging*. 2024 Feb;41(2):187-197. doi: 10.1007/s40266-023-01083-9.
- Elli C, Novella A, Nobili A, Ianes A, Pasina L. Laxative Agents in Nursing Homes: An Example of Prescribing Cascade. *J Am Med Dir Assoc*. 2021 Dec;22(12):2559-2564. doi: 10.1016/j.jamda.2021.04.021.
- Elli C, Novella A, Ottomanelli GL, Pasina L. Improving Proton Pump Inhibitor Deprescribing: Impact of an Educational Intervention in Italian Nursing Homes. *J Am Med Dir Assoc*. 2024 May 31;25(8):105049. doi: 10.1016/j.jamda.2024.105049
- Ghibelli S, Marengoni A, Djade CD, Nobili A, Tettamanti M, Franchi C, Caccia S, Giovarruscio F, Remuzzi A, Pasina L. Prevention of inappropriate prescribing in hospitalized older patients using a computerized prescription support system (INTERcheck®). *Drugs Aging*. 2013 Oct;30(10):821-8. doi: 10.1007/s40266-013-0109-5.
- Mannucci, P.M., Nobili, A., Pasina, L. et al. Polypharmacy in older people: lessons from 10 years of experience with the REPOSI register. *Intern Emerg Med* 13, 1191–1200 (2018). <https://doi.org/10.1007/s11739-018-1941-8>
- Marengoni A, Angleman S, Melis R, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev* 2011;10:430-9.
- Marengoni, A. et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev* 10, 430–439 (2011).
- Nicholson K, Makovski TT, Griffith LE, et al. Multimorbidity and comorbidity revisited: refining the concepts for international health research. *J Clin Epidemiol* 2019;105:142-6.
- Nobili A, Garattini S, Mannucci PM. Multiple diseases and polypharmacy in the elderly: challenges for the internist of the third millennium. *J Comorbidity* 2011;1:28-44.
- Nobili A, Mannucci PM; REPOSI Investigators. Drug prescription appropriateness in hospitalized older patients: 15-year results and lessons from a countrywide register. *Intern Emerg Med*. 2024 May 21. doi: 10.1007/s11739-024-03645-0.
- Nobili, A. et al. Association between clusters of diseases and polypharmacy in hospitalized elderly patients: results from the REPOSI study. *Eur J Intern Med* 22, 597–602 (2011).
- Novella A, Elli C, Ianes A, Pasina L. Anticholinergic Burden and Cognitive Impairment in Nursing Homes: A Comparison of Four Anticholinergic Scales. *Drugs Aging*. 2023 Nov;40(11):1017-1026. doi: 10.1007/s40266-023-01058-w.
- Pasina L, Marengoni A, Ghibelli S, Suardi F, Djade CD, Nobili A, Franchi C, Guerrini G. A Multicomponent Intervention to Optimize Psychotropic Drug Prescription in Elderly Nursing Home Residents: An Italian Multicenter, Prospective, Pilot Study. *Drugs Aging*. 2016 Feb;33(2):143-9. doi: 10.1007/s40266-015-0336-z.
- Pasina L, Novella A, Cortesi L, Nobili A, Tettamanti M, Ianes A. Drug prescriptions in nursing home residents: an Italian multicenter observational study. *Eur J Clin Pharmacol*. 2020 Jul;76(7):1011-1019. doi: 10.1007/s00228-020-02871-7.
- Pasina, L. et al. Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. *Drugs Aging* 31, 283–289 (2014).
- Viktil, K. K., Blix, H. S., Moger, T. A. & Reikvam, A. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *Br J Clin Pharmacol* 63, 187–195 (2007).
- WHO. Global strategy and action plan on ageing and health (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500> Accessed on June 18,2024

Il cambiamento organizzativo necessario per garantire equità e sostenibilità delle cure: reti clinico – assistenziali integrate e strutturate

Enrico Desideri

Riassunto

Vengono delineate le migliori esperienze, internazionali e nazionali, indispensabili per affrontare il nuovo quadro epidemiologico che la Sanità italiana, e più in generale dei Paesi Occidentali, sta vivendo. L'invecchiamento della popolazione, la denatalità, la crescente prevalenza delle malattie croniche e della multi-morbidità richiedono una presa in carico multi professionale e multi dimensionale superando la visione solo medico-ospedale centrica ed andando verso un nuovo approccio teso alla assunzione in cura da parte di un team multiprofessionale, nel quale le cure primarie e la rete degli specialisti si raccordano in modo strutturato. A sostegno di questo innovativo assetto della organizzazione vi sono le nuove tecnologie nei vari campi: dal farmaco, alle tecniche diagnostiche, a quelle digitali che - se correttamente adottate - possono, nel rispetto della riservatezza dei dati sensibili, facilitare la continuità delle cure.

Innovazione organizzativa per la gestione pro-attiva della cronicità e della fragilità

There is a wide variation in health outcome for countries with similar level of income and education !

Con questa forte asserzione nel 2000 si apriva il bollettino della WHO sottolineando, nel testo, le scelte indispensabili per favorire l'equità e la sostenibilità dei sistemi sanitari.

A distanza di quasi 25 anni, sicuramente, il quadro epidemiologico è ulteriormente evoluto e le potenzialità tecnologiche accresciute, ma rimane inalterata la, più volte sottolineata, variabilità di costi ed esiti di salute fra i sistemi sanitari occidentali; non solo, ma-specie nei Paesi Europei occidentali, ferma restando la relazione fra spesa ed esito di salute fra i sistemi sanitari nel mondo- non è presente una relazione statistica fra l'aspettativa di vita e la spesa sanitaria pro-capite¹.

La capacità di sviluppare una *vision* sistemica e, di conseguenza, la qualità della programmazione e dell'organizzazione, rappresenta una priorità, per il sistema sanitario pubblico italiano, anche sotto il profilo etico se vogliamo garantire le stesse cure a tutti e, contemporaneamente, la sostenibilità economica del SSN, così come auspicato già nell'*Afford Act* 2008² per il sistema sanitario americano.

La prima e più urgente sfida è, quindi, certamente l'innovazione organizzativa.

Le malattie croniche e “le tante” malattie rare sono in Italia e in Europa la prima causa di morte (circa 10 milioni /anno, fonte OMS).

La crescita registrata negli ultimi decenni della prevalenza delle malattie croniche e della fragilità contrasta con un approccio organizzativo sostanzialmente fermo da decenni.

Questa evidente contraddizione, non vuole certo sminuire i risultati eccellenti che il Sistema sanitario italiano può vantare, anzi, “visto da fuori”, dalle Agenzie Internazionali, il nostro SSN si classifica da molti anni ai primi posti nel mondo!

Contemporaneamente si osserva un aumento complessivo della aspettativa di vita (85.2 per le donne - 81.0 per gli uomini)³ che, però, correla in maniera statisticamente significativa con gli indicatori di vulnerabilità sociale e materiale come: il livello d'istruzione, la povertà, la disoccupazione e la residenza nelle aree interne⁴. Il tema delle DISUGUAGLIANZE emerge in molti studi e il paradosso è che l'aumento della aspettativa di vita si associa ad una riduzione del numero di anni “in buona salute” correlato *in primis* con i comportamenti a rischio (fumo:19.7% della popolazione, alcool: 16.7% i consumatori a rischio, sedentarietà, alimentazione non salubre: prevalenza obesità 10.3%). I dati che meglio stigmatizzano le conseguenze di questi fenomeni sono evidenziati dallo stesso rapporto ISTAT sopra richiamato (4.1 milioni di disabili e 3.5 milioni di non auto sufficienti: +25% in 10 anni!)

Infine, il dato davvero sorprendente, ed insieme ancora non sufficientemente valorizzato nella programmazione, è che il *costo delle malattie croniche, nei paesi occidentali, assorbe fra l'82% e l'84% del totale della spesa pubblica!*⁶ e sono responsabili di *circa il 90% della mortalità*.

A tale proposito, si assiste ad un progressivo incremento dei c.d. *costi intermedi* (farmaci, dispositivi medici, personale socio-sanitario ..) con un trend annuale di circa +2% e si osserva un incremento della *spesa privata* - diretta o attraverso le assicurazioni – che già oggi rappresenta (ci ricorda, in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario 2024, la Corte dei Conti) circa un *quarto della spesa sanitaria* totale!

Ma la *sostenibilità* o insostenibilità del sistema sanitario nazionale *dipenderà da come sarà gestita la cronicità* e la fragilità: il modello attuale, infatti, che determina una eccessiva, costosa e poco tempestiva risposta specialistica ospedaliera, ha dimostrato i suoi limiti e la sua inadeguatezza.

Come sopra ricordato, il SSN italiano appare per le Agenzie Internazionali (es Bloomberg che lo classifica al 3° posto nel mondo) un modello da invidiare! ... ma, sotto la lente di occhi attenti, il sistema evidenzia contraddizioni e *disomogeneità* anche geografiche tali da rendere non più rinviabile una “*rifondazione organizzativa*” al fine di assicurare un adeguato *raccordo fra i settings assistenziali* e in particolare fra ospedale e territorio e fra gli ospedali, oggi facilitata dallo sviluppo nei Sistemi Informativi e tale da abilitare il trasferimento di dati ed immagini e da favorire un adeguato monitoraggio degli esiti e dei costi delle cure: un *sistema di reporting che sappia andare oltre alla sola quantificazione dei costi intermedi*, così evitando di rallegrarci per risparmi magari dovuti alla non aderenza alla terapia antipertensiva o antidiabetica !!

Il nuovo modello deve permettere di *eliminare ogni fonte di spreco* ed inappropriately affrontando le *carenze di un'organizzazione* pensata quando il quadro epidemiologico e le possibilità di cura erano assai differenti, rimanendo ancorato all'etica che impone di offrire servizi basati *sull'equità delle cure* e sulla *condivisione partecipativa*, sia -in primis- con i professionisti, sia con i Cittadini e gli Enti e le Associazioni di tutela, sia, ovviamente, con i Comuni (*Community Resources*).

- A fronte di quanto sopra accennato, la **prima grande sfida** è un **nuovo modello organizzativo** capace di

superare la frammentazione dei percorsi assistenziali ed insieme sconfiggere le disuguaglianze di assunzione in cura. Questo nuovo modello dovrà puntare sulla *multi-professionalità*, in particolare, ma non solo, del *primary care team*: medico, infermiere, assistente sociale, psicologo, fisioterapista, il collaboratore di studio per le necessarie e rilevanti (a volte “*pesanti*”) procedure amministrative e per la corretta prenotazione (“*dove si prescrive si prenota*”, con un evidente miglioramento anche della qualità percepita!) e la nuova figura del Farmacista di comunità.

Numerosi sono i contributi disponibili in letteratura, a livello nazionale ed internazionale, tesi a promuovere il superamento della frammentazione del Percorso di Cura (cd. silos), andando verso una risposta sanitaria e socio-sanitaria capace di garantire Piani Assistenziali Individuali (PAI), *così personalizzando ed integrando l'offerta ed assicurando la continuità delle cure*.

Un ruolo centrale di “*garante e sentinella*” viene svolto dal MMG o il PLS, ruolo oggi reso più realizzabile ed efficace attraverso le strutture e i modelli organizzativi previsti sia dal PNRR, sia dal DM77, sia -*lo sottolineo* - dalla completa attuazione della L.189/2012 che prevede un'organizzazione della “*medicina di famiglia*” attraverso le **AFT** (aggregazioni funzionali territoriali), che, se opportunamente messe in funzione, permettono quella *flessibilità organizzativa* indispensabile per garantire l'attivazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, senza perdere la prossimità necessaria!

Il medico di medicina generale, affiancato dal Team multi-professionale, si dovrà *raccordare, in maniera strutturata, con lo Specialista di riferimento (TUTOR)* del cittadino-paziente secondo l'approccio, così detto, della *Community of Practice (CP)*, pensato da Wanger⁶ sin dal 1996 e promosso a Londra nel 2007, da Jona Heath,⁷ che previene il tante volte segnalato “ping-pong” del paziente, “*rimpallato fra vari specialisti e accertamenti strumentali*, così ingolfando le *liste di attesa* con prestazioni spesso ripetute di scarso *value*, o francamente non appropriate e oltretutto così sentendosi assolutamente non preso in cura!

Fra i contributi disponibili nella letteratura internazionale vi sono quelli relativi al *Population Health Management* (⁸). tesi a favorire il superamento dei “*silos assistenziali*” e a garantire sia la necessaria continuità assistenziale, sia piani di cura personalizzati, attraverso l'integrazione dei saperi specialistici con la conoscenza e l'approccio olistico che il Medico di Famiglia, insieme al team multi-professionale presente sul territorio, può assicurare.

A supporto di quanto detto, di seguito viene descritta – in sintesi- una prima concreta attuazione di quanto in letteratura richiamato: il modello “*Reti cliniche integrate e strutturate*”, attuato in una ASL toscana.

Il modello rappresenta, in coerenza con quanto indicato dal Piano Nazionale Cronicità, la contestualizzazione del “*Population Health Management*” ed è quindi basato sull'approccio d'iniziativa – medicina proattiva – poi ripreso ed opportunamente sottolineato dalla Missione 6 del PNRR.

Il modello assicura la definizione condivisa e il *monitoraggio* del Percorso personalizzato Clinico-Assistenziale del malato ed evita – come accade spesso – il tardivo riconoscimento della progressione delle malattie croniche, e rare, e delle loro complicità, dovendovi far fronte “*a posteriori*” con risultati di salute peggiori e necessariamente spesso con la ospedalizzazione o ri-ospedalizzazione del malato.

La medicina proattiva è, nella sua essenza, un approccio per l'assunzione in cura del malato ed è caratterizzata dall'interazione tra il paziente stesso, adeguatamente informato, e il team multiprofessionale sopra descritto. Prevede il richiamo attivo periodico, anche per sottoporre il malato, oltre che ai necessari controlli previsti dal suo PAI, ad attività educative volte alla correzione degli errati stili di vita e all'*empowerment* dello stesso (ECCM: *Expanded Chronic Care Model*).

Attraverso la sua puntuale realizzazione è stata possibile una riorganizzazione della assistenza dei pazienti

cronici, *stratificati per livelli di complessità/vulnerabilità*, assicurando quello che in letterature molti hanno auspicato per ridurre le disuguaglianze di salute sintetizzabile attraverso le 5 “P”: **P**rossimità-**P**roattività-**P**ersonalizzazione delle cure-**P**revenzione primaria e secondaria-**P**artecipazione dei professionisti e della Comunità, anche attraverso il Volontariato e l’Associazione.

Il paziente cronico viene preso in cura, sentendosi “*posto al centro*” di una rete che vede come garante clinico il medico di famiglia, ma che si avvale di un riferimento “*strutturato*” (cioè non occasionale o di volta in volta diverso), dello/degli stessi specialisti, che già conoscono i bisogni ed hanno i dati sanitari del paziente e che possono aiutare il medico di famiglia, o meglio la *team* delle cure primarie, a calibrare la risposta di cura e, quindi il PDTA, alle necessità socio-sanitarie del malato, spesso affetto da più patologie, ben conosciute e documentate dal suo MMG.

La persona, spesso anziana, trova (in prossimità) un riferimento autorevole e sicuro, sentendosi “preso in cura” e non percepisce il bisogno, né la necessità, di altri pareri o accertamenti (...l’ulteriore RMN o EKOgrafia...) sulla sua malattia/e, quindi, migliorando l’*appropriatezza*, si riducono notevolmente i *costi e i tempi* di attesa. La Rete garantisce anche la pro-attività così da assicurare EQUITÀ, cioè, le stesse cure a prescindere dal livello d’istruzione, dalla area geografica in cui risiede il malato e questo induce una rilevante *riduzione delle complicanze e delle ri-ospedalizzazioni*, vera fonte di spreco e di *attacco* alla SOSTENIBILITÀ del SSN!!

Il primo step è la identificazione, nella popolazione definita, dei *soggetti affetti dalle principali malattie croniche e rare*, quali per mero esempio: malattie neurologiche (ad es.: Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Multipla), malattie auto-immuni reumatologiche ad interessamento osteoarticolare e cutaneo (artrite reumatoide, psoriasi ..), malattie metaboliche, in particolare il diabete, malattie cardiologiche (come lo scompenso cardiaco, l’ipertensione di grado 2 e 3) e respiratorie (come la BPCO e l’asma grave), malattie oncologiche, al fine di favorire sia la diagnosi precoce, sia il corretto follow-up, malattie renali (insufficienza renale cronica), malattie infettive (es. HIV, HCV).

Grande attenzione deve essere posta anche sui pazienti affetti da malattie a bassa ospedalizzazione (salute mentale, dolore cronico, dipendenze).

Per ognuna delle patologie sopra esemplificate, occorre definire il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Individuale (**PAI**) tenendo in debito conto le specificità del malato (condizioni di disagio socio-assistenziale, co-morbilità, area di residenza e ovviamente genere biologico). Nella definizione sul “che fare”, quindi, è indispensabile tener conto, oltre che della letteratura scientifica e delle Linee Guida, delle caratteristiche del malato, indicando “chi fa cosa” anche secondo un criterio *cost-effectiveness* – HTA, tenendo conto della gravità di espressione della patologia nel singolo soggetto!

A tal fine, come detto, risulta **essenziale il raccordo con lo specialista di riferimento “TUTOR” del paziente** (o gli specialisti, in caso di poli-patologia): quello che ha già seguito il malato in corso di ricovero o di una visita ambulatoriale, così evitando il già ricordato frequente “rimballo” del malato fra specialisti diversi che, comprensibilmente ed inevitabilmente, ricominciano ex novo a svolgere gli accertamenti strumentali ritenuti opportuni... con intuibili conseguenze sul prolungamento dei tempi di messa a regime del PDTA e, più in generale, sui tempi d’attesa!

A tale proposito, è opportuno sottolineare che il sistema degli accessi agli accertamenti, per classi di priorità, è bene che avvenga in prossimità della avvenuta prescrizione (“dove si prescrive si prenota”) nelle Case della Comunità o nei poli-ambulatori ospedalieri così che eventuali discordanze fra le aspettative del malato (o della sua famiglia) vengano affrontate in base alle necessità reali del malato .. e non applicando, opportunisticamente, codici di priorità previsti per la prima diagnosi, alle visite o accertamenti di controllo/

follow-up!!

Per ogni soggetto, quindi, deve essere assicurata una valutazione multi-dimensionale sanitaria e socio-sanitaria e, come sottolineato dal PNRR- M6, il setting assistenziale idoneo per i pazienti fragili è il domicilio, opportunamente “attrezzato” mediante l’Assistenza domiciliare Integrata (ADI multiprofessionale), anche con il supporto della telemedicina, in particolare del Telemonitoraggio.

I risultati preliminari, emersi da uno studio condotto dalla Asl in collaborazione con il Politecnico di Milano e l’ARS Toscana, hanno evidenziato, già nei 2 anni di prima applicazione (2010-2011) nella popolazione assistita con il nuovo modello, rispetto alla restante popolazione seguita *as usual*, la riduzione degli accessi al Pronto soccorso (-11%), un’importante riduzione dei ricoveri (-22%), la riduzione delle visite specialistiche (-2%) e la riduzione degli esami diagnostica radiologica pesante, ad es. TAC e RMN (-16%) e, come auspicato, un incremento degli esami di laboratorio (+17%) quale segno di effettivo miglioramento del monitoraggio del PAI (piano assistenziale individuale).

Una successiva indagine, condotta da ARS Toscana (2011-2014) sui diabetici, ha evidenziato, nei pazienti seguiti con il sopra descritto modello, una riduzione pari al 19% degli eventi cardio-vascolari e del 12% del rischio di decesso a 4 anni; infine, la ASL che per prima ha adottato il nuovo modello, ha registrato- nel rispetto delle risorse economiche disponibili- il miglior punteggio medio conseguito in Toscana⁹.

- **La seconda grande sfida è migliorare l’aderenza alla terapia.** Nonostante sia noto da molti anni che nel paziente cronico l’aderenza alla terapia sia assai insoddisfacente non solo in Italia, ma in tutti i Paesi Occidentali^{10,11} e che di questo “fattore di rischio occulto” ne siano state studiate le cause da tempo, la non aderenza farmacologica è un gravissimo ostacolo alla corretta assunzione in cura del paziente cronico, specie se con poli-morbilità.

Deve essere qui sottolineato ciò che è stato evidenziato in diversi studi: il problema è maggiormente presente nelle classi sociali più deboli per livello socio-economico e per livello di istruzione¹².

L’impatto e la rilevanza clinica, nonché l’incremento dei costi dovuto alla non aderenza terapeutica, legato soprattutto alla ospedalizzazione evitabile, è al centro di innumerevoli studi e delle politiche sanitarie promosse dall’OMS¹³

In Italia, in base D. Lgs 153/2019, modificato dal Disegno di Legge del marzo 2024, una funzione strategica, già prevista nel Piano Nazionale Cronicità, potrà essere svolta, per migliorare l’aderenza alla terapia, dal “nuovo ruolo della Farmacia dei Servizi!

La figura del farmacista nelle Farmacie sul territorio – capillarmente distribuite, nelle quali ogni giorno accedono circa 4 milioni di italiani! – è riconosciuta dai cittadini e, autorevolmente, può favorire (oltre la dispensazione del farmaco e dei Dispositivi Medici) campagne di sensibilizzazione dei cittadini all’uso del farmaco, purtroppo oggi assai problematico specie per malattie come il diabete o l’ipertensione ove si osserva una aderenza adeguata in meno del 50% dei cittadini in Italia...!

Come noto, i servizi introdotti dalle citate normative prevedono anche la dispensazione domiciliare, residenziale e semi-residenziale dei farmaci e dei dispositivi medici e questo può costituire un significativo supporto alla lotta alla non aderenza terapeutica.

Di fatto, uno studio pilota condotto in Spagna nel 2010¹⁴ ha evidenziato che l’apporto delle competenze professionali del farmacista è stato in grado di aumentare l’aderenza al trattamento nei pazienti cronici e poli-trattati dal 41’2% al 70.5% e uno studio epidemiologico, condotto nel 2017 dalla FOPI in collaborazione con l’Università del Kent, su pazienti asmatici, ha mostrato, sia pure in un campione non elevato di pazienti, che anche in Italia il coinvolgimento dei farmacisti di comunità, nelle farmacie territoriali, determina un

incremento dell'aderenza¹⁵.

Nella esperienza concreta (*real world*) e nelle analisi condotte dai vari sistemi sanitari regionali, la carenza di *compliance* è non solo relativa alla terapia, ma si estende all'intero percorso diagnostico terapeutico assistenziale e si riscontra, pur con prevalenze diverse, in tutti i PDTA ed è la principale causa della crescita dei costi per le frequenti ospedalizzazioni.

- **Un terzo tema**, di grande rilevanza strategica, è il ruolo cardine che deve essere svolto dal **Distretto "funzionalmente forte"**, cioè da un distretto inteso come una struttura di governance aziendale con un chiaro e riconosciuto ruolo organizzativo, gestionale e di facilitazione per lo svolgimento delle attività sanitarie e socio-sanitarie di un ambito territoriale - comunità omogenea, ove la prassi della partecipazione, della co-progettazione e della condivisione dati di monitoraggio esiti può concretamente essere svolta.

Il Distretto è, quindi, l'ambito ove si valuta il fabbisogno e la domanda di salute della popolazione di riferimento, nonché si analizzano le criticità assistenziali assicurando un'autorevole presa in cura "*over time*" dei pazienti cronici, anche attraverso il sopra precisato raccordo con le attività ospedaliere e, per i bisogni sociali, dei comuni ("*also commissioning*").

Il distretto, così concepito, diviene di fatto la vera e principale interfaccia con la Comunità, il punto di riferimento organizzativo in grado di trasmettere ai cittadini la fiducia e la qualità della assistenza erogata.

Indispensabile a tal fine anche l'aggiornamento, almeno trimestrale, dei dati emersi dai flussi amministrativi che tempestivamente evidenziano carenze nei percorsi assistenziali (**cruscotto di monitoraggio**), quali ad es.: ri-ospedalizzazioni, accessi elevati al Punto Soccorso, lunghi tempi di attesa per la prima diagnosi ...

Il distretto rappresenta, inoltre, il punto di riferimento per le cure domiciliari (ADI, Cure palliative) e per la rete dei presidi sanitari territoriali (Casa della comunità - HUB e SPOKE, Ospedale di Comunità), e dei presidi socio-sanitari (il sistema delle residenzialità).

Indispensabile, inoltre, è la funzione della COT (centrale operativa territoriale) distrettuale, o sovra-distrettuale, al fine di facilitare e pianificare l'interazione tra il team ospedaliero e il team multiprofessionale territoriale nella gestione delle "dimissioni difficili", spesso motivo di ri-ricovero dei pazienti complessi per i quali non si è prevista un'adeguata assistenza a domicilio e una adeguata attrezzatura in base ai bisogni del malato: dal materasso anti-decubito, al telemonitoraggio dei parametri vitali .. !

Infine, il Distretto è il contesto ideale per lo sviluppo e rilancio delle attività di prevenzione primaria – educazione alla salute, secondaria- *screenings*, e terziaria (in particolare la riabilitazione, ad oggi vera "cenerentola" dell'attuale sistema sanità). Come ricordava reiteratamente Jhon Ovretveit, già nel 2009, i costi della mancata erogazione di attività e cure preventive sono insostenibili!!

Occorre infine sottolineare la rilevanza che – in ambito distrettuale – vengano favorite e sviluppate le cure in ambiti specifici quali la salute mentale, le dipendenze, senza dimenticare l'importanza del consultorio familiare che, in base al DPCM 2017, integra – presso le C.d.C.- figure professionali del territorio e dell'ospedale (ostetriche, ginecologi, psicologi, infermieri, neuropsichiatri ..) a tutela della donna, della famiglia/coppia e dei minori al fine di favorire prevenzione e lotta al disagio anche sociale.

- **Il quarto tema è l'innovazione tecnologica.** Si tratta, come noto, di un aspetto di cui si deve tenere conto nella programmazione, anch'esso strettamente collegato alle tematiche precedenti, in particolare con l'innovazione organizzativa.

Un solido sistema ICT, in grado di garantire tra i componenti del team multiprofessionale e tra Ospedale e Territorio la fruibilità dei dossier clinici, dei referti, delle immagini, dei dati di laboratorio e delle attività di

telemedicina, in particolare – data la rilevanza strategica – del teleconsulto e del telemonitoraggio dei pazienti fragili a domicilio, permette di garantire la continuità delle cure e di evitare la duplicazione – frequente – degli accertamenti.

I Sistemi Informativi, inoltre, permettono una corretta identificazione e stratificazione della popolazione per livello di rischio e, parimenti, possono aiutare il sistema ad identificare l'andamento delle attività per esiti, performance, costi, evidenziando anche fenomeni di “*overtreatment*” (ripetizione di esami), così come di “*underuse*” (non adesione al PDTA), che costituiscono segnali di allentamento o ritardo dei corretti processi di presa in cura, che la comunità dei professionisti si erano dati.

Nell'affrontare questa tematica, appare però utile da subito sottolineare, insieme allo straordinario apporto che “l'onda tecnologica” sta dando in ambito diagnostico, il pericolo, in mancanza di analisi costo beneficio (HTA), di rimanerne vittime andando ad accrescere la prevalenza, già elevata, di esami non appropriati.

Fra gli aspetti più interessanti, in particolare, occorre richiamare le straordinarie prospettive della ricerca, farmacologica e non, quali la *target therapy* (ad es. la sofisticata immunoterapia delle *CAR-T*), la *precision medicine*, così come la medicina rigenerativa o le interessanti esperienze di *empowerment* del paziente con i nuovi Dispositivi Medici (ad es. per l'auto monitoraggio dei pazienti diabetici con gluco-sensori)¹⁶

Ci si riferisce, anche, ai successi della diagnostica radiologica o della biologia molecolare, senza scordare l'evoluzione delle tecniche chirurgiche attraverso la robotica e della telemedicina, che ha reso possibile il raccordo fra i professionisti a distanza, portando così competenze, perfino super specialistiche, in aree geografiche altrimenti, nei fatti, non facilmente raggiungibili per la copertura della continuità assistenziale o addirittura a domicilio del paziente più fragile! Va in questa direzione l'impiego dei *Big Data* e dell'Intelligenza Artificiale per la ricerca di associazioni causali e per la previsione di effetti economici ed esiti di salute (*outcome research*), con un metodo che possiamo definire predittivo, a sostegno della auspicata continuità assistenziale. Lo sviluppo della tematica del cd. *digital health* se da un lato ha reso possibile- come detto- la condivisione dei dati per il raccordo fra professionisti per la continuità delle cure e lo svolgimento dei PDTA (le cd “tecnologie abilitanti”), dall'altro ha messo in evidenza la necessità di adeguare tecnologie, procedure e normative al fine di garantire, insieme al diritto alla salute, il rispetto delle norme per la riservatezza dei dati sensibili, quali quelli sanitari, come richiesto dal Regolamento UE (GDPR, Regolamento per la protezione dati n.617/2018)¹⁷

A questo proposito, è importante affrontare la tematica anche attraverso puntuali interventi sulla semantica delle tecnologie digitali, al fine di assicurare l'interoperabilità dei sistemi, l'uso di standard internazionali, un codice di condotta adeguatamente reso fruibile, e, in particolare, garantendo un governo sicuro, anche attraverso una migrazione dei dati in un *clinical data center*: questa importante sfida può essere vinta regolamentando e ben precisando la tipologia di dati, i destinatari, le finalità e i livelli di responsabilità da ben individuare formalmente (Titolare, co-titolare, DPO, *Officer*).

Un recente articolo, inoltre, comparso su *Jama*¹⁸ sottolineava le potenzialità ancora poco utilizzate dell'utilizzo dei “social” per la corretta Comunicazione e per la promozione della salute.

E non può, qui, essere omessa la rilevanza dei dati sanitari, senza dubbio determinanti per assicurare la continuità delle cure, ma anche assai importanti per potenziare ed accelerare il raggiungimento dell'evidenza scientifica e la forza statistica degli studi prospettici e – soprattutto - retrospettivi, irrinunciabili se vogliamo (e dobbiamo) valutare le nuove cure o le nuove tecnologie che ci vengono prospettate, anche attraverso studi di H.T.A.

- Come accennato nella introduzione, **un quinto e rilevante pilastro del modello** Reti cliniche integrate e strutturate è la **rete fra gli ospedali**.

Organizzando e favorendo la mobilità **programmata** fra gli ospedali degli specialisti, anche i Presidi ospedalieri di riferimento territoriale o zonale (c.d. “piccoli ospedali”, terminologia da superare ..), che permettono al malato anziano, affetto da una patologia cronica, un’insostituibile risposta specialistica di (relativa) prossimità, potranno avvalersi di un continuo supporto e aggiornamento di branca/disciplina, e, contemporaneamente, il corretto riferimento specialistico verrà consolidato nell’intera rete ospedaliera, che diviene – quindi – sempre più orizzontale (complanare, cioè non piramidale) e sicura, superando modelli che, inevitabilmente tenderebbero a creare ospedali e malati di serie A -B -C, fermo restando ovviamente il rispetto indispensabile del corretto rapporto VOLUME-ESITI

Al contrario, negli ospedali in rete, possono e devono essere svolte attività appropriate, garantendovi – altresì – una adeguata saturazione dei fattori produttivi (Sale Operatorie, posti letto, tecnologie, costi fissi), cui consegue una -dimostrata – riduzione dei costi e del contenzioso medico legale!

- Infine, per l’equità delle cure occorre una attenta analisi del **Sistema di Emergenza – Urgenza!**

Attraverso la rete dell’emergenza sanitaria dobbiamo garantire le stesse possibilità e tempi di soccorso (Tempo=Vita) anche per chi abita in aree interne (*hard to reach*) assicurando il rendez-vous fra i diversi mezzi di soccorso, l’adeguato trattamento e l’arrivo del paziente (es infartuato o post-ictus o politraumatizzato) nell’ospedale giusto ... e non certo nel più vicino!

In conclusione, dunque, la sicurezza e la qualità delle cure passa anche, se non soprattutto, attraverso le scelte di programmazione che, superando le impostazioni per singoli ospedali, facilitando la assunzione in cura dei malati, sviluppando le reti specialistiche e l’integrazione fra ospedale e territorio, assicurano sia una maggiore qualità percepita, da parte del paziente e della sua famiglia, sia una maggiore garanzia di elevati livelli di *clinical competence*.

Un aspetto comunque da sviluppare, e a nostro avviso da non tralasciare assolutamente, è la progettazione ed attivazione di azioni tese ad accrescere in questo ambito sia l’*empowerment* dei cittadini, sia l’*engagement* dei professionisti, attraverso eventi formativi/informativi.

Una riflessione deve essere, infine, fatta sul contributo che può pervenirci dal Privato al fine di sviluppare ed accelerare i processi di cambiamento, mettendo a frutto e valorizzando al meglio le loro conoscenze tecnologiche e scientifiche, oppure condividendo, attraverso strumenti di *partnership*, progetti di innovazione e la loro valutazione, determinando così un chiaro vantaggio per il sistema salute.

In tale contesto, in applicazione della Direttiva Europea 2014/24 e del nuovo Codice dei Contratti (D. Lgs 18/aprile/2016 n°50), è possibile sviluppare forme di “*partnership innovativa*”, tese a promuovere, con *trasparenza- neutralità ed adeguata pubblicità*, procedure di cooperazione tra pubblico e privato per *aumentare il value* -cioè il rapporto fra gli esiti e il costo delle cure (Michael Porter)¹⁹-, della nostra progettualità costantemente orientata alla Qualità e alla Equità, ricordando l’insegnamento di Sir Michael Marmot²⁰, fondatore dell’epidemiologia sociale, che ha, per primo, dimostrato il legame fra disuguaglianze sociali e di salute!

Note

- 1 Spandonaro F, 15° Rapporto Sanità, CREA Sanità Roma, 2019
- 2 Berwick DM, Nolan T, Whittington J The tripple aim: Care, Health and Cost reform, 2008
- 3 Ist,Naz. Statistica, Rapporto annuale 2019: La situazione del Paese, 2019.3
- 4 Atlante italiano delle disuguaglianze di salute, ISTAT-INMP, 2017

-
- 5 Thomas S, Faubisterer T, Mossialos E. Health system review. Financing health care in European Union, Challenges and policy responses. *Osserv Eu Sistemi e Politiche sanitarie*, 2018
 - 6 Wanger E, *Community of practice: the social fabric of learning organization*, 1996
 - 7 Heath J, *BMJ*, 2008, 338: b 1242
 - 8 Kurtzman, Jordan H, *Journal of Healthcare Management*: 2015; 60:25867
 - 9 E.Desideri et al: Reti cliniche integrate e strutturate, un nuovo modello di gestione pro-attiva della cronicità. *Rivista "Igiene e sanità pubblica"*, Dic.2019
 - 10 Osterberg L, Blaschke T, Adherence to medication. *New England J Med* 353:487-97, 2005
 - 11 Benner JS, Association between prescription burden and medication adherence in patients with hypertensive and lipid lowering therapy. *Am J Health Syst Pharm* 66: 1471-77, 2009
 - 12 Kronish IM, Ye S, Adherence to cardiovascular medications: lesson learned and future directions. *Prog Cardiovasc Dis* 2013; 55:590-600
 - 13 Sabaté E, *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva, World Health Organization (2003)
 - 14 Pharmaceutical Group of the European Union (2012) *Advancing Community Pharmacy Practice in Challenging Times Annual report* (2012)
 - 15 Manfrin A, Randomised evaluation of the Italian medicines use review provided by community pharmacists using asthma as a model *BMC health services research* (2015) 15:171
 - 16 Bruttomesso D, Laviola L, Avogaro A, et al. The use of real time continuous glucose monitoring. A consensus view. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular disease*, Elsevier, 2019. 29 5 : 421-31
 - 17 *Gazzetta ufficiale UE*, L.119/1, 4.5.2016 IT
 - 18 Steinhubl S.R, Muse E.D, Topol E.J, Can mobile Health Technologies Transform health care? *JAMA*, 2013. 2395-6
 - 19 Porter M, Kramer M, *Creating Shared Value*, Harvard Business Review, 2011, 7-17
 - 20 Marmot M, *La salute diseguale: la sfida di un mondo ingiusto*. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2016

La gestione della cronicità nella ASL di Rieti

Marinella D’Innocenzo

Premessa

I cambiamenti demografici, epidemiologici e socio-economici, anche in conseguenza della recente pandemia da SARS CoV2, hanno profondamente trasformato il bisogno di salute dei cittadini e delle nostre comunità. Da questo è derivata la necessità di riuscire a garantire una risposta efficace in termini di servizi integrati, forniti in particolare attraverso la rete dell’assistenza territoriale.

Il combinato disposto del DM 77 e del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR), con particolare riferimento alla componente 1 della Missione 6, si pone quale obiettivo prioritario per il SSN quello di potenziare il sistema dell’offerta territoriale, attraverso la creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), lo sviluppo della telemedicina, ma anche attraverso la realizzazione di una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari e non ultimo quello del rafforzamento dell’assistenza domiciliare e lo sviluppo della telemedicina a supporto della domiciliarità. I decisori politico-istituzionali sono oramai consapevoli che una risposta sanitaria strutturata e coordinata con l’integrazione Ospedale-Territorio sono gli strumenti per garantire la presa in carico e la continuità assistenziale per far fronte alla complessità che caratterizza la risposta ai bisogni di clinico-assistenziali dei pazienti cronici e fragili.

L’investimento del PNRR chiamato “*Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e Telemedicina*” si traduce in tre misure:

1. Aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare,
2. Istituire le centrali operative territoriali (cot)
3. Potenziare la telemedicina.

Il fabbisogno di risorse per la realizzazione di questo investimento è determinato in 4 miliardi di euro, di cui 280 milioni per l’istituzione delle Centrali operative territoriali (COT), 1 miliardo per la telemedicina e 2,72 miliardi per le cure domiciliari la cui copertura dovrà raggiungere entro il 2026 il 10% degli anziani contro il 6,2% del 2019.

In sintesi, le risorse del PNRR contribuiranno (per il 52%) a sostenere l'aumento dei costi che le Regioni e le Aziende Sanitarie dovranno sostenere per la crescita dell'assistenza domiciliare sul territorio nazionale.

L'investimento del PNRR, Missione 6 rivolto alla telemedicina, attraverso la realizzazione del modello delle Centrali Operative Territoriali, costituisce un ulteriore strumento a disposizione dell'Assistenza Domiciliare per l'assistenza a distanza dei pazienti a domicilio con l'obiettivo di riuscire a migliorare la gestione dei pazienti che hanno più di 65 anni con malattie croniche.

La questione urgente che si pone rispetto agli obiettivi ambiziosi del DM 77 e del PNRR è quella di un ripensamento complessivo del modello di Assistenza Territoriale storicamente vigente e caratterizzato da interventi frammentati, spesso non coordinati e senza una risposta di sostegno concreto alle esigenze legate alla cronicità, non autosufficienza e alle fragilità.

Le Aziende sanitarie si trovano di fronte alla necessità di ridisegnare un modello di Assistenza territoriale che favorisca per quanto possibile la permanenza degli anziani a domicilio, attraverso sostegni adeguati anche di long-term care, e in grado di garantire risposte integrate e coordinate tra Asl e Comuni superando la frammentazione degli interventi a garanzia dei LEA.

L'assistenza territoriale integrata con l'assistenza ospedaliera caratterizzata da un sistema di offerta di reti cliniche strutturate e percorsi di cura, rappresenta per ogni Azienda Sanitaria, la sfida centrale per i prossimi anni, tesa a rendere il Servizio Sanitario più vicino alle persone e alla Comunità, più accessibile, fruibile e punto di riferimento imprescindibile per dare valore al concetto di "salute" nelle diverse fasi della vita delle persone.

La pandemia causata dal COVID-19 ha, infatti, evidenziato maggiormente la mancanza di adeguate cure di prossimità in molte aree del Paese con allarmanti differenze di mortalità ed ospedalizzazione.

Il modello di riorganizzazione delle cure della ASL di Rieti

In quest'ottica, l'esperienza della ASL di Rieti, messa in atto nel periodo post-pandemico 2020-2022, ha costituito e costituisce tuttora, un esempio di buona pratica che si colloca all'interno di un processo di riorganizzazione complessiva del sistema delle cure territoriali della provincia reatina, già disegnato dal *Piano Territoriale aziendale del 2022*, e che si fonda su un approccio unitario ed una visione strategica sistemica, olistica, di sviluppo delle reti sanitarie e sociali, di creazione di valore per la Comunità (anche attraverso sperimentazioni su larga scala con forme di co-produzione dei servizi) riconoscendo nella prevenzione, nella prossimità e proattività delle cure, nella sinergia tra i diversi stakeholder dei diversi settori interessati, i nuovi paradigmi per innovare e sviluppare l'assistenza territoriale.

Nel 2022, attraverso il Piano Territoriale, la ASL di Rieti ha inteso promuovere le condizioni per rendere attrattivi i servizi, rispondere ai bisogni legati alle fragilità e cronicità, ma anche all'acuzie e alla gestione delle patologie a media e bassa complessità. Cinque sono state essenzialmente le traiettorie strategiche *mission-driven* (figura 1) del cambiamento organizzativo:

- *Proattività e prossimità delle cure*, quale strumento per il superamento delle disuguaglianze ed iniquità nell'accesso e per la garanzia a tutti i cittadini della presa in carico;
- *Territorio come polo della governance* e dell'attuazione di politiche integrate;
- *Integrazione orizzontale e verticale* (strutture-servizi-professionisti) per garantire la struttura delle reti di cura, e la continuità assistenziale;
- *Standard di garanzia* attraverso un nuovo *modello di servizio* esplicito e strutturato.

Inoltre, *l'Ecosistema digitale* ha costituito l'infrastruttura trasversale ai percorsi e processi che caratterizzano la

presa in carico durante tutte le fasi del percorso del paziente nei diversi servizi e a domicilio;



Figura 1 - Le traiettorie strategiche del cambiamento

Il territorio ha costituito e costituisce infatti la porta di accesso alle cure e il perno intorno al quale costruire risposte ai bisogni di salute della comunità; rispetto a questa premessa, il Piano Territoriale della ASL di Rieti ha puntato a:

- *Irrobustire la prevenzione delle malattie* attraverso un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa;
- *realizzare un'adeguata programmazione dei servizi* attraverso:
 - *La stratificazione dei diversi livelli del rischio* sulla base dei bisogni socioassistenziali. La stratificazione della popolazione, omogenea su tutto il territorio reatino per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, consente di differenziare le strategie di intervento per una presa in carico degli assistiti mirata e personalizzata in relazione al livello di rischio del bisogno di salute garantendo l'equità di accesso all'assistenza sanitaria;
 - *La tassonomia* dei servizi erogati dalla rete territoriale superando gli stretti confini del modello "fisico" attuale verso una compenetrazione e coordinamento di più setting e saperi disciplinari;
 - *La sinergia tra la governance dell'Azienda Sanitaria* e la rappresentanza degli *Enti Locali* che appare essenziale e strategica per la *programmazione condivisa* e responsabile di attività di:
- *Prevenzione e promozione della salute* per gli stili di vita corretti e per il benessere diffuso attraverso un approccio che mira al coinvolgimento di più soggetti interessati, che favorisca la promozione di comportamenti favorevoli alla salute, fornendo alla persona gli strumenti critici per prendere le decisioni migliori per il proprio benessere, agendo sui propri contesti di vita attraverso campagne informative e di educazione alla salute;
- *Tutela dei "determinanti di salute"* negli ambienti di vita, lavoro, scuola, sanità, nelle comunità sia nei contesti urbani che rurali attraverso politiche che puntino a migliorare la salute del cittadino favorendo l'invecchiamento attivo;
- *perseguire l'integrazione quale strumento di intersettorialità tra i diversi ambiti* (scuola, lavoro, sociale, sanità) anche in funzione di obiettivi comuni finalizzati alla realizzazione del *principio della "salute in tutte"*

le politiche”: essenziale è stata l’esperienza 2020-2022 dell’”integrazione dei modelli sociosanitari e socio-assistenziali attraverso un Progetto di Salute condiviso tra i diversi portatori di interesse a livello locale per favorire la presa in carico consapevole e proattiva su bisogni socioassistenziali ed il coordinamento degli interventi necessari. Al fine di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni socio- sanitari del territorio, i Distretti Sanitari hanno operato, inoltre, in raccordo con i Comuni per coniugare la loro azione programmatica in riferimento agli aspetti socio-sanitari attraverso gli strumenti di programmazione del distretto: Piano di Zona (PdZ) e Programma delle Attività Territoriali (PAT). Vedasi l’esperienza di Magliano Sabina di progettazione condivisa sul potenziamento e trasformazione della Casa della Salute in Casa di Comunità.

- *Rafforzare l’azione di governo della domanda/offerta da parte del Distretto* quale sede privilegiata di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali e centro di riferimento per l’accesso a tutti i servizi dell’ASL. Le funzioni del Distretto possono essere ricondotte a:
 - *Funzione di committenza*, ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell’utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili;
 - *Funzione di garanzia*, ossia di assicurare l’accesso ai servizi, l’equità all’utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità e sicurezza delle cure e dei servizi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l’utenza finale;
 - *Funzione di produzione*, ossia di erogazione dei servizi sanitari territoriali, è caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali.

Il Piano Cronicità e il modello di governance per la gestione della cronicità nella ASL di Rieti

Il combinato disposto del Piano Territoriale con il Piano Aziendale della Cronicità, denominato PAC (già operativo dal 2019) ha rappresentato un importante strumento per la ASL Rieti per promuovere l’integrazione sociosanitaria e garantire la continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità e/o che sono esposti al rischio di non autosufficienza.

Il PAC della ASL di Rieti, in linea con quanto previsto dal Piano Nazionale Cronicità 2016 e con il più recente PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), nell’ambito della Missione 6 “*Salute*” e il successivo DM 77/2022, aveva, infatti, ipotizzato una riorganizzazione dell’assistenza con percorsi di presa in carico precoce e personalizzati della cronicità, programmati sul medio-lungo termine e basati sulla prossimità / proattività, sulla multidisciplinarietà con l’obiettivo di promuovere omogeneità, accessibilità e integrazione socio-sanitaria dei servizi erogati. Si riportano di seguito gli obiettivi strategici della ASL di Rieti sulla cronicità:

- Sviluppo di modelli di programmazione, gestione e utilizzo di strumenti per garantire la continuità delle cure alla persona con cronicità nella transizione tra i diversi livelli e setting di assistenza
- Incremento di progetti di formazione dei team multidisciplinari
- Adozione di modelli che prevedano una risposta integrata sociosanitaria ai bisogni di salute

Obiettivi specifici per l’Assistenza Territoriale verso la cronicità

- Riqualficazione della rete di offerta ed appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogate nei Distretti aziendali
- Attuazione degli interventi previsti a livello nazionale e regionale attraverso la riorganizzazione del sistema delle cure primarie e dell’assistenza territoriale

- Definizione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Percorsi Integrati ospedale – territorio
- Realizzazione di modelli di programmazione e gestione integrata delle cure

Obiettivi specifici per l'Assistenza Ospedaliera verso la cronicità

- Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera per la presa in carico della persona con cronicità: percorsi di continuità assistenziale e integrazione ospedale-territorio
- Creare reti multi-specialistiche ospedaliere per la gestione integrata e multidisciplinare della persona con cronicità
- Sviluppo di modelli che prevedano una risposta integrata sociosanitaria ai bisogni di salute

Obiettivi specifici per l'integrazione sociosanitaria verso la cronicità

- Adozione di strumenti di programmazione integrata per la presa in carico e la risposta ai bisogni di salute della popolazione (PDZ, PAT, accordi di programma);
- Sviluppo di un sistema integrato con gli ambiti sociali di servizi sociosanitari alla persona con cronicità che valorizzi la partecipazione della società civile e garantisca equità di accesso e di prestazioni;
- Sperimentazione del budget di salute con gli Enti Locali.

Al fine di realizzare gli obiettivi suddetti, il PAC della ASL di Rieti ha puntato allo sviluppo ed al potenziamento, in particolare:

- del sistema delle Cure Primarie attraverso:
 - o la revisione e lo sviluppo del modello di *Assistenza Domiciliare Integrata* (ADI)
 - o la realizzazione del *modello di assistenza di prossimità*
 - o lo sviluppo delle figure *dell'Infermiere di comunità e dell'Assistente sociale di comunità*
 - o *équipe multi-specialistiche ospedale-territorio anche itineranti*
- dei Percorsi clinici e di assistenza (*PDTA e percorsi integrati*) quali strumenti necessari a supporto del processo di cambiamento e *sviluppo organizzativo aziendale* verso la gestione della cronicità.

Il macro-processo di gestione della persona con malattia cronica

In coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale della Cronicità, il macro-processo del modello gestione della persona con malattia cronica messo in atto nella ASL di Rieti (figura 6) si articola essenzialmente nelle seguenti fasi / macro-attività:

1. Stratificazione e *targeting* della popolazione secondo il modello dell'*Health Population Management (HPM)* e la stadiazione dei bisogni assistenziali;
2. Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce attraverso interventi rivolti alla promozione ed al mantenimento dei corretti stili di vita;
3. Adozione di un modello *l'engagement*, la presa in carico precoce e gestione *patient-centred* mediante Piano di Cura individualizzato (o Piano Assistenziale Individualizzato - PAI)prevedendo:
 - o Coinvolgimento attivo dei Medici di Medicina Generale / Pediatri di Libera Scelta ai fini della definizione del Patto di cura e del PAI;
 - o Sviluppo della Rete Assistenziale a forte integrazione sul territorio nell'ottica della cronicità;
 - o Definizione ed implementazione dei percorsi assistenziali e PDTA;

- o Realizzazione di Reti specialistiche multidisciplinari e team professionali dedicati;
- o Potenziamento dell'assistenza territoriale di prossimità e dell'assistenza domiciliare integrata (ADI);
- o Promozione dell'integrazione sociosanitaria e del Welfare di comunità attraverso il coinvolgimento degli Enti Locali e del terzo settore nella co-costruzione di servizi per la salute della popolazione;
- o Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera nell'ottica della gestione della cronicità e della continuità assistenziale.
- o Erogazione di interventi mirati e coordinati sulla base del Patto di cura e del Piano di Cura personalizzato. Gli interventi assistenziali riguardano anche l'Educazione terapeutica strutturata e strategie di *Patient Empowerment*;

Valutazione della qualità e dell'efficacia delle cure

La ASL di Rieti ha, inoltre, messo in campo una serie di azioni/interventi trasversali al succitato macro-processo, utili alla realizzazione di una presa in carico integrata e completa della persona portatrice di cronicità. Tali interventi hanno riguardato:

- Il contrasto alle disuguaglianze, alle fragilità ed alla vulnerabilità sociale attraverso la realizzazione di:
 - o specifici percorsi assistenziali con l'integrazione socio-sanitaria ed il coinvolgimento dei servizi sociali per supportare gli interventi in caso di persone vulnerabili e/o in contesti sociali difficili.
 - o Interventi di assistenza domiciliare integrata rivolti alle condizioni di fragilità e di difficoltà sociale anche con l'impiego appropriato dei mediatori culturali al fine di superare le barriere culturali e linguistiche.
 - o progetti a supporto delle condizioni di disagio sociale (minori, anziani, disabilità fisica e/o psichiatrica, svantaggio socio-culturale e/o economico).
 - o strumenti di valutazione multidimensionale omogenei sul territorio nazionale, per la definizione dei bisogni di assistenza socio-sanitaria del malato cronico.
 - o Percorsi di formazione e informazione rivolti alle persone assistite ed ai relativi caregivers, con particolare riferimento alle condizioni di disagio e/o vulnerabilità e ai contesti sociali difficili.
- La formazione quale leva strategica per la condivisione dei saperi/dei linguaggi e per lo sviluppo delle competenze tecniche e relazionali necessarie ai Professionisti sanitari per affrontare i cambiamenti organizzativi e rispondere alle nuove sfide della complessità e della cronicità in maniera appropriata ed efficace, tenendo conto delle innovazioni (in particolare tecnologiche). Le azioni previste hanno riguardato:
 - o la realizzazione di percorsi nell'ambito della formazione continua e progetti di ricerca per il miglioramento dei processi di cura anche in chiave *evidence-based*;
 - o l'inserimento nei percorsi formativi universitari convenzionati del personale infermieristico di approfondimenti teorico-pratici per il miglioramento della pratica assistenziale rivolta ai pazienti cronici.
- Interventi, anche con il supporto della tecnologia e di appositi strumenti informativi di monitoraggio degli esiti di salute, per quanto riguarda la *compliance*, o aderenza terapeutica, dei pazienti alle prescrizioni mediche relative alle terapie farmacologiche, dietologiche o di *follow-up* finalizzate al cambiamento e/o al mantenimento dei corretti stili di vita.

- Lo sviluppo dell'e-health anche attraverso l'uso dei servizi di telemedicina (teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio, teleassistenza) a supporto e per l'ottimizzazione del percorso di cura, facilitando la condivisione dei dati clinici, favorendo una pianificazione più efficace degli esami medici, inserendo le persone con cronicità in un monitoraggio continuo da parte dei vari attori assistenziali, programmando e favorendo la presa in carico precoce e la gestione "personalizzata" degli interventi assistenziali.
- Il coinvolgimento/partecipazione/inclusione delle Associazioni di tutela delle persone con patologia cronica di rilievo nazionale alle politiche aziendali sulla gestione della cronicità e per la co-programmazione e co-progettazione di servizi sanitari improntati all'equità, all'inclusione, alla solidarietà sociale ed alla sostenibilità. La valorizzazione del contributo che il Terzo settore può dare in termini di conoscenza del contesto di riferimento della ASL di Rieti, visione ed esperienza, assume rilevanza nel processo di cambiamento organizzativo e di sviluppo sociale ed economico dei territori e per il contrasto alle situazioni di fragilità/vulnerabilità e disuguaglianza. L'istituzione dell'Osservatorio aziendale sulla cronicità va in questa direzione.
- La promozione del modello delle farmacie dei servizi nei percorsi di prevenzione primaria e secondaria delle malattie croniche e nei programmi di formazione sulla cronicità.

Iniziative di promozione e gestione della cronicità in età evolutiva riguardanti le seguenti macro-attività:

- o La continuità assistenziale del bambino con cronicità;
- o Il ruolo delle famiglie;
- o Gli ambiti relazionali specifici per l'età (scuola, sport, socialità);
- o Il passaggio dalla gestione pediatrica a quella dell'adulto.

Al riguardo, è stato realizzato un apposito progetto per la gestione «*bambino cronico*» nelle scuole.

Le azioni previste dal PAC sono state avviate già in una fase precedente alla pandemia e poi realizzati ed ulteriormente implementati nella fase intra e post-pandemica in linea e in coerenza con gli obiettivi previsti dal PNRR e nel mandato del DM 77/2022.

I Percorsi per la gestione della Cronicità

Nell'ambito del Piano aziendale della Cronicità e del modello di organizzazione delle cure territoriali della ASL di Rieti, i Percorsi clinici e di assistenza (PDTA e percorsi integrati) hanno rappresentato e rappresentano lo strumento privilegiato di *governance*, di tipo multi-disciplinare e multi-professionale, per assicurare una risposta assistenziale personalizzata e mirata in funzione delle caratteristiche cliniche della persona legate, ad esempio, allo stadio evolutivo di malattia.

Nella ASL di Rieti, i PDTA sono stati costruiti considerando l'interrelazione di tutte le diverse componenti delle filiere assistenziali, valorizzando le competenze, i ruoli e le responsabilità di tutti i Professionisti nella presa in carico globale, ma anche esaltando il carattere trasversale e multi-*setting* della gestione della cronicità secondo la logica del *transitional care*.

La gestione secondo PDTA consente infatti di disegnare un percorso individualizzato (Percorso Assistenziale Individualizzato per la gestione della Cronicità - P.A.I.C.) e di pianificare gli interventi clinico-assistenziali necessari, anche di tipo educativo e preventivo, in modo mirato e condiviso nel lungo periodo attraverso un

team composto da diverse figure (MMG, PLS, infermiere, specialista territoriale e ospedaliero, assistente sociale, etc.) che operano in modo coordinato e proattivo senza perdere di vista il continuum di una prassi assistenziale “integrata”, improntata alla qualità, alla sicurezza, all’appropriatezza ed agli esiti di salute (Figura 2).

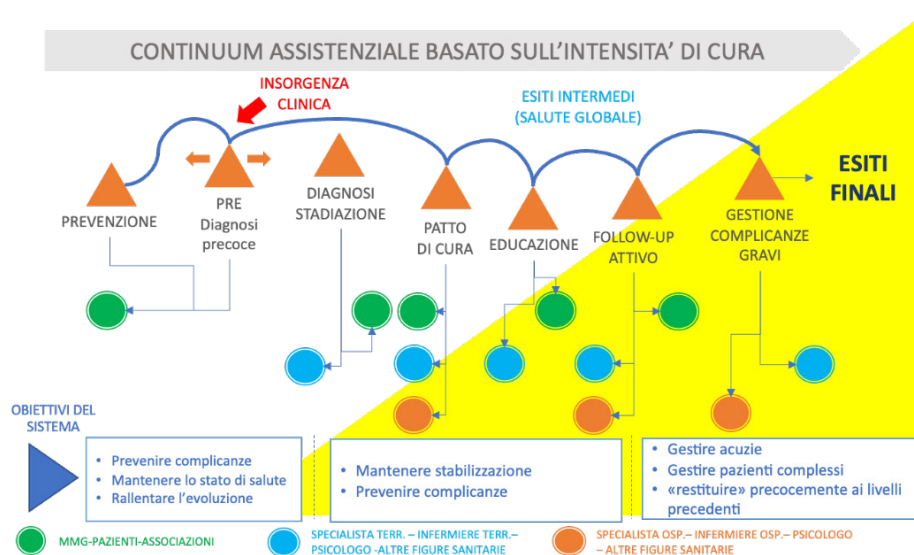
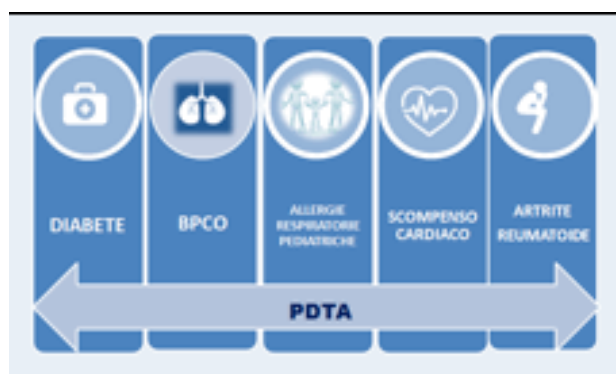


Figura 2 - La gestione integrata nei PDTA

L'azione della ASL di Rieti si è concentrata soprattutto sui PDTA della BPCO, dello Scompenso cardiaco, del Diabete, dell'Artrite reumatoide, delle Allergie respiratorie pediatriche (figura 3).



Nell’ottica del Piano aziendale della Cronicità e sulla scorta delle indicazioni programmatiche regionali e del PNRR e del DM 77/2022, la ASL di Rieti ha anche portato avanti un Progetto intitolato “*ci prendiamo cura di te*”, al fine di realizzare un sistema di “*presa in carico*” del paziente multicronico (denominato PIC), che, secondo un approccio “*One Health*”, potesse integrarsi con tutte le fasi del processo di prevenzione, cura e assistenza in modo da garantire un servizio completo a 360° che tenga conto dell’equità sociale e di genere. Tale modello, supportato dalla piattaforma tecnologica dei servizi di telemedicina, ha previsto l’istituzione di una rete di team multidisciplinari, multiprofessionali coordinati, in grado di assicurare, secondo il modello di case management, la valutazione globale e la continuità assistenziale della persona clinicamente complessa o che presenti elementi di vulnerabilità socio-economica.

Il Progetto di Lean Value Based Healthcare per la gestione integrata dei pazienti diabetici nella ASL di Rieti

L'esperienza dei PDTA ha posto il tema complesso e sfidante della misurazione degli esiti dell'intero percorso di cura dal lato dei costi e dei risparmi di spesa derivanti da migliori esiti clinici.

Al riguardo, la ASL di Rieti ha sviluppato e sperimentato la metodologia di analisi e di rilevazione dei costi della Lean Value Based Healthcare (VBHC). Il metodo della VBHC applicata al PDTA per la gestione integrata pazienti diabetici ha consentito di sperimentare concretamente il cambio di paradigma dell'assistenza sanitaria basata su esiti di salute anziché su volumi di prestazioni e su logiche di integrazione organizzativa anziché su *silos* autoreferenziali. Tale progetto, propedeutico alla definizione di un modello replicabile anche per altri ambiti clinico-assistenziali a valenza ospedale-territorio, ha interessato oltre 12.000 i pazienti diabetici (ca. il 7,9% degli abitanti), gestiti dalle 2 strutture aziendali di diabetologia con funzioni di 2° livello e dai 6 presidi territoriali ambulatori di 1° livello.

Gli obiettivi perseguiti nel progetto di VBH per il paziente diabetico sono stati di 3 tipologie:

- Obiettivi di processo*, legati alla presa in carico e arruolamento nel PDTA di almeno il 70% dei pazienti diabetici Tipo 2, oltre all'ampliamento della rete assistenziale territoriale, empowerment del paziente e la creazione di uno *standard Activity Based Costing*, per la valutazione costi del PDTA- diabete, attuabile anche per altri percorsi;
- Obiettivi di outcome*, legati alla riduzione delle complicanze, ospedalizzazioni e accessi non appropriati dei pazienti diabetici;
- Obiettivi di costo*, legati a minori costi per le ospedalizzazioni, alla gestione delle complicanze, oltre che alla diminuzione della mobilità passiva

Le "Comunità di pratica" (CoP) nella gestione dei PDTA per i pazienti cronici

Attraverso il metodo inclusivo e partecipativo delle Comunità di Pratica (CoP)¹, la ASL di Rieti ha definito, in modo condiviso, i Piani di Gestione della Cronicità / Fragilità (P.A.I.C.) e messo a terra i modelli di *clustering* della popolazione che hanno consentito di implementare e monitorare i PDTA differenziandoli a seconda dei differenti bisogni dei sottogruppi (sub-target), in particolare per quelli a maggiore complessità, come nel caso dei pazienti più complessi posti all'apice della piramide di Kaiser (figura 4), che rappresentano il target a "maggiori costi", di salute ed economici.

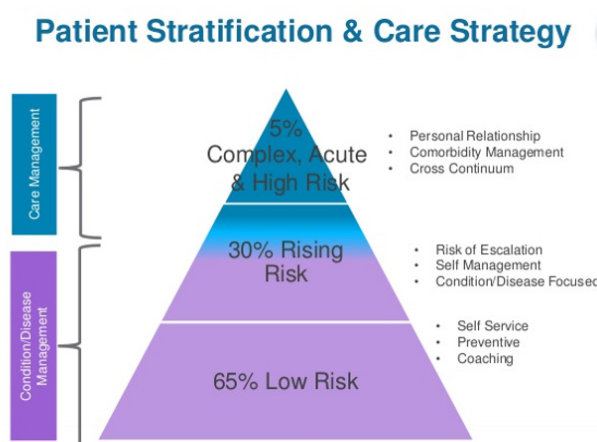


Figura 4 - Stratificazione della popolazione ed assistenza

¹ Wenger E. *Communities of practice: learning, meaning and identity*, Cambridge University Press, New York 1998; tr. it. *Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità*, Raffaello Cortina, Milano 2006.

Le CoP hanno visto l'interazione e l'impegno reciproco del Management aziendale e di tutti gli stakeholder (MMG, PLS, Medici Specialisti Ospedale/Territorio, Specialisti della fragilità, ADI, UVMD ed equipe itineranti, comunità protette, i referenti dei servizi di dimissioni ospedaliere, Assistenti sociali e Psicologi della ASL e dei Distretti Sociali/Ambiti territoriali, rappresentanti delle Associazioni dei malati ecc.), coesi (come Comunità) verso l'obiettivo comune di realizzare una rete coordinata (figura 5) di continuità delle cure in grado di assicurare una gestione della cronicità (focus della Pratica) *patient-centred*, appropriata ed integrata.



Figura 5 - La rete assistenziale della ASL di Rieti prevista dal Piano della cronicità

Il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare nella ASL di Rieti nell'ottica della cronicità

L'ADI della ASL di Rieti prima del 2020 si componeva di 5 Centri di Assistenza Domiciliare (CAD), e di un sesto CAD (Accumoli) funzionalmente separato per motivi geografici e legati all'evento sismico del centro Italia, ma operante all'interno di uno dei 5 CAD esistenti.

Dal punto di vista organizzativo, la situazione era caratterizzata da:

- Frammentarietà dei processi, con diverso tipo di prestazioni eseguite nei vari CAD e disomogeneità dell'offerta sanitaria domiciliare
- Servizio ADI articolato principalmente nella fascia oraria antimeridiana, senza la possibilità di eseguire prestazioni serali tempo-dipendenti (per esempio somministrazione di antibiotici)
- Vari numeri di telefono per i singoli CAD, con orari non uniformi, con difficoltà da parte degli utenti a contattare il personale aziendale.
- Continuum assistenziale non adeguato, soprattutto in caso di spostamento dei pazienti da un CAD

- all'altro, o turnazione del personale infermieristico, con assenza di una centrale di ascolto dedicata
- Difficoltà a determinare l'esatto fabbisogno di risorse per difficoltà nel reperimento dei dati necessari e della fase di progettazione dell'offerta
- Assenza di una cartella sanitaria centralizzata informatizzata del paziente che permetta un'immediata rilevazione dei bisogni e pianificazione degli interventi con certificazione degli stessi.

Dopo l'esperienza legata al COVID, a partire dal 2020 è stata operata una profonda reingegnerizzazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), con la centralizzazione dell'organizzazione della presa in carico in un'apposita Centrale Operativa ADI aziendale, e con l'istituzione di una Centrale Unica di Ascolto e Programmazione gestita da personale infermieristico (integrato all'occorrenza da personale medico) (Figura 6). Alla Centrale Unica ADI Aziendale, con sede presso la ASL di Via del Terminillo, sono state attribuite (auspicando che continui anche nel futuro) funzioni di programmazione, di coordinamento (tra i diversi servizi e professionisti sanitari) e di rendicontazione degli interventi di assistenza domiciliare e delle relative risorse necessarie (personale e beni farmaceutici e dispositivi) supportata da un'apposita piattaforma dell'ecosistema digitale aziendale che consente di condividere le informazioni e/o i dati dei pazienti e di assistere i pazienti in carico a domicilio anche da remoto (attraverso il teleconsulto e la teleassistenza).

La Centrale Unica ADI è attiva ancora oggi (nella speranza che rimanga tale) sulle 12 ore per 6 giorni a settimana su 365 giorni l'anno

Sul piano logistico, per una maggiore rapidità negli spostamenti sul territorio, tenuto conto della variabilità geomorfologica e della difficile viabilità, sono state identificate anche delle postazioni territoriali periferiche adibite al parcheggio degli automezzi e allo stoccaggio dei materiali consumabili, in corrispondenza delle ex-sedi CAD (Osteria Nuova, Sant'Elpidio, Poggio Mirteto, Antrodoco, Accumoli).

Adiacente alla Centrale Unica ADI è stata poi contestualmente istituita una Centrale ADI di Telenursing telefonico con numero unico, attiva 12 ore al giorno con operatori esperti dedicati che svolge funzioni di *assessment*, presa in carico e gestione della continuità assistenziale relativamente all'integrazione tra ADI, setting ospedalieri e territoriali

Il modello della Centrale Unica ADI, così strutturata e supportata anche dalla funzione della Centrale ADI di

Telenursing, ha consentito di ottimizzare le risorse disponibili ed efficientare l'organizzazione delle attività clinico-assistenziali garantendo tempestività attraverso la presa in carico precoce dei pazienti in assistenza domiciliare.

La creazione di una Direzione dedicata, all'interno del Dipartimento del Territorio, al governo operativo dell'assistenza domiciliare, ha consentito l'unitarietà della risposta su tutto il territorio provinciale, superando una frammentazione e disomogeneità nella presa in carico, nei tempi di erogazione e di risposta, garantendo uno standard di servizio e di tempi di risposta unitario e ispirato ai principi di proattività e di continuità delle cure, con la persona e la sua famiglia al centro del modello organizzativo e gestionale.

Gli strumenti informativi e tecnologici dell'ADI

Al fine di migliorare la qualità e la sicurezza del servizio, sono state definite procedure uniformi e opportuni strumenti operativi e di gestione del rischio clinico ad uso del personale operante in ADI.

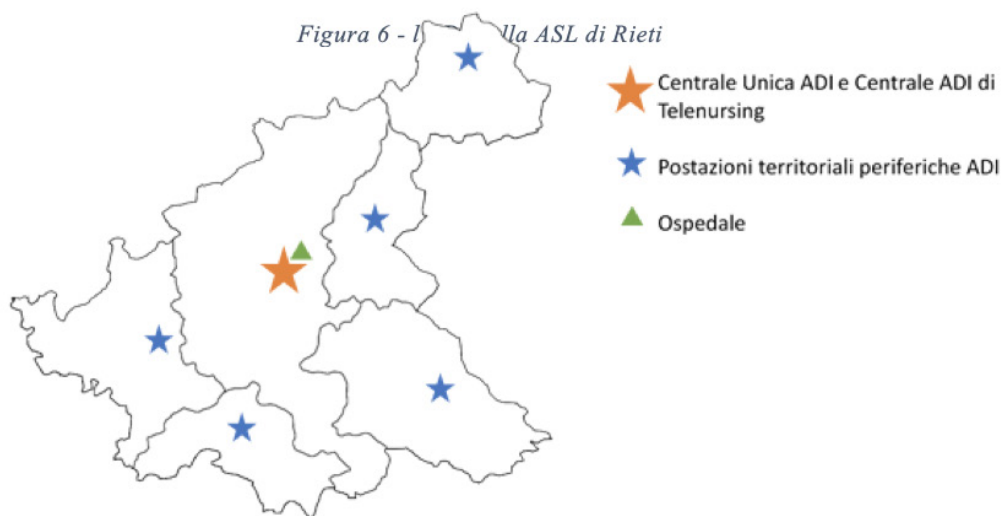


Figura 6 - l'ADI della ASL di Rieti

L'aumento dell'affidabilità organizzativa e la contestuale valorizzazione delle competenze del personale, hanno consentito di ampliare il ventaglio di offerta delle prestazioni, che in precedenza venivano eseguite solo in ospedale e che invece sulla base di procedure e protocolli specifici hanno iniziato ad essere erogate a domicilio (quali ad esempio, il posizionamento di accessi venosi tramite guida ecografica con dispositivi palmari, posizionamento di kit di telemonitoraggio avanzato per pazienti fragili, multicronici e post-acuzie, esecuzione di elettrocardiogrammi domiciliari con teleferitazione specialistica, sostituzione porzione esterna della gastrostomia percutanea, gestione degli accessi centrali, ecc.), ma anche di introdurre in sicurezza l'uso di tecnologie per la telemedicina e la teleassistenza ad integrazione delle metodologie di assistenza tradizionali.

Inoltre, lo sviluppo e l'implementazione della piattaforma digitale (in collaborazione con Edinext Srl), ha consentito di svolgere e effettuare le seguenti attività in modo tracciato e sicuro:

- pianificazione degli interventi e delle relative risorse con ausilio della geolocalizzazione e di apposita agenda informatizzata;
- rendicontazione dell'esecuzione degli interventi, sia per la ASL, che per la regione (flusso SIAT)
- deposito della documentazione sanitaria prodotta nelle cartelle dei pazienti (score, piani assistenziali individuali, materiale fotografico, allegati, consensi, questionari di gradimento)
- verifica degli interventi effettuati con elaborazione di indicatori al fine di stratificare la popolazione servita in base al livello socio-sanitario, in confronto con il carico assistenziale erogato, al fine di mirare e razionalizzare il servizio
- supporto alla Centrale ADI di Telenursing
- supporto al singolo operatore, con tabella di marcia su dispositivo portatile
- supporto a garanzia della dovuta integrazione, ai presidi distrettuali (PUA) e all'Ospedale per l'invio delle richieste di attivazione ADI (modelli unici) e di prestazioni ADI (impegnative).
- integrazione con anagrafica regionale ASUR e con anagrafe vaccinale AVR.

L'uso della piattaforma digitale ha, infine, consentito di mettere in connessione i vari presidi della ASL, garantendo una vera integrazione sia orizzontale che verticale, e permettendo la condivisione sia

dei flussi informativi amministrativi (domande di inserimento in ADI e richieste di prestazioni ADI), sia delle di quelli clinico-assistenziali (PAI, PRI, schede di dimissione infermieristica, documentazione sanitaria, ecc). In particolare, la messa in rete con:

- l’Ospedale ha offerto nel tempo e offre tuttora un supporto fattivo per la facilitazione delle dimissioni concordate/difficili;
- i PUA facilitano l’informazione e l’attivazione dei percorsi assistenziali;
- il Servizio Sociale distrettuale per l’attivazione dei percorsi socio-assistenziali nelle situazioni di fragilità sociale, con apposito modulo “sociale” contenente anche questionario specifico somministrabile in corso di UVM, che facilita il processo di integrazione socio-sanitaria, peraltro già prevista anche nei Piani di Zona condivisi con i Distretti sociali dei Comuni della provincia di Rieti e fortemente sostenuta già a partire dal Piano delle Cronicità (2018-2020) e dal Piano Territoriale (2022).

I risultati raggiunti dal modello ADI della ASL di Rieti

La ASL di Rieti ha raggiunto standard di produzione di prestazioni ADI elevati, già a partire dal 2020, ancor prima degli obiettivi individuati dal PNRR per il 2026, aumentando progressivamente il numero delle prese in carico di anno in anno.

	Popolazione over 65 (dati ISTAT 2022)	Pazienti in ADI nel 2023	Percentuale 2023 (indicatore PNRR)	Pazienti in ADI nel 2024 (al 20/06/2024)	Percentuale 2024 (al 20/06/2024)
Roma 1	242.050	17.037	7,04%	11.379	4,70%
Roma 2	286.073	20.062	7,01%	15.539	5,43%
Roma 3	134.386	9.313	6,93%	4.700	3,50%
Roma 4	70.133	4.840	6,90%	3.928	5,60%
Roma 5	102.149	9.944	9,73%	6.930	6,78%
Roma 6	121.465	8.099	6,67%	6.083	5,01%
Latina	127.366	10.433	8,19%		
Frosinone	116.847	6.142	5,26%	4.794	4,10%
Viterbo	78.769	5.861	7,44%	4.056	5,15%
Rieti	40.693	4.735	11,64%	4.149	10,20%
Totale Regione (esclusi i dati di Rieti)	1.279.238	91.731	7,17%	57.409	4,98%

I pazienti presi in carico in ADI nell’anno 2023 sono stati 4735, cioè l’11,64% degli over 65, a fronte di una media regionale del 7,17%. I dati dei pazienti in ADI nei primi mesi del 2024 (aggiornati al 20/06/2024) indicano che sono stati presi in carico 4149 pazienti, cioè il 10,20% degli over 65, a fronte di una media regionale del 4,98% nello stesso periodo.

I dati a fine anno saranno verosimilmente ben superiori rispetto a quelli del 2023. L’obiettivo PNRR è stato raggiunto dalla ASL di Rieti, già nel primo trimestre dell’anno in corso, grazie al modello istituito già a partire dal 2019 e andato a regime nel 2022.

Oltre che superiori alla media regionale, i numeri del servizio ADI della ASL di Rieti sono molto

superiori alla media italiana (3,27% degli over 65 presi in carico in Italia nel 2022; fonte Ministero della Salute, report Italia Longeva 2023), ed è in linea con le nazioni più virtuose del mondo (Germania 15,6%, Svizzera 18,4%; fonte WHO, report Global Health Observatory, 2022).

Gli indicatori di complessità del servizio permettono di andare oltre i semplici numeri dei pazienti presi in carico. Anche in tal caso l'ADI di Rieti mostra una complessità media di presa in carico (numero di prestazioni per paziente) molto elevata rispetto ai parametri regionali e nazionali.

Barriere e discriminazioni dei disabili nell'accesso ai servizi sanitari

Maria Teresa Mechi, Virginia Serrani

1. Inquadramento del problema

L'equità nella salute implica la parità di accesso di tutti i cittadini al sistema sanitario e l'abbattimento di ogni forma di disuguaglianza nello stato di salute.

Negli ultimi decenni l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha promosso il tema delle disuguaglianze nella salute come una priorità dell'agenda internazionale che avrebbe dovuto caratterizzare tutte le politiche sanitarie.

Il *Global report on health equity for persons with disabilities* della WHO del 2022 stima che 1,3 miliardi di persone soffrano di disabilità significative. Questo rappresenta il 16% della popolazione mondiale, ovvero 1 persona su 6. Alcune persone con disabilità muoiono fino a 20 anni prima rispetto a quelle senza disabilità. Le persone con disabilità hanno un rischio doppio di sviluppare condizioni come depressione, asma, diabete, ictus, obesità o cattiva salute orale.

Anche in conseguenza di ciò si è assistito, in particolare all'interno dei Paesi sviluppati, al netto e costante miglioramento della salute grazie alle modificazioni positive delle condizioni di vita ed all'evoluzione dei sistemi sanitari.

La robustezza e la maturità di un sistema sanitario possono essere misurate anche da come riesce a prendersi cura dei cittadini più vulnerabili.

Le persone con disabilità rientrano tra questi, soprattutto quelle con gravi limitazioni funzionali che generano bisogni speciali da identificare in modo corretto.

Di fatto per le persone con disabilità, in particolare di tipo intellettivo, incontrano spesso maggiori difficoltà nell'individuazione e nella gestione delle condizioni cliniche non direttamente connesse con la loro disabilità; questo avviene perché, ad oggi, non sempre sono stati messi in atto, in maniera diffusa, quegli accorgimenti e quelle soluzioni organizzative necessari ad incontrare i loro bisogni speciali.

I bisogni speciali delle persone con disabilità richiedono dunque risposte specifiche, sia per assicurare una presa in cura adeguata al momento dell'accesso ai servizi sanitari, sia per intercettare problematiche cliniche

che potrebbero altrimenti non emergere.

Possono inoltre talora coesistere disabilità di natura diversa che rendono ancora più complessa l'organizzazione dell'accesso al sistema sanitario se la mappa concettuale su cui poggia la progettazione delle risposte è riferita ad una specifica disabilità in quanto tale, che non ci informa, da sola, sui bisogni e, conseguentemente, sulle azioni da intraprendere per offrire risposte quanto più possibile personalizzate ed efficaci.

In realtà le persone con disabilità presentano bisogni specifici di tipo logistico, organizzativo e assistenziale che prescindono dalla tipologia stessa di disabilità e che devono essere conosciuti ed intercettati per costruire un'offerta di servizi sanitari in grado di dare risposta adeguata alle diverse problematiche di salute alle quali, questa fascia di cittadini più vulnerabili, può andare incontro.

Per quanto riguarda il nostro Paese la speranza di vita alla nascita è da molti decenni, e con poche eccezioni, in costante e progressiva crescita; la mortalità si è ridotta, così come la morbosità è diminuita per buona parte delle categorie nosologiche in termini di incidenza, di prevalenza e di impatto sulla qualità della vita.

Questi progressi non sono però distribuiti in modo omogeneo nella popolazione e numerosi studi epidemiologici rilevano l'ampiezza e l'intensità delle disuguaglianze di salute e di quelle relative alle possibilità di accesso alle prestazioni erogate dai servizi sanitari.

Ancora oggi a livello nazionale, a fronte di una buona documentazione epidemiologica e di condivisibili pronunciamenti a favore dell'equità, stenta a prendere forma un programma di azioni mirate, pur essendo il problema dell'equità esplicitamente preso in considerazione dagli ultimi Piani sanitari nazionali e dalla pressoché totalità dei Piani sanitari regionali.

Inoltre non tutti gli ambiti organizzativi sono stati coinvolti nella ricerca dell'equità e l'attenzione si è rivolta in particolare al ruolo dello svantaggio sociale nel determinare differenze di salute mentre, ad oggi, non sono stati realizzati a livello nazionale interventi organici di programmazione sanitaria per la promozione della salute delle persone con disabilità.

Questa popolazione ha, in generale, maggiori bisogni di salute e la correlazione fra disabilità e cattivo stato di salute è documentata da anni in letteratura; nello specifico i tassi di morbilità e mortalità risultano più elevati nelle popolazione adulta con disabilità, in particolare intellettiva, rispetto a quelli della popolazione generale e se, negli ultimi quindici anni, l'aspettativa di vita media delle persone con disabilità intellettiva è aumentata considerevolmente rimane più bassa di quella della popolazione generale di circa 10 anni per le forme lievi e 20 per quelle più gravi.

Con l'avanzare dell'età, per il contemporaneo presentarsi di tutta una serie di condizioni para-fisiologiche e non, tra cui la comparsa di disturbi psichiatrici con una prevalenza quattro volte superiore a quella della popolazione generale ed età d'esordio più bassa, le esigenze di cura delle persone con disabilità diventano progressivamente più rilevanti e complesse. Nonostante queste evidenze le persone hanno difficoltà maggiori della restante popolazione nel raggiungere i servizi.

Uno dei cardini concettuali rispetto a questo tema è rappresentato dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, recepita e resa vincolante a livello nazionale nell'ordinamento italiano con la L.18/2009, la quale all'articolo 25 sancisce il diritto alla cura che trova fondamento nella dignità intrinseca ad ogni essere umano e che non viene meno con il modificarsi delle condizioni di salute o la compromissione di funzioni e abilità.

La Convenzione ONU non chiede quindi dei diritti "speciali" per le persone con disabilità ma il rispetto dei diritti umani universali laddove il rispetto di questi può essere reso difficile dalla condizione di disabilità.

Pur essendo sufficientemente noto che le persone con disabilità hanno bisogni particolari, ad oggi non siamo in grado di dimensionarne con precisione l'entità. I dati ISTAT, INPS e altri database amministrativi forniscono valori molto distanti sulla numerosità delle persone con disabilità e pertanto si hanno a disposizione stime che non identificano in maniera puntuale la popolazione di riferimento e di conseguenza non consentono una pianificazione adeguata.

2. Lo scenario internazionale

Negli ultimi trent'anni lo scenario culturale che ruota attorno alle problematiche delle disabilità fisiche e intellettive ha subito una profonda trasformazione sulla spinta di numerose iniziative di responsabilizzazione che hanno generato un importante cambiamento nell'atteggiamento culturale, oltre che assistenziale. Negli ultimi decenni è maturata e si è ampiamente affermata a livello internazionale la tendenza a considerare le problematiche relative al mondo della disabilità in una prospettiva di integrazione sociale, basata sui diritti umani dell'individuo con disabilità in quanto persona.

Agli inizi del '900 infatti, il problema della disabilità era fondamentalmente affrontato secondo due principali visioni che, nel tempo, hanno determinato altrettanti approcci.

La *prima visione* considerava la disabilità come conseguenza di un danno alla quale la società rispondeva con un intervento di tipo riparatorio-assistenziale (*approccio caritativo-assistenziale*). In questa prospettiva, la persona con disabilità - definita per lo più "invalida" - veniva presa in carico con soluzioni di tipo istituzionale e/o monetario, senza un reale riconoscimento dei diritti della persona.

La *seconda visione* considerava la disabilità come conseguenza di una compromissione alla salute della persona: la persona con disabilità - definita in questo caso "malato" - era identificata con la sua patologia e venivano destinate risorse soprattutto per le attività riabilitative e di mantenimento (*approccio medico*).

A partire dagli anni '60 si sviluppa un *terzo* approccio in base al quale la disabilità è considerata una condizione umana che procura un forte rischio di discriminazione sociale; secondo questa prospettiva è la società il soggetto responsabile dell'eliminazione delle barriere che non permettono il godimento dei diritti da parte di tutti i cittadini nella medesima misura (*approccio sociale*).

Quello che distingue in maniera netta i primi due approcci dal terzo e che testimonia l'inizio di un percorso evolutivo del concetto di disabilità, sono i protagonisti: mentre nei primi due i protagonisti sono gli operatori assistenziali e quelli sanitari che provvedono alla loro cura, nel terzo sono le stesse persone con disabilità e i loro diritti.

Questa trasformazione è documentata anche dalla nascita dello strumento attualmente riconosciuto dalla comunità scientifica internazionale per la classificazione delle disabilità: l'*ICF, International Classification of Functioning, Disabilities and Health*. A differenza delle precedenti classificazioni (ICD² e ICIDH³) nelle quali veniva dato ampio spazio alla descrizione delle malattie dell'individuo, alla base della classificazione ICF sta l'analisi dello stato di salute degli individui e *non* dello stato di malattia, delle abilità e *non* delle disabilità.

Dall'evoluzione di questo scenario emergono due aspetti chiave:

- le condizioni di disabilità sono generate anche dal contesto ambientale in cui la persona vive;
- le condizioni di disabilità non sono omologabili, ogni persona con disabilità è unica.

² International Classification of Diseases (ICD).

³ International Classification of Impairment Disabilities and handicaps (ICIDH).

Relativamente al primo aspetto, anche all'interno della ICF le abilità funzionali (e, di conseguenza, le non-abilità) di una persona sono descritte come il risultato dell'interazione dinamica tra le condizioni di salute, i fattori personali e i fattori ambientali («*dynamic interaction between a person's health condition, environmental factors and personal factors*»⁴).

In questa ottica, tutte le patologie –intese come alterazione dello stato di salute- sono analizzate in relazione al contesto sociale, familiare, abitativo o lavorativo dell'individuo, esaminando gli elementi che influiscono o possono influire sulla qualità globale della vita, partendo dal presupposto che la disabilità, a diversi livelli, sia inquadrabile come una **condizione di salute in un ambiente sfavorevole**.

Questo approccio, che considera in maniera integrata gli aspetti medici, sociali e ambientali, è definito “**bio-psico sociale**”, nel quale l'attenzione si sposta dalla considerazione della persona con disabilità in una prospettiva individuale ad una di tipo socio-relazionale, che attribuisce ai fattori ambientali un peso chiave nella determinazione o nel superamento delle condizioni di disabilità.

In relazione al secondo aspetto, per molto tempo la persona con disabilità è stata considerata non come un individuo portatore di un impedimento, ma come una persona menomata nella sua totalità, estendendo a tutta la persona la difficoltà specifica.

Le riflessioni contenute nella classificazione ICF hanno contribuito al cambiamento di questo approccio culturale in una direzione pluri-prospettica delle problematiche connesse alla disabilità di tipo fisico, sensoriale e intellettuale.

La disabilità non è infatti riferibile ad una condizione universale: ogni individuo ha delle proprie specificità e, soprattutto nell'età adulta, è condizionato a tal punto dal proprio percorso di vita, da rendere quasi impossibile assimilare due individui della stessa età, se pur con la stessa tipologia di disabilità.

L'attenzione alla persona in quanto individuo non omologabile, originale, diverso, unico, porta all'abbandono di approccio che focalizza l'attenzione sulla patologia in favore di una prospettiva più ampia, che la considera come attributo di una persona in un determinato contesto di vita.

3. Esperienze internazionali e italiane

Nel mondo anglosassone si è sviluppata negli ultimi decenni una forte attenzione al tema delle disuguaglianze di salute legate alla disabilità che ha portato alla emanazione di un robusto corpo normativo.

Il Parlamento dell'United Kingdom ha emanato nel 2010 l'Equality Act (2010), che stabilisce che tutte le organizzazioni, comprese quelle che si occupano di assistenza sanitaria e sociale, come gli ospedali e gli ambulatori dei medici di base, devono adottare misure - accomodamenti ragionevoli - per rimuovere le barriere che le persone incontrano a causa della disabilità. L'NHS, nello specifico, deve sviluppare azioni per rendere l'utilizzo dei servizi sanitari da parte delle persone disabili altrettanto facile che per le persone non disabili.

Nel Regno Unito, molti ospedali del Servizio Sanitario Nazionale (NHS) hanno poi anche implementato la documentazione a disposizione del paziente, come i “passaporti ospedalieri”, che registrano alcune delle esigenze particolari del paziente. Nel 2019 l'NHS England ha inserito il Reasonable Adjustment Digital Flag nell'NHS Spine per consentire agli operatori sanitari e assistenziali di identificare chiaramente tutti i pazienti per i quali potrebbero essere necessari adattamenti ragionevoli, identificare i pazienti con disabilità che includono disturbi dell'apprendimento o autismo (e tutte le altre disabilità rilevanti), identificazione

⁴ World Health Organization. How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. October 2013. Geneva: WHO

e condivisione degli adattamenti chiave che possono migliorare l'accesso della persona con disabilità, registrazione e possibilità di utilizzo delle informazioni ovunque la persona venga visitata e/o curata.

L'Accessibility for Ontarians with Disabilities Act, 2005 (AODA) è diventato legge nel 2005. L'obiettivo dichiarato è lo sviluppo, l'implementazione e l'applicazione di standard di accessibilità applicabili al settore pubblico, privato e non profit. Nel 2022 sono state aggiornate le raccomandazioni che hanno trovato seguito nella definizione di standard di assistenza sanitaria per le persone con disabilità, che prevedono tra le altre azioni l'individuazione di figure di riferimento in ogni ospedale per l'organizzazione del miglior percorso di cura e una formazione specifica per sviluppare competenze diffuse.

Il Department of Health Disability Service Plan 2022-2024 del Queensland identifica le barriere all'assistenza sanitaria alle cure sanitarie per le persone con disabilità, definisce le aree di azione prioritarie e delinea le azioni che il Dipartimento della Salute intraprenderà nel corso del biennio per migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria e sostenere assistenza sanitaria e sostenere migliori risultati di salute per le persone con disabilità.

Nel 2016 l'Australian Institute of Health and Welfare ha istituito lo 'Standardised Disability Flag for mainstream services' per identificare le persone con disabilità o condizioni di salute a lungo termine che incontrano difficoltà e/o necessitano di assistenza in varie aree della loro vita.

A fronte di ciò anche in Italia esistono numerose buone pratiche che tengono conto dei bisogni speciali per accedere alle cure da parte delle persone con disabilità, che ancora non fanno parte in modo strutturato del sistema dell'offerta quale espressione di scelte esplicite di programmazione sanitaria a livello nazionale eccetto le linee guida dedicate ai pazienti con bisogni speciali per le cure odontostomatologiche emanate dal Ministero per la Salute nel 2019.

Il testo del Ministero segna un passaggio importante nell'accoglienza ospedaliera nazionale, e all'interno del gruppo di lavoro che lo ha realizzato erano presenti diversi membri del Comitato Scientifico della Carta dei diritti delle persone con disabilità in ospedale realizzata da Spes Contra Spem, prendendo come base di partenza la Carta europea dei diritti del malato e diffusa a livello nazionale nel 2014.

DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance, ovvero "Assistenza medica avanzata alle persone con disabilità") è un modello di presa in carico intraospedaliera e risposta ai bisogni di salute delle persone con disabilità ideato circa 25 anni fa presso l'Ospedale San Paolo di Milano e che si è progressivamente diffuso in molte regioni. Attualmente in Italia esistono più di 40 centri che si ispirano a questo modello assistenziale che ha ottenuto anche riconoscimenti a livello internazionale come dimostrato dalla sua presentazione alla 16 a Conferenza Annuale degli Stati Parti della Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità, il 14 giugno 2023 a New York.

Il modello è basato su "accomodamenti ragionevoli" applicati alla clinica e all'organizzazione sanitaria, che garantiscono il diritto alla salute delle persone con disabilità superando le difficoltà che incontrano attraverso una presa in carico dei bisogni e del problema presentato, utilizzando competenze e risorse già presenti in ospedale, con una personalizzazione dell'intervento che tiene conto dei bisogni di ognuno: persona con disabilità, familiari e caregivers, personale sanitario.

Dal 2020 grazie ad ASMeD – Associazione per lo Studio dell'assistenza medica alla persona con Disabilità – è stata costituita una rete che comprende attualmente circa 20 ospedali che hanno implementato un modello di assistenza e presa in carico rivolto alle persone con gravi disabilità e che non riescono a comunicare le proprie esigenze.

Il Sistema Sanitario Regionale della Toscana ha affrontato queste problematiche impostando uno specifico programma di politica sanitaria che supera i limiti della “categorizzazione” della disabilità e si basa sui bisogni particolari che, se non soddisfatti, negano o limitano la parità di accesso all’assistenza sanitaria da parte delle persone con disabilità.

Con il Programma PASS (Percorsi Assistenziali per Soggetti con bisogni Speciali) sono state definite linee di indirizzo regionali che costituiscono la cornice concettuale all’interno della quale sviluppare le soluzioni organizzative e gli adattamenti che consentano la piena espressione del diritto a ricevere cure adeguate in termini di qualità e sicurezza.

Il raggiungimento di tale scopo passa attraverso l’implementazione di un modello organizzativo ed assistenziale caratterizzato dalla individuazione: dei bisogni speciali associati alle richieste di intervento clinico; delle tipologie di servizi da assicurare, delle modalità con cui gli stessi devono essere organizzati come risposta ai bisogni speciali e dei criteri di distribuzione territoriale per assicurarne una adeguata fruibilità; delle competenze specifiche necessarie.

Tale offerta deve risultare all’interno di un modello organizzativo declinato in modo coerente e sequenziale nelle sue varie fasi di informazione, prenotazione, accoglienza ed erogazione, le cui caratteristiche vanno a costituire standard di riferimento regionale suddivisi all’interno di tre ambiti dell’offerta clinico-assistenziale ospedaliera: le risposte ambulatoriali, le prestazioni in regime di ricovero e i servizi di emergenza-urgenza.

Per ciascuno di questi percorsi sono state sviluppate delle linee di indirizzo di tipo spaziale, che raccolgono le soluzioni di maggiore efficacia nell’allestimento di spazi e tecnologie rivolte ai bisogni speciali delle persone con disabilità.

La maggior difficoltà rilevata nello scenario odierno è quella di non riuscire ad identificare in modo agile ed esaustivo la popolazione di riferimento.

Per realizzare un sistema informativo in grado di rispondere a questa esigenza è stato necessario agire in un ambito sovraordinato rispetto ai gestionali esistenti a livello aziendale introducendo una registrazione delle informazioni minime necessarie ad identificare in modo univoco i bisogni specifici del cittadino con disabilità che devono essere rese fruibili al momento dell’attivazione di un percorso di diagnosi e cura e consentire, ove previsto, anche una valutazione del setting logistico-organizzativo e assistenziale appropriato.

Le informazioni raccolte e gli accomodamenti ragionevoli individuati fanno parte del processo di revisione dei requisiti di accreditamento mediante i quali viene attestata progressivamente la qualità e la sicurezza dei percorsi ‘PASS’.

L’algoritmo dei bisogni speciali

L’obiettivo è quello di garantire ai cittadini con disabilità, nelle diverse situazioni di accesso al sistema sanitario regionale, sia a livello ambulatoriale che di ricovero e di emergenza-urgenza, la disponibilità di una serie di informazioni cliniche e logistico-organizzative, utili ad assicurare una migliore qualità del servizio finalizzata a rispondere in modo personalizzato e specifico ai diversi bisogni assistenziali e diagnostico terapeutici espressi. È stata realizzata una piattaforma informatica regionale mediante la quale si identificano i bisogni delle persone con disabilità e gli accomodamenti ragionevoli secondo regole e principi adottati all’interno di un Algoritmo dei Bisogni Speciali (ABS).

L’ABS si sviluppa, in entrata, con la rilevazione delle informazioni utili a definire le unità di bisogno specifico e

in uscita si traduce, attraverso un sistema codificato di criteri per il supporto alle decisioni, nell'individuazione di un insieme di "accomodamenti ragionevoli" attraverso i quali rispondere in modo adeguato ai bisogni presenti al momento della richiesta di accesso alle cure.

La rilevazione dei bisogni avviene attraverso la combinazione delle risposte ad un set di domande, suddivise in tre macro aree dell'agire: l'area della comunicazione, della comprensione e dell'orientamento, l'area della motilità e mobilità, l'area della collaborazione e comportamento.

L'insieme delle risposte, organizzate per mezzo delle regole dell'ABS, costituiscono le segnalazioni del livello di bisogno per ciascuna macroarea dell'agire, a cui corrispondono soluzioni organizzative adeguate.

Questi "accomodamenti ragionevoli" indicati e suddivisi in modo personalizzato lungo le tre fasi della fornitura della prestazione sanitaria (informazione-prenotazione, accoglienza, erogazione), compongono l'offerta di servizi con i quali il sistema sanitario regionale assicura la parità di accesso alle cure sanitarie delle persone con disabilità. L'ABS prevede un repertorio di "accomodamenti ragionevoli" quali soluzioni personalizzabili, implementabili nel tempo, che spaziano dalla presenza di personale formato, a tempi visita dedicati, alla disponibilità di ausili, arredi e spazi con caratteristiche specifiche, alla comunicazione adattata ecc.

Tale processo equivale alla costruzione di un profilo informativo basato su dati puntuali e rilevatori di criticità cui è possibile associare un livello alfanumerico di bisogno. Per questo motivo sono state definite soglie di interesse utili ad identificare i casi più gravi, ovvero quelle corrispondenti ad un più alto livello di bisogno.

La procedura di acquisizione si conclude con l'inserimento del profilo acquisito nei database del sistema sanitario regionale.

Le informazioni dettagliate sui bisogni speciali andranno a popolare il Diario del Cittadino del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Per le situazioni a maggiore complessità il sistema consente l'integrazione delle informazioni sui bisogni speciali mediante una procedura ulteriore di rilevazione di ulteriori dati legati al proprio profilo sanitario attraverso la compilazione della Scheda PASS che viene aggiornata dopo ogni evento significativo: accesso al Pronto Soccorso, ricovero ospedaliero, variazioni dello stato clinico e comportamentale ecc).

Le informazioni raccolte attraverso la piattaforma web possono essere consultate dagli operatori sanitari durante le diverse fasi del percorso (richiesta/prenotazione, accoglienza, erogazione) attraverso gli applicativi CUP, 118, Pronto Soccorso e le cartelle cliniche informatizzate tramite il collegamento con web services interfacciati con il database anagrafico.

Rispetto ad altri metodi (*Australian Institute of Health and Welfare*, 2016) per l'identificazione delle persone con disabilità, questo sistema incorpora due importanti innovazioni: l'utilizzo di una misura che classifica la necessità di aggiustamenti ragionevoli e produce un punteggio da inserire insieme alle informazioni nel database, diventando così accessibile agli operatori sanitari; e la possibilità, per le persone con disabilità, di inserire le informazioni sui propri bisogni speciali per il calcolo del punteggio direttamente attraverso il sito web del Sistema Sanitario Regionale

In ogni ospedale PASS, attualmente 13, è presente la figura del "facilitatore" che rappresenta il principale contatto con i pazienti e con gli altri professionisti che intervengono in un percorso clinico-assistenziale rivolto ad una persona con disabilità.

Oltre a rispondere tempestivamente alle necessità emergenti, "costruisce" ed adatta il percorso più idoneo per il singolo paziente: in ambulatorio (Day Service) quando non si rendono necessari interventi in sedazione, in regime di Day Hospital, o in Pronto Soccorso, predisponendo in anticipo l'arrivo del paziente quando possibile.

Le linee di indirizzo per i percorsi ospedalieri

Per rispondere ai bisogni speciali espressi da una persona con disabilità (indipendentemente dalla tipologia), l'accesso in ospedale, la presa in carico e l'esecuzione delle prestazioni necessarie non possono avvenire attraverso un percorso di tipo tradizionale.

Per andare incontro alle sue esigenze e garantire il buon esito della prestazione occorre introdurre degli "adattamenti ragionevoli" sia di tipo ambientale e spaziale, che di tipo clinico-assistenziale, che infine di tipo logistico-organizzativo.

Gli esiti delle ricerche a livello internazionale sul tema dell'interazione tra la persona e l'ambiente, hanno rappresentato il punto di partenza per lo sviluppo delle indicazioni di carattere progettuale.

Le evidenze dei numerosi studi condotti in questa direzione hanno infatti alimentato un settore di ricerca che indaga in particolare quegli ambiti nei quali la componente ambientale può supportare categorie fragili come bambini, anziani, persone con disabilità.

L'approccio più diffuso in ambito sanitario è l'*Evidence-Based Design* (EBD), che si basa sui risultati di tipo empirico e sulla valutazione delle evidenze legate agli *outcomes* di alcune soluzioni progettuali adottate in casi di particolare eccellenza. *The Center for Health Design*⁵ lo definisce «*the process of basing decisions about the built environment on credible research to achieve the best possible outcomes*».

Le linee di indirizzo relative agli adattamenti ragionevoli sono state elaborate con lo scopo di individuare, raccogliere e sintetizzare in un documento di indirizzo quali fattori ambientali contribuiscano a migliorare l'interazione tra la persona con disabilità e il contesto ospedaliero, in tre percorsi specifici:

- il percorso ambulatoriale;
- il percorso di ricovero;
- il percorso di emergenza-urgenza.

I contenuti delle linee di indirizzo sono strutturati sotto forma di checklist operativa, in cinque macro-ambiti spaziali, ciascuno a sua volta suddiviso in sottocategorie: *contesto e layout* (masterplan, layout e configurazione, caratteristiche dimensionali, relazione con l'esterno); *attributi ambientali* (illuminazione, rumore, temperatura, odori, colore, contrasti); *attrezzature e allestimento* (dotazioni e arredi, attrezzature sanitarie, tecnologie e domotica, segnaletica ambientale); *ambience* (carattere istituzionale, distrazioni positive, personalizzazione, stimolazione sensoriale).

Tale strumento di supporto è utile per orientare gli organismi ospedalieri che ospiteranno percorsi PASS nell'individuazione degli interventi di adattamento prioritari e maggiormente efficaci da attuare nell'ambito degli spazi individuati come idonei per questa funzione.

4. Conclusioni

Il '*Global report on health equity for persons with disabilities*' prodotto dalla WHO nel 2022 analizza i fattori che contribuiscono alle disuguaglianze sistemiche nella salute delle persone con disabilità e delinea importanti azioni e raccomandazioni politiche e programmatiche per ridurre tali disuguaglianze.

L'*European Framework for action to achieve the highest attainable standard of health for persons with disabilities 2022–2030*⁷ della WHO prevede che, entro il 2030, le persone con disabilità e le loro esigenze siano

⁵ Movimento nato nel 1993 con lo scopo di promuovere la diffusione del concetto di spazio "terapeutico" per i pazienti e lo staff (<https://www.healthdesign.org/>).

pienamente incluse e considerate in tutti i processi di pianificazione, erogazione e gestione dell'assistenza sanitaria negli Stati membri.

Il programma comprende obiettivi e azioni specifiche, oltre a un quadro dettagliato di monitoraggio e valutazione, per garantire la piena realizzazione del diritto alla salute delle persone con disabilità.

Considerato tutto questo si ritiene necessario adottare un nuovo approccio alle politiche per la salute nei prossimi anni, stabilendo un *core* di azioni tra loro sinergiche che promuovano e sostengano lo sviluppo di un contesto idoneo alle persone con disabilità che utilizzano i servizi sanitari, in modo da favorire l'accesso ad ogni livello di cura e garantire equità in termini di accesso ai servizi sanitari.

Il termine equità viene qui inteso come possibilità di accedere nella stessa misura alle prestazioni sanitarie e come uguale utilizzazione, considerando i diversi fattori che la caratterizzano.

L'obiettivo di questo orientamento è quello di adeguare l'offerta sanitaria in termini di organizzazione delle risposte clinico-assistenziali per migliorare i risultati di salute delle persone con disabilità aumentando la specificità e l'adattabilità del Sistema sanitario alle loro esigenze.

Il modello di intervento dovrebbe prevedere un approccio articolato in:

- azioni per favorire l'equo accesso delle persone con disabilità nei diversi ambiti di erogazione delle cure;
- azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria e secondaria.

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria, il concetto di equità, di per sé alquanto dibattuto, assume un contenuto più definito se interpretato in rapporto alla specifica dimensione del bisogno che consente di superare gli ambiti settoriali delle diverse tipologie di disabilità.

I bisogni speciali delle persone con disabilità configurano infatti di per sé la necessità di prevedere risposte specifiche, sia per assicurare una presa in cura adeguata al momento dell'accesso ai servizi sanitari, sia per intercettare problematiche cliniche che potrebbero altrimenti non emergere tempestivamente.

Possono inoltre talora coesistere disabilità di natura diversa che rendono ancora più complessa l'organizzazione dell'accesso al sistema sanitario se la mappa concettuale su cui poggia la progettazione delle risposte è riferita ad una specifica disabilità in quanto tale che non ci informa, da sola, sui bisogni e, conseguentemente, sulle azioni da intraprendere per offrire risposte specifiche ed efficaci.

Le persone con disabilità presentano bisogni specifici di tipo logistico, organizzativo ed assistenziale che prescindono dalla tipologia stessa di disabilità e che devono essere intercettati e conosciuti al fine di costruire un'offerta di servizi sanitari in grado di dare risposte adeguate alle diverse problematiche di salute alle quali questa fascia di cittadini più vulnerabili può andare incontro.

L'equità deve essere intesa sia in senso verticale (assistenza diversa a popolazioni che hanno bisogni diversi) che in senso orizzontale (eguali livelli di assistenza a popolazioni che hanno eguali bisogni).