



*Ministero della Salute*

*Consiglio Superiore di Sanità*

Sessione LII (2019-2022)

*Presidente: Prof. Franco Locatelli*

*Segretario generale: Dott.ssa Daniela Rodorigo*

## **Sezione I**

*Presidente: Prof. Bruno Dallapiccola*

*Segretario tecnico: Dott. Stefano Moriconi*

# **“Invecchiamento della popolazione e sostenibilità del SSN”**



*Coordinatore: Prof. Mario Barbagallo*

*Co-coordinatore: Prof. Paola Di Giulio*

15 Maggio 2020

## ANZIANI IN CONDIZIONI DI LTC E CRONICITA': EVIDENZE SUL PROBLEMA E PROPOSTE DI POLICY

### INDICE

#### EVIDENZE SUL PROBLEMA

1. <b>Cronicità, Disabilità e Non Autosufficienza: Una relazione complessa</b> .....	3
1.1 Definizione di Long Term Care.....	5
1.2 Le Principali Patologie Responsabili della Disabilità e della Non Autosufficienza.....	5
2. <b>Oggetto, confini e clusterizzazione del tema anziani in condizione di LTC e cronicità</b> .....	7
3. <b>Le evidenze epidemiologica per cluster di condizioni</b> .....	8
4. <b>Servizi e spesa pubblica e privata: quale tasso di copertura garantisce il sistema di welfare pubblico</b> .....	11
4.1 Gli anziani non autosufficienti: definizione del bisogno.....	11
4.2 Le risorse finanziarie per la LTC nel confronto internazionale.....	13
4.3 La capacità produttiva del sistema di offerta.....	15
4.4 Il tasso di copertura del bisogno.....	19
4.5 La filiera inter-istituzionale dei servizi per la LTC: socio-sanitari, sanitari e INPS.....	20
4.6 La copertura del bisogno della filiera pubblica e privata o informale.....	24
5. <b>L'incoerenza tra dettato normativo e programmatorio (LEA) e risorse disponibili</b> .....	27
6. <b>Analisi dei punti di forza e di debolezza del sistema di welfare per anziani in condizioni di LTC e cronicità</b> .....	28
6.1 Punti di forza.....	29
6.2 Punti di debolezza.....	29

#### PROPOSTE DI POLICY

7. <b>Proposte di Policy a Breve Termine</b>	
7.1 Introduzione della Valutazione Multidimensionale (VMD) come sistema cardine per l'accesso alla LTC su basi di equità e di obiettività .....	32
7.2 Potenziamento delle cure domiciliari e della residenzialità assistita .....	35
7.3 Attivazione della figura dell'Infermiere di famiglia.....	36
7.4 Potenziamento dei Centri Diurni per i pazienti con Malattia di Alzheimer .....	37
7.5 Istituzione ed attivazione di un osservatorio epidemiologico per la valutazione dei risultati e delle performance delle misure proposte, del grado di soddisfazione e di risposta alle necessità assistenziali dei portatori delle cronicità individuate negli utilizzatori di servizi o di indennità di accompagnamento.....	38
7.6 Modificare i criteri di assegnazione e utilizzo dell'indennità di accompagnamento (IdA) .....	38
7.7 Attivare una rete di erogatori LTC accreditati per uso voucher IdA.....	38
7.8 Incentivi all'uso delle Tecnologie nell'assistenza e nel monitoraggio dei malati cronici non autosufficienti ed alle persone con compromissione cognitiva.....	39
7.9 Promuovere la formazione e l'immissione in ruolo di un numero adeguato di specialisti geriatri.....	39
7.10 Promuovere la creazione di "Frailty Units" negli ospedali .....	39
7.11 Promuovere la creazione di una piattaforma digitale unica per i servizi socio-sanitari.....	40
7.12 Promozione delle tecnologie (Tecnoassistenza).....	40
8. <b>Proposte di Policy a Medio-Lungo Termine</b>	
8.1. La possibile riforma di sistema: far nascere un silos istituzionale per la LTC? .....	42
8.2 Le innovazioni possibili nella geografia dei servizi e nell'evoluzione dei ruoli Professionali.....	43

#### APPENDICE

9.0 - <b>Il contributo possibile delle tecnologie (Tecno assistenza)</b>	
9.1 Health Technology Assessment (HTA) .....	45
9.2 Applicazioni di monitoraggio in remoto .....	46
9.3 Biorobotica: L'uso della robotica nei sistemi di LTC verso persone anziane.....	49
<b>Bibliografia</b> .....	55
<b>Gruppo di lavoro</b> .....	57

## EVIDENZE SUL PROBLEMA

### 1. Cronicità, Disabilità Non Autonomia e Non Autosufficienza: Una relazione complessa.

L'Italia è un paese che invecchia: secondo i dati ISTAT, al 1° Gennaio 2019 gli over 65enni sono diventati 13.8 milioni, pari al 22.8% della popolazione totale.

L'aspettativa di vita per un cittadino di 65 anni dell'Europa a 27 Paesi è di 17 anni se uomo e di 20.5 anni se donna. Tuttavia, il vantaggio femminile di 3.5 anni si annulla quando si misurano gli anni senza disabilità: un uomo e una donna di 65 anni possono contare di vivere, rispettivamente, 8.7 e 8.9 anni in assenza di limitazioni severe o moderate nelle attività della vita quotidiana.

Una delle sfide più complesse del 21° secolo è rappresentata dall'ottimizzazione, da parte dei sistemi sanitari, delle risorse disponibili, al fine di rispondere alla complessità delle domande di salute indotte dalla continua crescita delle patologie cronico-degenerative. Il mondo della cronicità, in particolare per le fasce più anziane della popolazione, è un'area in progressiva crescita, che comporta un sempre maggiore impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali. Necessita altresì di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro Paese. Serve pertanto un momento di riflessione e di proposte a breve e lungo termine, nel rispetto delle esigenze e dei diritti dei malati.

Le persone anziane con patologie cronico-degenerative, che necessitano di assistenza sanitaria e sociale a lungo termine (Long Term Care - LTC) e di servizi di welfare a loro dedicati costituiscono uno spazio di lavoro per le politiche pubbliche sanitarie e sociali molto ampio, dai confini incerti, con possibili concettualizzazioni alternative, che determinano differenti rappresentazioni dei problemi e relative conseguenze di policy. Si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche; il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle più recenti proiezioni epidemiologiche, secondo cui nel 2020 esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo. Malattie come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, il diabete, l'obesità, la depressione, la demenza, l'ipertensione, colpiscono l'80% delle persone oltre i 65 anni e spesso si verificano contemporaneamente nello stesso individuo, con importanti risvolti funzionali sulla autonomia ed autosufficienza dei malati. I dati indicano come all'avanzare dell'età le malattie croniche diventano la principale causa di morbilità, disabilità e mortalità, e gran parte delle cure e dell'assistenza si concentra negli ultimi anni di vita. La cronicità, infine, è associata al declino di aspetti della vita come l'autonomia, la mobilità, la capacità funzionale e la vita di relazione con conseguente aumento di ospedalizzazioni, uso di risorse (sanitarie, sociali, assistenziali) e mortalità.

Per disabilità si intende la condizione di chi, in seguito a una o più menomazioni, ha una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente sociale rispetto a ciò che è considerata la norma, pertanto è meno autonomo nello svolgere le attività quotidiane e spesso in condizioni di svantaggio nel partecipare alla vita sociale (ICF OMS 2001). In Italia, le stime sulla prevalenza segnalano che essa interessa circa 4 milioni e 360

mila persone, (7.3% sul totale), la maggior parte delle quali ha un'età superiore a 65 anni e vive nelle regioni del Mezzogiorno<sup>1</sup> con una spesa nel 2015, di 27.7 miliardi di euro, il 5.8% del totale della spesa per la protezione sociale, soprattutto sotto forma di pensioni. Non esiste una anagrafe delle persone con disabilità e non si conoscono le persone che hanno ricevuto una certificazione di handicap grave, Legge 104/1992 che vale oltre 3 miliardi di euro.

Non tutte le persone con disabilità sono non autosufficienti, o almeno non totalmente tali. Sebbene non esista una definizione condivisa a livello nazionale del termine non autosufficienza alcuni, basandosi su dati ISTAT autoriferiti dagli stessi intervistati, stimano che nel 2017 le persone che si dichiaravano non autonome nel loro complesso ammontino a circa 2.9 milioni. Occorre comunque grande cautela, trattandosi di un dato auto riferito e quindi presumibilmente influenzato da un pesante effetto di self reporting bias.

È evidente come il bisogno di assistenza socio-sanitaria di questo grande bacino presenti sostanziali differenze per la tipologia di servizi richiesti, l'intensità e il setting di erogazione. Tuttavia appare sempre del tutto corretto identificare *tout court* la cifra di circa 2.9 milioni di persone, identificate dall'ISTAT in condizione di perdita di autonomia (vedi dopo) con la popolazione in necessità di Long Term Care (LTC), senza aver valutato per ogni singolo individuo il reale bisogno assistenziale e le personali risorse economiche, sociali, fisiche e mentali (valutazione multidimensionale VMD vedi dopo). Appare infatti evidente che in assenza di una valutazione dei bisogni, identificare sempre la disabilità con la non autosufficienza può determinare condizioni di inappropriata ed in alcuni casi di vero e proprio arbitrio.

Secondo le indicazioni dell'*International Classification of Functioning Disability and Health-ICF* dell'Organizzazione mondiale della sanità sono definite non autosufficienti le persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale o relazionale. I gradi della non autosufficienza e le corrispondenti misure assistenziali scalate per intensità sono definite in rapporto ai seguenti livelli di disabilità:

1. Incapacità di provvedere autonomamente al governo della casa, all'approvvigionamento e alla predisposizione dei pasti;
2. Incapacità di provvedere autonomamente alla cura di sé, ad alimentarsi e al governo della casa;
3. Incapacità di provvedere autonomamente alle funzioni della vita quotidiana e alle relazioni esterne e presenza di problemi di mobilità e di instabilità clinica.

È evidente che mentre il grado 1 rappresenta un livello di domanda prettamente sociale, il 2 e il 3 implicano necessariamente un intervento misto con una componente sanitaria legata per altro verso alla principale patologia ed alle comorbilità.

### 1.1 Definizione di Long Term Care (LTC)

L'OECD definisce la Long Term Care (LTC) come "ogni forma di cura fornita lungo un periodo di tempo esteso, senza data di termine predefinita", includendo servizi per le persone che necessitano di aiuto sia nelle attività quotidiane di base come mangiare, lavarsi, vestirsi, scendere dal letto (Activities of Daily Living, ADLs) sia in attività quali prepararsi da mangiare, usare il telefono, assicurare l'igiene domestica, fare il bucato, fare la spesa e gestire i soldi (Instrumental Activities of Daily Living, IADLs)

### 1.2 Le Principali Patologie Responsabili della Disabilità e della Non Autosufficienza

La non autosufficienza se da una parte è associata alla disabilità, dall'altra ne condivide le cause cliniche, identificabili in patologie croniche di diversa gravità: Broncopneumopatia cronica ostruttiva, demenze, patologie cardiovascolari, osteo artritiche e diabete solo per citarne le più importanti da un punto di vista epidemiologico. In Figura 1 sono riportati i cambiamenti nel ranking avvenuti in termini di DALYs tra il 1990 ed il 2017.

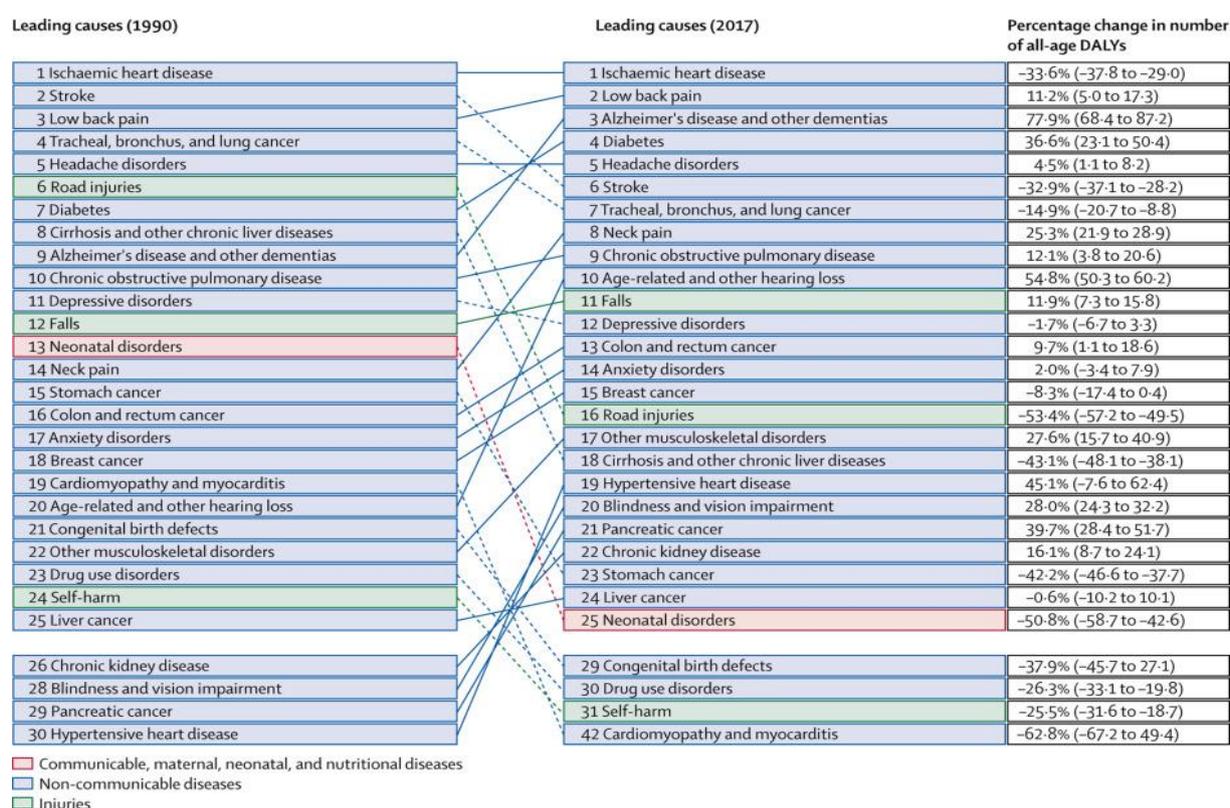


Figura 1 - Cambiamenti nel ranking delle principali patologie tra il 1990 ed il 2017 in termini di DALYs (GBD 2017 Italy Collaborators: Italy's health performance, 1990–2017: findings from the Global Burden of Disease Study 2017. Published: November 20, 2019 DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30189-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30189-6)).

Quando si considerano gli aspetti più strettamente legati alla disabilità ed i relativi cambiamenti nel ranking il quadro mostra quanto sia preoccupante la situazione per patologie come le demenze e la BPCO. In questo caso l'unità utilizzata dagli autori del lavoro pubblicato su Lancet è quella definita come YLD (Years Lived in Disability). I risultati sono riportati nella successiva Tabella 1.

Tabella. 1	Rank of cause of YLDs		YLDs (in thousands)		YLD rate per 100 000 people	
	1990	2017	2017	Percentage change, 1990–2017	2017	Percentage change, 1990–2017
Chronic obstructive pulmonary disease	13 (12 to 19)	11 (10 to 14)	187 (155 to 221)	46.9% (30.1 to 63.7)	308 (256 to 365)	37.7% (21.9 to 53.4)
Alzheimer's disease and other dementias	22 (19 to 22)	12 (12 to 13)	178 (129 to 231)	85.7% (70.5 to 102.9)	294 (213 to 381)	74.1% (59.8 to 90.2)
Oral disorders	10 (10 to 11)	13 (12 to 13)	172 (107 to 261)	-2.3% (-4.5 to 0.0)	285 (176 to 430)	-8.4% (-10.5 to -6.3)
Osteoarthritis	20 (12 to 29)	14 (10 to 20)	148 (75 to 295)	51.8% (45.0 to 58.4)	245 (123 to 487)	42.3% (35.9 to 48.5)
Drug use disorders	12 (13 to 13)	15 (14 to 17)	124 (89 to 162)	-11.0% (-18.6 to -2.1)	205 (147 to 268)	-16.5% (-23.7 to -8.3)
Stroke	15 (16 to 20)	16 (15 to 22)	121 (87 to 154)	5.8% (-3.7 to 15.0)	200 (144 to 254)	-0.8% (-9.7 to 7.8)
Bipolar disorder	16 (14 to 17)	17 (16 to 21)	117 (73 to 173)	2.4% (-4.9 to 10.3)	193 (120 to 285)	-4.0% (-10.8 to 3.3)
Road injuries	14 (15 to 15)	18 (17 to 19)	116 (83 to 157)	-2.6% (-4.5 to -0.6)	192 (137 to 259)	-8.7% (-10.5 to -6.8)
Neonatal disorders	17 (14 to 18)	19 (16 to 20)	115 (83 to 157)	2.3% (-9.8 to 15.7)	190 (137 to 259)	-4.1% (-15.4 to 8.5)
Upper digestive system diseases	18 (16 to 22)	20 (15 to 23)	114 (68 to 180)	12.2% (6.9 to 16.6)	188 (112 to 297)	5.1% (0.2 to 9.3)

Tabella 1. Numero Di Ylds, Tassi Di Yld Per 100.000 Persone Con I Cambiamenti Percentuali Tra Il 1990 Ed Il 2017

Non è tuttavia sufficiente individuare le cause cliniche di disabilità. Occorre definire l'autosufficienza come il bilancio tra disabilità e risorse disponibili, fattore chiave questo deputato alla valutazione funzionale multidimensionale.

## 2. Oggetto, confini e clusterizzazione del tema anziani in condizione di LTC e cronicità

Risulta pertanto importante definire l'oggetto di analisi del presente documento, riguardo a 4 dimensioni rilevanti:

- Le persone target
- La tipologia dei bisogni considerati
- I servizi di welfare correlati
- Le fonti di finanziamento che si considerano parte del sistema di welfare.

Oggetto del presente documento sono le persone anziane (over 65 anni) in condizione di non autosufficienza, per qualsiasi motivo: fisico o cognitivo, per disabilità acquisita o meno. Sono escluse dall'analisi solo le persone anziane la cui unica patologia è di tipo psichiatrico di lungo corso. Non rientrano in questa analisi le persone con disabilità adulte < 65 anni (600.000 persone), anche se molte riflessioni proposte sono replicabili anche per questo tipo di cittadini.

I bisogni considerati sono soprattutto quelli socio-sanitari, ovvero la componente assistenziale e sociale del problema. Non si considerano in questa sede le implicazioni cliniche, di diagnosi e terapia medica.

La condizione di LTC determina la necessità di disporre di servizi in almeno tre ambiti: socio-sanitario e assistenziale, relazionale (uscire dall'isolamento sociale) e sanitario. In questa sede ci concentriamo sul primo aspetto. Vengono anche analizzate le profonde e rilevanti interdipendenze tra sistema socio-sanitario e sanitario, causate dalla mancata sistematicità del primo silos e dalla robusta organicità del secondo.

Vengono considerati tutti i servizi di welfare disponibili ed erogati, a prescindere dalla natura istituzionale dell'erogatore. Vengono pertanto inclusi nell'analisi le misure di protezione sociale garantita dall'INPS per la LTC degli anziani, i programmi degli enti locali e i servizi del SSN e i servizi di assistenza informali acquisiti dalle famiglie (badanti). La mancanza di sistematicità del settore LTC in Italia impone di analizzare la rete delle interdipendenze inter-istituzionali per riuscire ad apprezzare complessivamente il portafoglio di interventi pubblici disponibili. Questo propone la prima complessità metodologica per l'analisi: a fronte dell'unitarietà e dell'intensità dei bisogni dell'anziano le LTC si pone una frammentazione di istituzioni, che non ricompongono i loro dati e le informazioni sul singolo utente.

In questa analisi si considerano tutte le fonti di finanziamento dei meccanismi di riproduzione e protezione sociale della LTC, sia pubbliche sia private, per ricostruire un quadro completo delle risorse in gioco. L'analisi è resa più complessa dal prevalere di trasferimenti di risorse monetarie dirette alle famiglie invece che servizi. Questo rende difficile stimare nitidamente la spesa privata delle famiglie, perché una parte di essa è alimentata da trasferimenti monetari pubblici. Per evitare "doppi conteggi" delle stesse risorse, in questo lavoro, per stimare la rilevante spesa privata delle famiglie viene sempre depurata dei trasferimenti pubblici, già conteggiati a parte. Complementari alle diverse e molteplici fonti di finanziamento, vi sono le rilevanti

risorse informali messe in campo dalle famiglie e dalle reti sociali di vicinato: per queste vengono proposte delle proxy per poter apprezzare il costo sociale della LTC degli anziani in Italia.

In sintesi, oggetto del presente lavoro sono le risorse e i servizi disponibili in Italia per i bisogni socio-sanitari degli anziani in condizione di LTC e le loro correlazioni con i servizi sanitari del SSN.

L'obiettivo del presente documento è

- 1) **stimare la dimensione del problema** (l'epidemiologia della LTC), ricostruire il quadro delle risorse e dei servizi per stimare il tasso di copertura dei bisogni del welfare pubblico in modo da
- 2) **delineare delle proposte di policy**, a breve e medio-lungo termine, capaci di migliorare il rapporto costo-efficacia delle politiche pubbliche attivabili e che possano consentire una migliore risposta sociale e sanitaria ai bisogni della popolazione anziana garantita sulla base delle normative vigenti, nonché dalle disposizioni sui LEA che assicurano il diritto esigibile alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie degli anziani cronici non autosufficienti.

### 3. Le evidenze epidemiologiche per cluster di condizioni

Per clusterizzare la popolazione anziana dal punto di vista delle tipologie e delle intensità dei bisogni è utile correlare diverse dimensioni:

- la presenza di patologie croniche;
- la condizione di non autosufficienza fisica o cognitiva;
- l'età;
- le condizioni economiche;
- le condizioni sociali (solo, in coppia, in famiglia allargata, ecc.)

Le statistiche ufficiali di ISTAT ci permettono di distinguere rispetto la prima dimensione (presenza di patologie croniche) tre possibili condizioni: assenza di patologie croniche, presenza di una sola patologia cronica rilevante o condizione di multimorbilità.

Il paziente cui ci si riferisce è una persona, solitamente anziana, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbilità), le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti sociali (perdita di autonomia, status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure ecc.).

Da un punto di vista clinico, la presenza di multiple patologie richiede l'intervento di diverse figure professionali, con il rischio che i singoli professionisti intervengano in modo frammentario, focalizzando l'intervento più sul trattamento della malattia che sulla gestione del malato nella sua interezza, dando talvolta origine a soluzioni contrastanti, con possibili duplicazioni diagnostiche e terapeutiche che contribuiscono all'aumento esponenziale della spesa sanitaria, oltre che al conseguente talvolta improprio allungamento delle liste di attesa per prestazioni non sempre indispensabili.

L'ISTAT, stima lo stato di non autosufficienza per coorti di età, considerando solo condizioni gravi di non autosufficienza, tali da impedire una vita autonoma, senza supporti esterni. Non esistono dati nazionali stadiati sul bisogno di LTC, quando invece scientificamente si ritiene che esistano metriche robuste per rilevare la funzionalità residua (ad esempio il sistema ICF o il sistema WHODAS 2.0), che rappresenta sicuramente la dimensione più rilevante nelle condizioni di non autosufficienza, anche per poter eventualmente apprezzare l'efficacia dei servizi.

Incrociando le condizioni di cronicità e di non autosufficienza degli anziani in Italia si ottengono le seguenti evidenze sulla prevalenza epidemiologica alla luce delle statistiche dell'ISTAT (Tabella 2).

Classe di età	Individui residenti 1/1/2017	Individui con una malattia cronica o più	Individui con due malattie croniche o più	Numero di anziani non residenti permanentemente e in istituzioni	Numero anziani residenti permanentemente e in istituzioni	Stima totale non autonomi
Over 65	13.528.550	10.801.055	7.737.242	2.621.762	287.328	2.909.090

Tabella 2 - Fonte: elaborazione CERGAS/SDA su dati ISTAT

La stima complessiva degli anziani non autosufficienti è pari a 2.909.090. Tale valore è determinato dalla somma: (i) della percentuale di anziani con limitazioni funzionali che vivono in famiglia moltiplicata per il numero di cittadini anziani che vivono a casa all'1.1.2017 tratto da I.Stat e (ii) del numero di residenti permanentemente in istituzioni, tratto dai dati I.Stat relativi agli ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari. È opportuno specificare che il numero complessivo degli anziani non autosufficienti riportato potrebbe essere una stima per difetto, in quanto l'indagine ISTAT utilizzata consente di cogliere solo in modo parziale le limitazioni funzionali connesse a patologie psichiatriche o a disagio mentale, essendo focalizzata soprattutto sulle limitazioni funzionali fisiche.

Al 2017 circa 10,8 milioni di anziani dichiaravano di avere almeno una patologia cronica, con una prevalenza media della cronicità dell'80%. A 65 anni la prevalenza della condizione di cronicità è già del 74% quindi, all'aumentare dell'età, cresce l'intensità e la numerosità delle patologie, mentre la condizione di cronicità è strutturale e stabile in tutto il percorso oltre i 65 anni.

Diversamente, la condizione di non autosufficienza ha una correlazione molto più forte con l'età: la prevalenza a 65 anni è 8%, a 75 anni è 21%, a 85 anni del 46%. Tutti gli anziani in condizioni di non autosufficienza registrano anche patologie croniche, di norma plurime, in stadio avanzato e con conseguente riduzione delle funzionalità di sistema, organo o apparato.

In sintesi, la presenza di una o più malattie croniche, soprattutto se in stadio lieve-moderato, non è immediatamente correlata con l'espressione di una grave riduzione delle autonomie. Al contrario, una grave riduzione delle autonomie residue è sempre correlata con una condizione di multimorbilità e con l'espressione di bisogni che richiedono interventi di LTC. L'efficacia degli interventi di LTC è correlata al livello di fragilità e alla condizione socio-economica delle persone (WHO, 2017).

La diversa prevalenza delle malattie croniche e delle condizioni di non autosufficienza e i differenti trend di sviluppo nel tempo delle popolazioni, rendono ancora più rilevante analizzare in maniera distinta e specifica i servizi socio-sanitari per la LTC, che agiscono in modo complementare e sinergico a quelli sanitari per la gestione delle condizioni di cronicità. A questo proposito i modelli più recenti di stratificazione e population health-management suggeriscono di utilizzare strumenti di screening rapido – ad esempio della fragilità, piuttosto che della disabilità - per selezionare le popolazioni verso cui indirizzare prevalentemente interventi leggeri di informazione, educazione, e addestramento alle risposte autonome, da quelle più complesse, verso le quali indirizzare strumenti di valutazione e interventi multidimensionali e multiprofessionali.

I dati ISTAT che riguardano la condizione di non autosufficienza nell'anziano mostrerebbero pertanto che al 2017 circa 2.909 milioni di anziani si troverebbero in condizione di perdita di autonomia (perdita IADL con o senza perdita delle ADL), mentre circa l'8% degli anziani (1,1 milioni) sarebbero in condizione di franca disabilità grave con perdita delle IADL e di almeno due delle attività di cura della persona ADL (Tabella 3 e Tabella 4).

GRAVI DIFFICOLTÀ NELLE ADL	Maschi			Femmine			Totale		
	65-74	75 e più	Totale	65-74	75 e più	Totale	65-74	75 e più	Totale
<b>Tipo di attività</b>									
Farsi il bagno o la doccia	2,2	11,7	6,6	3,2	21,8	13,2	2,7	17,8	10,3
Sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia	1,7	8,7	5,0	2,4	14,7	9,0	2,1	12,3	7,3
Vestirsi e spogliarsi	1,7	8,9	5,0	2,0	15,1	9,1	1,9	12,6	7,3
Usare i servizi igienici	1,4	7,8	4,3	1,6	13,7	8,1	1,5	11,4	6,5
Mangiare da soli	1,1	4,1	2,5	1,0	7,3	4,4	1,1	6,0	3,6
<b>Numero di attività</b>									
Una	0,6	3,2	1,8	1,3	6,5	4,1	1,0	5,2	3,1
Due	0,3	1,3	0,8	0,6	2,1	1,4	0,5	1,8	1,1
Tre o più	1,6	8,2	4,7	1,9	14,4	8,7	1,8	12,0	6,9
<b>Gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona (ADL)</b>	<b>2,6</b>	<b>12,8</b>	<b>7,3</b>	<b>3,8</b>	<b>23,0</b>	<b>14,1</b>	<b>3,2</b>	<b>18,9</b>	<b>11,2</b>

Tabella 3. Percentuale di persone di 65 anni e più con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL), per tipo e numero di attività svolte, genere e classi di età. Anno 2015. (Fonte: ISTAT. Anziani: Le Condizioni di Salute in Italia e nell'unione Europea. 2017, available at: [https://www.istat.it/it/files/2017/09/Condizioni\\_Salute\\_anziani\\_anno\\_2015.pdf](https://www.istat.it/it/files/2017/09/Condizioni_Salute_anziani_anno_2015.pdf))

Anno	Popolazione di Riferimento	Fonte	Modalità di calcolo	Stima
2013	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2013	ISTAT (2014) Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione. Anno di riferimento: 2013. Dati Istat Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (2013)	19,8% della popolazione di riferimento + Anziani residenti permanentemente in istituzioni	2.781.157
2014	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2014	ISTAT (2014) Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione. Anno di riferimento: 2013. Dati Istat Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (2014)	19,8% della popolazione di riferimento + Anziani residenti permanentemente in istituzioni	2.809.211
2015	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2015	ISTAT (2014) Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione. Anno di riferimento: 2013. Dati Istat Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (2015)	19,8% della popolazione di riferimento + Anziani residenti permanentemente in istituzioni	2.847.814
2016	Popolazione ≥ 65 anni all'1.1.2017	ISTAT (2014) Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione. Anno di riferimento: 2013. Dati I.Stat Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (2015)	19,8% della popolazione di riferimento + Anziani residenti permanentemente in istituzioni	2.909.090

Tabella 4 Anziani (over 65) con limitazioni funzionali: stima del bisogno potenziale (anni 2013-2016)

#### 4. Servizi e spesa pubblica e privata: tasso di copertura garantito dal sistema di welfare pubblico

Riassumiamo i principali dati che permettono di ricostruire la fotografia del settore, facendo anche riferimento al recente 2° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care CERGAS SDA Bocconi, "Il futuro del settore LTC. Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali" (Fosti, Notarnicola, 2019).

##### 4.1 Gli anziani non autosufficienti: definizione del bisogno

Gli anziani non autosufficienti presentano gravi limitazioni funzionali secondo la definizione di disabilità proposta con la classificazione *International classification of functioning, disability and health* (ICF) o con la suddivisione delle autonomie e delle funzioni di supporto o sostituzione proposte dal sistema INTER-RAI. La perdita grave o completa delle autonomie coincide con la necessità della persona di essere sostenuta o sostituita nelle funzioni primarie della vita quotidiana (Basic ADL o BADL): fare il bagno, utilizzare i servizi igienici, lavarsi, vestirsi, alimentarsi, camminare, gestire i trasferimenti letto-sedia, continenza urinaria e fecale. Secondo il modello INTER-RAI (ADL Hierarchy Scale), per stimare la necessità di assistenza elevata, sono particolarmente rilevanti: la necessità di essere imboccati, la perdita delle capacità di sostenersi sugli arti inferiori per i trasferimenti letto-sedia, la perdita della capacità di camminare e la capacità di cambiare autonomamente posizione nel letto. Queste variabili condizionano la possibilità di successo di un programma di assistenza domestica informale o la necessità di un supporto formalizzato di maggiore intensità

professionale e assistenziale. Nella vita normale possono essere rilevanti anche le limitazioni nelle attività strumentali della vita quotidiana (Instrumental ADL o IADL), come fare la spesa, cucinare, curare l'igiene domestica, fare il bucato, utilizzare i mezzi di trasporto pubblico, gestire i farmaci, utilizzare il telefono o i servizi bancari. Queste limitazioni acquisiscono rilevanza in persone sole o con rete familiare inadeguata e determinano rischi specifici: confinamento, isolamento, ridotta adesione alle terapie, cattiva qualità dell'alimentazione, rischi da cattiva conservazione di alimenti e farmaci, rischio di caduta o morte in solitudine, rischio di spoliatura economica.

La stima della popolazione anziana non autosufficiente è resa impegnativa dalla carenza di strumenti e definizioni condivise. Strumenti diversi possono individuare popolazioni diverse.

La stima degli anziani non autosufficienti presentata in **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**) deriva, per ciascuno dei quattro anni considerati, dalla somma (i) della percentuale di anziani con limitazioni funzionali che vivono in famiglia, individuata da ISTAT, e (ii) del numero di residenti permanentemente in istituzioni, tratto dai dati Istat relativi agli ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

**È da segnalare che il dato ISTAT si riferisce a persone che hanno dichiarato di non essere in grado di svolgere le abituali funzioni della vita quotidiana (escludendo le condizioni di non autosufficienza temporanea).**

Per il 2016 (stima più recente), il numero di anziani non autosufficienti è pari a 2.909.090 individui<sup>1</sup>. È opportuno specificare che il valore riportato potrebbe essere una stima per difetto, in quanto l'indagine ISTAT utilizzata consente di cogliere solo in modo parziale le limitazioni funzionali connesse a patologie psichiatriche o a disagio mentale<sup>2</sup>. Va sottolineata, a questo proposito, la sistematica sottovalutazione della prevalenza di anziani con compromissione cognitiva o demenza.

**La definizione dell'universo della non autosufficienza e dei bisogni socio-sanitari è una materia complessa, tuttavia i dati ISTAT con tutte le possibili limitazioni della rilevazione, appaiono quelli attualmente più affidabili e vicini alla realtà in relazione alla numerosità ed alla rappresentatività statistica.**

In generale, è possibile affermare che i dati sulla prevalenza della limitazione funzionale grave o moderato-severa in età anziana sono esposti al rischio di sottostima del bisogno.

Le proiezioni ISTAT più recenti (Fonte: Elaborazioni OASI CERGAS SDA Bocconi su proiezioni demografiche ISTAT) segnalano che nel 2037 il numero di over65 residenti in Italia saranno 4,5 milioni in più rispetto al 2017, a fronte di un calo complessivo della popolazione di 600.000 residenti, che deriverà da una forte contrazione della popolazione nelle fasce di età più giovani e di quella in età lavorativa. Questa variabile è meglio descritta dall'evoluzione dell'indice di dipendenza strutturale. Nei prossimi 40 anni, nell'area EU-28, si passerà da 4 a 2

---

<sup>1</sup> Rispetto alla precedente edizione del Rapporto, per l'anno 2016 è cambiata la base di calcolo della popolazione over65 di riferimento, in quanto si ritiene che la popolazione residente al 1° gennaio dell'anno successivo a quello oggetto di analisi costituisca un bacino più accurato.

<sup>2</sup> Essendo focalizzata soprattutto sulle limitazioni funzionali fisiche.

persone in età attiva per ogni persona in età non attiva (Eurostat, 2017). L'Italia ha già oggi uno dei tassi di dipendenza più elevati nell'area euro (34,8%), e sarà quindi particolarmente esposta non solo all'aumento in numero assoluto delle classi di età 65+ (e soprattutto 85+, che saranno quelle destinate a crescere più rapidamente), ma anche alla rapida riduzione proporzionale delle persone con età compatibile con un lavoro di aiuto, anche professionale. Il picco massimo di criticità, legato all'ultima fase del baby-boom degli anni '60, si registrerà nel 2080, quando la popolazione 85+ arriverà ad essere la più rappresentata nella struttura per età delle popolazioni europee; solo nei decenni successivi la piramide delle età tornerà verso un più duraturo equilibrio strutturale (Eurostat, 2017). Pertanto in un contesto di stabilità della capacità pubblica di offerta, il bisogno è destinato a crescere in maniera inarrestabile, ponendo quesiti sulla sostenibilità complessiva del sistema.

#### 4.2. Alcuni dati sui costi della cronicità in Italia e risorse finanziarie per la LTC

È stato calcolato che quasi un terzo delle visite generiche e di quelle specialistiche sia erogato alla popolazione con multi-morbilità e, di queste, circa il 30% a persone con patologie croniche gravi.

Nel 2010 la spesa per ricoveri ospedalieri è stata attribuita per il 51% alla fascia di età over 65 (dati SDO Ministero della salute). In tale fascia di età si concentra anche il 60% della spesa farmaceutica territoriale, mentre la spesa pro-capite di un assistito di età >75 anni è 11 volte superiore a quella di una persona appartenente alla fascia d'età 25-34 anni. I costi per i farmaci dell'apparato cardiovascolare, gastrointestinale, respiratorio e del sistema nervoso centrale, costituiscono tutti insieme i 4/5 della spesa complessiva (dati Osmed).

Il numero dei ricoveri ospedalieri negli ultra ottantacinquenni è aumentato negli ultimi anni con ulteriore aumento della spesa per ricoveri ospedalieri in questa fascia di popolazione (Dati Istat 2018, Tabella 5).

#### Dimissioni ospedaliere da reparti per acuti per classi di età e ripartizione geografica Anni 2010- 2016

	2010			2016		
	65+	85+	Totale	65+	85+	Totale
<b>Nord-ovest</b>	1,051,423	167,532	2,551,022	904,941	175,317	2,070,678
<b>Nord-est</b>	775,769	158,439	1,796,204	721,799	169,342	1,549,266
<b>Centro</b>	806,094	144,190	2,030,972	724,941	155,460	1,675,305
<b>Sud</b>	973,049	121,615	2,714,508	789,729	129,031	2,024,761
<b>Isole</b>	438,993	58,478	1,235,302	342,248	61,704	844,320
<b>ITALIA</b>	<b>4,045,328</b>	<b>650,254</b>	<b>10,328,008</b>	<b>3,483,658</b>	<b>690,854</b>	<b>8,164,330</b>

Tabella 5 Dimissioni ospedaliere da reparti per acuti per classi di età, e ripartizione geografica - Anni 2010, 2016 Fonte: ISTAT 2018

Tuttavia nel confronto con gli altri paesi europei e limitandoci alla sola spesa pubblica l'Italia spende meno dei competitors europei (558 euro per abitante per la LTC, contro gli 841 dei Francesi e i 963 di UK, pur avendo una delle popolazioni con maggiore incidenza di anziani e quindi di LTC in Europa - Tabella 6).

SDA Bocconi

## La spesa per la non autosufficienza in quattro Paesi Europei.

Spesa per la non autosufficienza, euro pro capite				
Spesa degli enti locali	€ 150	€ 277	€ 56	€ 367
Spesa sanitaria	€ 368	€ 16	€ 191	€ 370
Spesa per sicurezza sociale (benefici per invalidità, programmi di assicurazione per la Long Term Care, assegni per disabilità e invalidità)	€ 323	€ 619	€ 311	€ 226
<b>Spesa pubblica complessiva</b>	<b>€ 841</b>	<b>€ 912</b>	<b>€ 558</b>	<b>€ 963</b>
Spesa out-of-pocket stimata (*)	€ 356	€ 81	€ 40	€ 208
<b>Spesa pubblica complessiva + out-of-pocket</b>	<b>€ 1.197</b>	<b>€ 993</b>	<b>€ 598</b>	<b>€ 1.171</b>

(\*) **Stime Cergas basate su:** "Fondazione Censis- Long Term Care e Assistenza Integrativa – 2008" (Italia); "King's Fund Report on LTC 2011" (Inghilterra); "Joel et alii 2010", "Ministry of the Economy and Finance, INVALIDITE ET DISPOSITIFS GERES PAR LA CNSA, 2013", (Francia); "Schulz, 2010" (Germania).

**FONTE:** elaborazione Cergas di "Bilancio sociale INPS – 2010", "Istat – 2009", "Ministero del Lavoro e Politiche sociali – 2009", "Bilancio INAIL – 2010", "Rapporto Coesione Sociale Istat – 2010", "Fondazione Censis – Long Term Care e Assistenza Integrativa – 2008" (Italia); "UK Local Authorities Accounts at UK National Statistics 2011", "House of Commons 2011", "King's Fund Report on LTC 2011", "Dilnot Commission Report 2011" (Inghilterra); "Ministry of the Economy and Finance ,INVALIDITE ET DISPOSITIFS GERES PAR LA CNSA, 2013", "La Protection sociale en France et en Europe 2010, Insee" (Francia); "Sozialbudget 2011, Destatis", "Federal Ministry of Health, Selected facts and figures about Long term care, 2012" (Germania)

Tabella 6

Complessivamente, considerando la spesa sanitaria e quella socio-assistenziale, la spesa per la LTC in Italia ammonta a 31,6 Mld, una cifra considerevole, che è però frammentata in diversi silos istituzionali, come illustra grafico seguente (Tabella 7).

	Spesa 2017, in milioni di euro	In % PIL 2017
Spesa per Indennità di Accompagnamento e altre indennità INPS	15.400	0,9%
Spesa sanitaria relativa alla non autosufficienza <sup>3</sup>	12.014	0,7%
Spesa per altre prestazioni socioassistenziali (include spesa sociale dei Comuni, fondi regionali)	4.119	0,24%
<b>Totale</b>	<b>31.580</b>	<b>1,84%</b>

Tabella 7 - Spesa per la LTC in Italia: le risorse finanziarie anno 2017

<sup>3</sup> (comprende l'insieme delle prestazioni sanitarie erogate a persone non autosufficienti che, per senescenza, malattia cronica o limitazione mentale, necessitano di assistenza continuativa) Fonte: "LE TENDENZE DI MEDIO-LUNGO PERIODO DEL SISTEMA PENSIONISTICO E SOCIO-SANITARIO. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2019", MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO, anno 2019

Emerge nitidamente come il più grande finanziatore del sistema di LTC sia l'INPS, ovvero una grande istituzione centrale, il cui focus prevalente è il trasferimento di moneta alle famiglie e non l'erogazione di servizi: infatti poco o nulla si conosce dell'impatto dei trasferimenti finanziari dell'INPS per la LTC in termini di servizi generati e di impatto sulle condizioni dell'anziano.

### **Di chi dobbiamo urgentemente prenderci cura?**

Secondo i dati ISTAT, le persone assistite nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari sono 382,684. Circa 288 mila sono anziani con almeno 65 anni di età (il 75% degli ospiti complessivi). Persino in questo contesto i non autosufficienti, con una valutazione multidimensionale adeguata, non sono la totalità; infatti tra gli ospiti anziani solo 218 mila versano in questa condizione. (ISTAT. *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. 31 dicembre 2015.* [https://www.istat.it/it/files//2018/05/presidi-residenziali\\_2015.pdf](https://www.istat.it/it/files//2018/05/presidi-residenziali_2015.pdf).)

Sembrerebbe quindi che circa 70,000 anziani su 288,000 (24.31%) che vivono nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari risulterebbero autosufficienti. Il dato rappresenta un chiaro monito ed invito alla cautela nella definizione dei bisogni assistenziali: si rintraccia qui un uso inappropriato o almeno non completamente aderente a necessità che sono probabilmente di carattere sociale ed economico (solitudine, housing carente, povertà).

### **4.3 La capacità produttiva del sistema di offerta**

Il sistema di offerta della cronicità e della LTC si basa, sulle strutture residenziali e semiresidenziali, **sull'assistenza domiciliare e sull'assistenza medica specialistica per le singole patologie.**

È da segnalare la carenza di assistenza domiciliare e residenziale di questi **malati instabili e problematici**, oltre a causare un sovraccarico di richieste al SSN, è alla base della mancata prevenzione di un elevato numero di riacutizzazioni delle patologie croniche con conseguente eccesso di re-ospedalizzazioni ripetute con spreco di risorse, gravando quindi **sull'assistenza sanitaria ospedaliera**

In Italia l'offerta di servizi domiciliari è eterogenea e frammentata. I due capitoli più rilevanti sono quelli dell'Assistenza domiciliare integrata (ADI), garantita da finanziamenti del SSN e di afferenza socio-sanitaria, e l'assistenza domiciliare erogata dai Comuni, a prevalente impostazione sociale (aiuto domestico, servizi alla persona) e garantita con fondi degli enti locali. L'erogazione del SAD è funzione dei livelli di reddito della persona, secondo i locali regolamenti ISEE. I due sistemi raramente operano in modo integrato, anche per i diversi criteri di inclusione: per bisogno di prestazioni sanitarie l'ADI, per reddito il SAD.

La Tabella 8 riporta il quadro a livello nazionale della capacità produttiva complessiva della rete di offerta rivolta agli anziani non autosufficienti comprendendo le dotazioni di posti disponibili in strutture residenziali e semiresidenziali. Si distinguono i servizi sociosanitari (in cui la componente sanitaria è pagata dal SSN e la

componente alberghiera è pagata dalle famiglie -sostituite dagli enti locali in caso di incapacienza) da quelli sociali, pagati dalle famiglie o dagli enti locali in caso di incapacienza degli ospiti.

<b>CAPACITA' PRODUTTIVA COMPLESSIVA DEL SISTEMA PER SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI</b>		
<b>Anno</b>	<b>Servizi di afferenza socio-sanitaria</b>	<b>Servizi di afferenza Sociale</b>
<b>2013</b>	233.317	21.004
<b>2014</b>	283.992	22.257
<b>2015</b>	284.947	16.746
<b>2016</b>	285.686	16.746

*Tabella 8 - La capacità produttiva del sistema pubblico residenziale e semiresidenziale, 2013-2016. Fonte: Ministero della Salute (2015, 2016, 2019) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale; Dati I.Stat riferiti agli anni 2013-2015, Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.*

Le ore di ADI dedicate in media a ciascun assistito anziano nel corso di un anno (2016) sono state 16 (con ampia variabilità regionale), aprendo il campo a riflessioni sulla limitata intensità assistenziale del servizio (Tabella 9). L'ADI si configura pertanto di norma come un servizio prestazionale, mono-professionale (infermieristico), di breve durata (mesi) e di bassa intensità. Risponde quindi a bisogni limitati, di solito collegati alla transizione da un setting assistenziale all'altro (prevalentemente in uscita dall'ospedale) ma senza avere le caratteristiche necessarie per garantire efficacia a obiettivi di lunga durata. È variabilmente organizzata nelle regioni e anche nei distretti di una stessa ASL, non sempre coordinato dal medico di medicina generale (MMG). È difficile immaginare che nelle condizioni attuali possa configurarsi come un processo stabile e sufficientemente intenso di presa in carico socio-sanitario del paziente e dei suoi bisogni. La promozione e diffusione dei migliori modelli locali potrebbe però renderla il fulcro della cura nella LTC.

Regione	Totale casi over65 trattati	Casi ogni 100 over65	Casi ogni 100 over65 non autosufficienti	Media ore accesso per caso 65+	Totale ore erogate a over65
Abruzzo	17.571	5,71	29,74	26	456.858
Basilicata	5.630	4,43	22,49	38	213.955
Bolzano/Bozen	632	0,62	4,19	n.d.	Nd
Calabria	9.994	2,43	10,66	21	209.880
Campania	41.000	3,86	15,31	27	1.106.995
Emilia – Romagna	114.127	10,80	60,34	15	1.711.907
Friuli - Venezia Giulia	18.567	5,92	34,05	14	259.937
Lazio	51.958	4,16	21,44	21	1.091.128
Liguria	15.657	3,53	23,52	24	375.771
Lombardia	136.712	6,15	39,18	12	1.640.541
Marche	10.703	2,86	14,91	28	299.671
Molise	6.504	8,74	42,44	19	123.575
Piemonte	45.240	4,11	27,98	10	452.401
Puglia	30.728	3,54	13,17	29	891.126
Sardegna	11.830	3,16	12,43	48	567.853
Sicilia	48.011	4,62	18,11	28	1.344.299
Toscana	104.575	11,13	63,23	7	732.023
Trento	4.101	3,55	22,50	19	77.913
Umbria	8.090	3,63	17,05	23	186.067
Valle d'Aosta	179	0,61	4,22	26	4.651
Veneto	97.237	8,87	47,43	5	486.184
ITALIA	779.226	5,76	29,09	16	12.467.620

Tabella 9. Assistenza domiciliare integrata per anziani over65, dettaglio regionale. Anno 2016

Fonti: Ministero della Salute (2019) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*.

Pertanto, attualmente, solo il 3% dei soggetti over 65 anni può ricorrere all'assistenza domiciliare integrata, pari a circa 400,000 persone, alle quali si aggiunge l'1,2% seguito dai servizi di assistenza domiciliare sociale a gestione comunale per un totale di circa 565.000 (assumendo che i soggetti che ricevono le due forme di assistenza siano sempre diversi e non ci siano cumuli sulla stessa persona delle due modalità). In aggiunta, l'assistenza domiciliare integrata è offerta in maniera profondamente discontinua, mediamente solo per l'irrisoria cifra di 21 ore l'anno! Per quanto riguarda l'intensità dell'assistenza sociale domiciliare da parte dei comuni non sono disponibili dati, ma solo la spesa sostenuta dai comuni (Figura 2).

Oltre alla limitata intensità media del servizio, si osserva la grande variabilità dello standard assistenziale (da un minimo di 5 ore paziente in Veneto a un massimo di 48 ore in Sardegna) e le differenze sulla percentuale di anziani non autosufficienti trattati (minimo a Bolzano e Val d'Aosta 4%, massimo Toscana ed Emilia-Romagna oltre il 60%), condizionate dai diversi criteri di valutazione del bisogno, di inclusione e esclusione delle popolazioni.

Va sottolineato come gran parte delle risposte garantite dal sistema socio-sanitario e sociale formalizzato, siano concentrate su una proporzione limitata degli anziani in età più avanzata, più fragili, con multimorbilità e con gravi compromissioni delle autonomie.

Le risposte alla grande numerosità di anziani in condizioni comunque compromesse ma meno gravi, appare affidata in misura sostanziale alla tenuta dei sistemi familiari e alle risposte dei normali sistemi sanitari. Quest'area intermedia di ridotta copertura, **contribuisce all'utilizzo improprio delle risposte del SSN, in assenza di un coordinamento socio-sanitario dei bisogni dei pazienti e delle risposte familiari idoneo a favorire l'utilizzo appropriato delle risorse.** In questi scenari è elevato il rischio sia di overtreatment che di undertreatment. Il primo sembra più attuale nelle popolazioni con **fragilità elevata e con multimorbilità che allungano le liste di attesa per procedure diagnostiche e visite specialistiche per ciascuna delle singole patologie.**

Il secondo (undertreatment), è collegato alla tendenza alla sottostima di alcune diagnosi o condizioni (ad esempio, compromissione cognitiva e demenza, disturbi della deglutizione, fragilità, disabilità), che riduce la capacità del sistema di prevenire rischi specifici o eccessi di disabilità o di fornire alle famiglie le informazioni e il supporto necessario per una presa in carico efficace e proporzionata. A causa di ciò la normale erogazione del SSN potrebbe essere in futuro saturata da sottogruppi di anziani in LTC verso i quali potrebbero invece essere più efficaci interventi leggeri—educazione all'autogestione, supervisione, monitoraggio e supporto sociale – economicamente più sostenibili e più appropriati.

Regioni	2005	2008	2011	2012	Δ 2005-2012	Δ 2011-2012	Ore ADI annuali per utente 65+ (2012)
Piemonte	1,8	1,9	2,0	2,1	0,3	0,1	15
Valle d'Aosta	0,1	0,4	0,4	0,4	0,3	=	37
Liguria	3,2	3,3	3,8	3,5	0,3	-0,3	28
Lombardia	3,3	4,0	4,1	3,9	0,6	-0,2	18
Trentino-Alto Adige	0,6	0,5	2,1	2,0	1,4	-0,1	n.d.
P.A. Bolzano	0,3	n.d.	0,4	0,4	0,1	=	n.d.
P.A. Trento	0,8	1,0	3,6	3,5	2,7	-0,1	13
Veneto	5,0	6,0	5,4	5,5	0,5	0,1	10
Friuli-Venezia Giulia	8,0	7,4	6,0	6,2	-1,8	0,2	6
Emilia-Romagna	5,4	6,1	10,6	11,8	6,4	1,2	18
Toscana	2,1	2,0	2,4	2,0	-0,1	-0,4	22
Umbria	4,2	5,1	7,3	7,9	3,7	0,6	22
Marche	3,4	4,1	3,4	3,0	-0,4	-0,4	25
Lazio	3,3	3,6	4,9	4,1	0,8	-0,8	21
Abruzzo	1,8	4,3	4,7	4,9	3,1	0,2	34
Molise	6,1	2,2	3,5	3,9	-2,2	0,4	81
Campania	1,4	1,8	2,4	2,8	1,4	0,4	29
Puglia	2,0	1,9	2,0	2,2	0,2	0,2	37
Basilicata	3,9	4,0	5,9	5,4	1,5	-0,5	43
Calabria	1,6	2,6	2,9	3,1	1,5	0,2	20
Sicilia	0,8	1,0	2,1	3,6	2,8	1,5	30
Sardegna	1,1	2,0	3,8	4,6	3,5	0,8	36
<b>ITALIA</b>	<b>2,9</b>	<b>3,4</b>	<b>4,1</b>	<b>4,3</b>	<b>1,4</b>	<b>0,2</b>	<b>21</b>

Fonte: ns. elaborazioni su dati ISTAT (2015b) e Ministero della salute (2015).

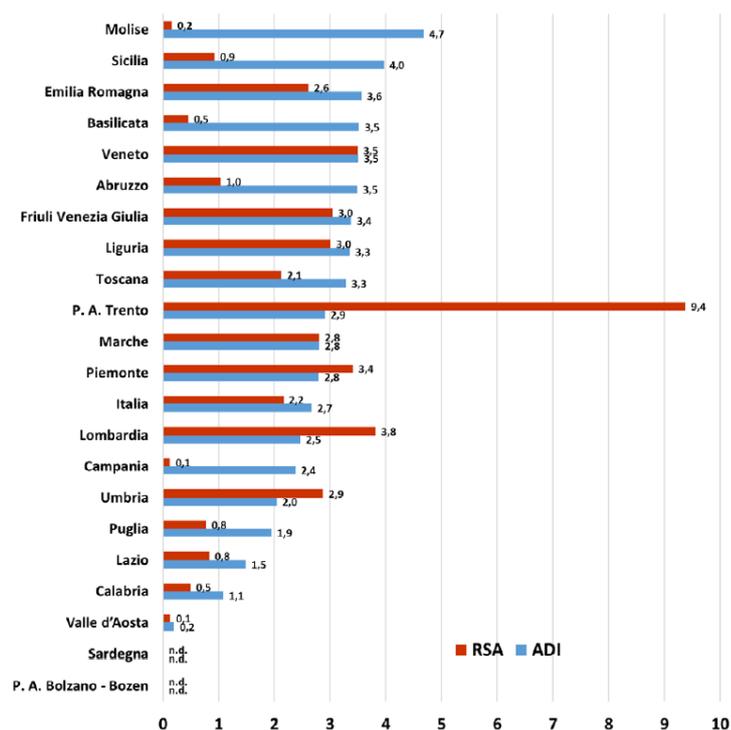
Figura 2. Copertura dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) per utenti anziani (65+ anni) (% su popolazione 65+) (anni 2005-2012) e intensità per utente anziano (media ore annuali per utente 65+). (Fonte: V Rapporto IRCCS-INRCA per il Network Nazionale per l'invecchiamento. 6° Rapporto – 2017-2018, il tempo delle risposte; Maggioli Editore-Elaborazioni su dati ISTAT (2015b) e Ministero della Salute (2015).

#### 4.4 Il tasso di copertura del bisogno

Sono pertanto presumibilmente circa 950.000 gli anziani assistiti dalla LTC in Italia, su un totale di 13.8 milioni (6,8%). Purtroppo, il dato è puramente teorico e forse il **primo prioritario obiettivo** potrebbe essere quello di assicurare una adeguata LTC a detta popolazione. Essa di fatto non riceve assistenza domiciliare in forma continuativa ed adeguata, né, in gran parte dei casi, la cifra realmente necessaria per coprire le spese associate all'impiego di badanti (Non è stato infatti possibile incrociare il dato del percettore di assegno di accompagnamento con quello del recettore di servizi alla persona, a meno che non si trovi in RSA, situazione che contempla il ritiro dell'assegno di accompagnamento nel caso sia stato erogato in precedenza).

Anche le soluzioni residenziali sono affette da grandi problemi di accesso e di continuità assistenziale. I dati aggiornati al 2018 in figura 3 mostrano le percentuali di Anziani (65+ anni) assistiti in ADI o in RSA che in media sono in Italia il 2.7% per l'ADI ed il 2.2% per le RSA (% su popolazione 65+) con significative differenze tra le regioni (Fonte Ministero della Salute anno 2018).

### Percentuale anziani (65+) in ADI e RSA (2018)



Fonte: Ministero della Salute 2018

Figura 3. Percentuale di Anziani (65+ anni) assistiti in ADI o in RSA (% su popolazione 65+) (Fonte Ministero della Salute anno 2018)

In Tabella 10, presentiamo una stima del tasso di copertura del fabbisogno per gli anziani non autosufficienti, ottenuto come rapporto tra il numero di utenti in carico ai servizi considerati e la stima del fabbisogno potenziale. Il tasso di copertura è stato distinto fra servizi sociosanitari e servizi sociali. Il tasso di copertura dei

bisogni con servizi pubblici reali specificatamente socio-sanitari dedicati alla LTC è quindi estremamente modesto, riassumibile rispettivamente in un 10% garantito da strutture residenziali socio-sanitarie e da un ulteriore 10% garantito da centri diurni sociali.

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico al servizio in oggetto	Tasso di copertura servizi sociosanitari	Tasso di copertura servizi sociali
2.909.090	Residenziale	287.328	9,39%	0,49%
	Semiresidenziale	294.063	0,82%	9,28%
2.909.090	Totale	1.492.493	10,21%	9,77%

Tabella 10 Tassi di copertura del bisogno dei servizi residenziali, semiresidenziali per anziani non autosufficienti (anno 2016).

#### 4.5 La filiera inter-istituzionale dei servizi per la LTC: socio-sanitari, sanitari e INPS

La figura 4 rappresenta le diverse componenti della filiera LTC, proponendola come una sequenza di setting a intensità assistenziale crescente, dove l'ospedale per acuti rappresenta quello a intensità assistenziale più alta e il domicilio con la famiglia o la badante quello più basso. Va sottolineato come la struttura piramidale proposta, rappresenta un modello teorico verso cui tendere, secondo una logica di population health management. Nella realtà, sono oggi frequenti ampie sovrapposizioni fra i livelli, condizionate dalla ridotta consistenza delle reti territoriali, dalla tendenza delle famiglie allo shopping-around, dall'erogazione reattiva e non governata dei servizi sanitari e dagli scarsi collegamenti fra cure primarie e cure specialistiche. In particolare, l'utilizzo delle degenze sanitarie (costose e inappropriate nella gran parte delle situazioni con bisogno di LTC) è elevato e ricorrente, soprattutto in prossimità dell'ultimo anno di vita.

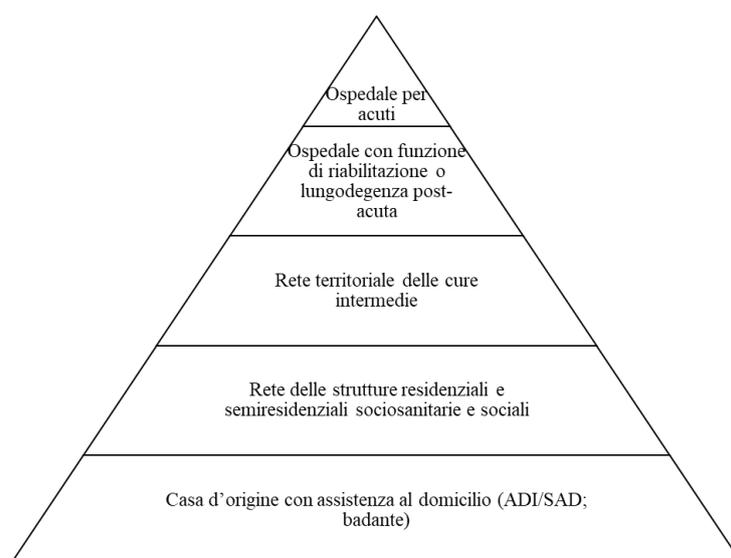


Figura 4 Filiera inter-istituzionale della LTC

Per correggere questa situazione, l'insieme di questi *setting* di servizi dovrebbe rappresentare una mappa dei servizi inter-istituzionali a disposizione delle famiglie e degli anziani, i cui nodi dovrebbero attivarsi

in modo differenziato all'evolversi dei bisogni e alternandosi nel tempo secondo criteri formali di inclusione. Le diverse Regioni differiscono profondamente nella ricchezza complessiva di questa filiera e nella composizione del mix, al punto che non si individua un sistema della LTC in alcuna di esse, ma un arcipelago casuale, in cui le famiglie si collocano in funzione delle loro competenze, delle loro risorse e della loro capacità di interazione con le istituzioni determinando un quadro di grande indeterminatezza sul ruolo dei diversi servizi e di iniquità all'accesso. In questo scenario disordinato la letteratura (Gori e Rusmini, 2015) è concorde nell'individuare due fenomeni che insieme consentono la tenuta del sistema: da un lato l'auto-organizzazione delle famiglie e il ricorso a servizi di "badantato"; dall'altro il ricorso a servizi sanitari (per acuti e cure intermedie) per tamponare situazioni di emergenza o di temporanea gravità assistenziale che oltrepassano le capacità di gestione autonoma delle famiglie, e che determina fenomeni di ricovero ripetuto inappropriato o di utilizzo improprio delle degenze riabilitative o di lungodegenza sanitaria.

Per questi motivi si è tentato di ricostruire l'insieme dei servizi inter-istituzionali fruiti dagli anziani non autosufficienti con l'obiettivo di comprendere cosa accade nelle diverse Regioni.

#### Metodo di lavoro e dati analizzati

Per questa parte di analisi sono stati considerati dati riferiti ai cittadini over 75 (autosufficienti e non), in quanto rappresentano la porzione della popolazione anziana più esposta al rischio di non autosufficienza.

Complessivamente i dati analizzati riguardano:

- i **ricoveri ospedalieri in reparti medici e non chirurgici**, distinguendo per ricoveri per acuti, lungodegenza e riabilitazione degli over 75enni, includendo i soli ricoveri ordinari e in reparti medici al fine di eliminare tutti i ricoveri chirurgici riconducibili ad episodi acuti di tipo sanitario (Dati SDO del Ministero della Salute. Fonte: Capitolo 5 Rapporto OASI 2019);
- i volumi di attività della **riabilitazione extra – ospedaliera** (la cosiddetta "ex articolo 26"), sia di tipo residenziale che diurna (Annuario Statistico del SSN, 2019 – anno di riferimento 2016);
- la **dotazione delle RSA**. In mancanza di dati sui volumi erogati, sono stati considerati i posti letto (Annuario Statistico del SSN, 2019 – anno di riferimento 2016) considerando che il tasso di occupazione è molto vicino all'unità e il tasso di saturazione al 100% (Fosti, Longo et al. 2013);

Per includere la dimensione della cura informale è stata considerata una stima del numero delle **badanti** presenti nelle diverse Regioni italiane. La stima è stata elaborata riprendendo il metodo già utilizzato da Pasquinelli e Rusmini (2013) e per coerenza metodologica è riferita all'anno 2016. (Il metodo di stima prevede di partire dal dato INPS sulle badanti regolarmente presenti nelle diverse regioni italiane derivando da questo la stima delle badanti irregolari, secondo la proporzione per cui il rapporto tra badanti regolarizzate e irregolari si assesta intorno al 40:60 (fatte 100 le badanti totali, 40 sono regolari e 60 sono irregolari). Conoscendo quindi il numero delle badanti regolari, e stimando che queste siano il 40% del totale, è possibile ricavare indirettamente il numero complessivo delle badanti presenti in Italia (regolari + irregolari).

È stata considerata poi l'**Indennità di Accompagnamento (IdA)** erogata da INPS, considerando il numero di beneficiari over65 per l'anno 2015 (L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, VI Rapporto sulla Non Autosufficienza, Maggioli Editore, Bologna). Non è stato possibile isolare la quota di IdA erogata a over75.

Il grafico (Figura 5) mostra il diverso mix di servizi di ogni regione, considerando convenzionalmente pari a 100 l'erogato di ogni regione.

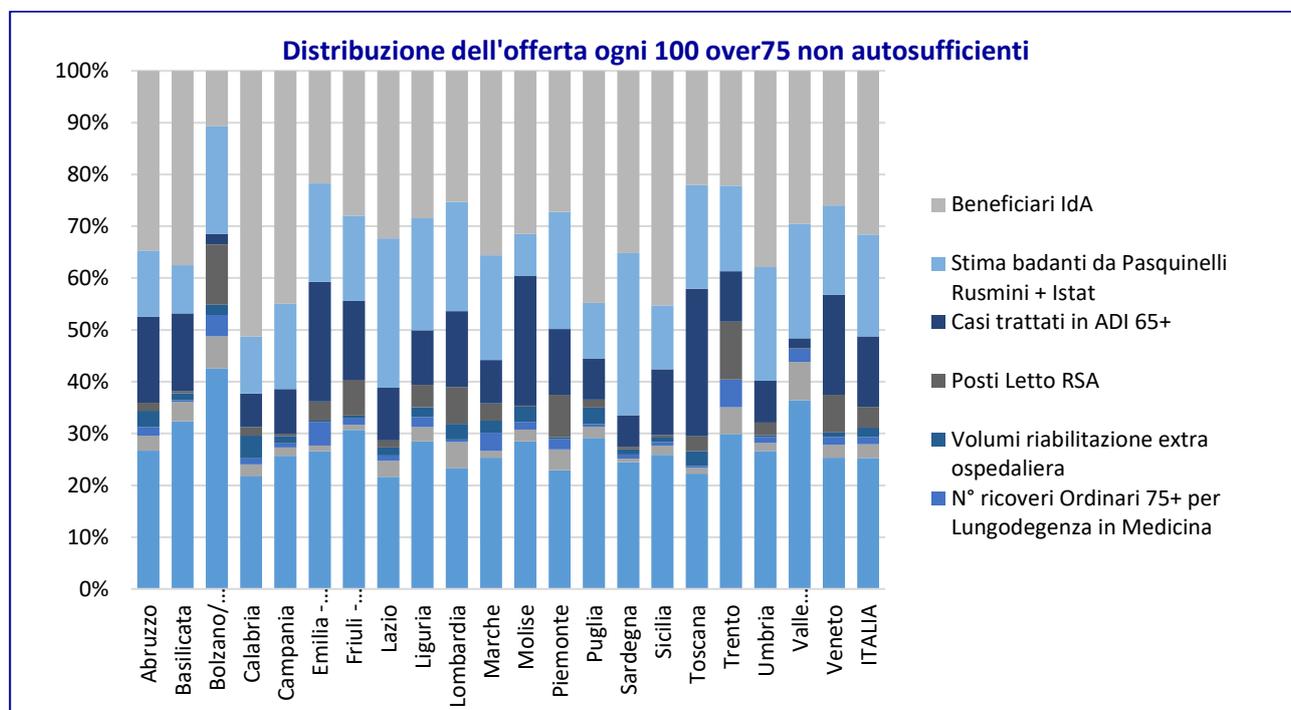


Figura 5 Mix di servizi di LTC ogni 100 abitanti over 75 non autosufficienti, dati 2016.

\*

In media nazionale le componenti della filiera preponderanti risultano essere l'Indennità di Accompagnamento (IdA), che rappresenta in media il 32% dell'offerta complessiva per gli over75, e i ricoveri ordinari, che assorbono in media un altro 30% di offerta. Nel caso dell'IdA sussistono notevoli variabilità: nella Provincia di Bolzano costituisce il 10,72% dell'offerta, in Calabria il 51,27%.

Raggruppando i servizi in due tipologie (i), la rete di servizi sanitari e sociosanitari formali pubblici (ricoveri + RSA + "ex art. 26") e (ii) l'assistenza informale - IdA e badantato-, si osservano forti variabilità tra regioni:

- Regioni (*Calabria, Campania, Lazio, Marche, Umbria, Puglia, Sardegna e Sicilia*) con una quota d'assistenza informale maggiore del 55% e in alcuni casi supera il 66% della filiera, trainati dalla prevalenza di IdA.
- Un secondo gruppo di Regioni, all'opposto, raggiunge una quota superiore al 55% tramite offerta di servizi pubblici formalizzati: *Emilia-Romagna, Friuli - Venezia Giulia, Molise, Toscana, Trento, Veneto*.
- Le *altre Regioni* presentano una articolazione interna molto frammentata e variegata: è difficile ricostruire *pattern* o cluster tra Regioni, ognuna presenta un mix peculiare.

Dopo aver analizzato il mix dei servizi in ogni regione, guardiamo alla ricchezza dell'offerta di servizi per la LTC ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti.

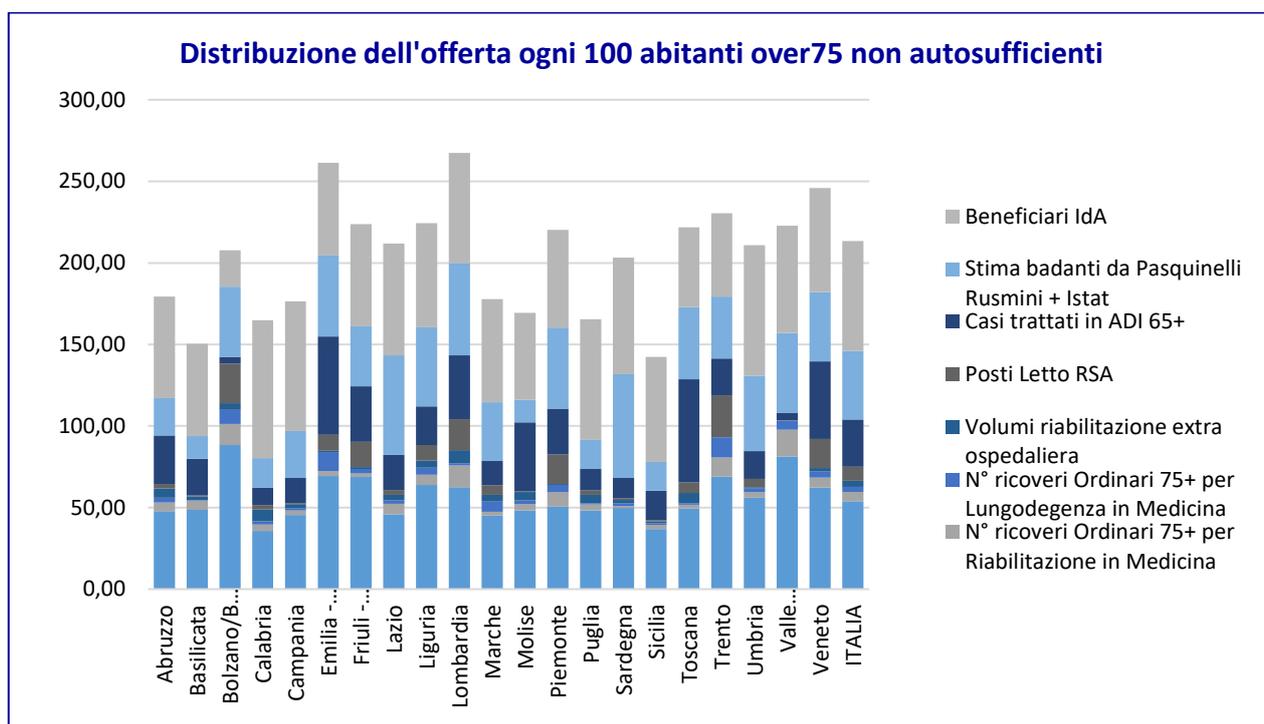


Figura 6 Presa in carico della non autosufficienza nelle Regioni italiane: dotazione dell'offerta ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti (dati 2016)

Emergono in modo nitido numerose differenze regionali. Il numero di IdA non presenta forte eterogeneità nelle diverse Regioni, mentre grande variabilità appare se si considerano tutte le altre dimensioni. Provincia di Bolzano e Valle d'Aosta presentano tassi di ricovero ordinario in medicina superiori al 100 ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti; Campania, Calabria e Sicilia registrano un valore inferiore al 50 ogni 100 abitanti over75. La composizione della rete socio-sanitaria è allo stesso modo molto variabile: in alcune Regioni raggiunge meno di 25 over75 non autosufficienti ogni 100 (Valle d'Aosta, Sardegna, Campania, Umbria, Calabria, Lazio, Puglia, Sicilia, Marche); in altre più di 50 (Toscana; Emilia-Romagna; Lombardia; Veneto e Friuli-Venezia Giulia). L'offerta di RSA è polarizzata: le Regioni del Centro-Sud hanno in media meno di 5 posti letto in RSA ogni 100 over 75 NA, nel Nord Italia si può arrivare a 25 posti ogni 100 over 75 NA (Figura 6).

In tutte le Regioni il grafico mostra barre superiori a 100, poiché gli anziani fruiscono contemporaneamente di più setting assistenziali durante un anno, ad esempio IdA contemporaneamente a servizi assistenziali, oppure ricovero ospedaliero e anche un qualche servizio socio-sanitario.

#### 4.6 La copertura del bisogno della filiera pubblica e privata o informale

È possibile stimare il tasso di copertura del bisogno riferito ai cittadini over75 non autosufficienti residenti. In questo caso consideriamo solo due tipologie di offerta: la dotazione di RSA e le badanti. Queste due modalità assistenziali sono state isolate perché rappresentano le due alternative di risposta assistenziale di lungo periodo, stabili e in grado di garantire la necessaria presa in carico socio-sanitaria, essendo le uniche due, di fatto, costruite esclusivamente e direttamente per le condizioni di NA. È stata esclusa l'IdA, considerandola una fonte di finanziamento parziale per le badanti, per evitare doppi conteggi. Sono stati esclusi dall'analisi gli interventi di ADI e SAD in virtù della loro mediamente bassa intensità assistenziale. Il vantaggio di considerare queste due tipologie in modo isolato deriva dal fatto che si tratta di due modalità assistenziali completamente alternative, non sovrapponibili: questo permette di sommare i due tassi di copertura per poter comprendere il tasso complessivo regionale.

Per la popolazione non autosufficiente over75:	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi pubblici (RSA)	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi informali (badanti)	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi pubblici + informali
Molise	0,26%	13,98%	13,98%
Basilicata	0,65%	14,63%	14,63%
Sicilia	0,69%	18,23%	18,23%
Puglia	2,57%	20,32%	20,32%
Calabria	2,78%	20,90%	20,90%
Abruzzo	2,73%	25,77%	25,77%
Campania	0,73%	29,65%	29,65%
Marche	5,89%	41,80%	41,80%
Valle d'Aosta	0,25%	49,53%	49,53%
Toscana	6,28%	50,68%	50,68%
Umbria	5,12%	51,31%	51,31%
Friuli - Venezia Giulia	15,36%	52,24%	52,24%
Liguria	9,73%	58,36%	58,36%
Emilia - Romagna	9,61%	59,32%	59,32%
Veneto	17,88%	60,42%	60,42%
Trento	25,66%	63,62%	63,62%
Lazio	2,85%	63,93%	63,93%
Sardegna	1,03%	64,63%	64,63%
Bolzano/Bozen	24,21%	67,28%	67,28%
Piemonte	18,15%	67,95%	67,95%
Lombardia	18,97%	75,38%	75,38%

Tabella 11 Tassi di copertura del bisogno tramite lungo assistenza pubblica o informale e relativo tasso di "copertura" del bisogno. Anno 2016, per Regione

Emergono tre distinti gruppi di Regioni (segnalati con una colorazione diversa). Il primo cluster vede un tasso di copertura del bisogno complessivo entro il 30%: sono Regioni dove sia la rete di RSA che la stima delle badanti è molto bassa. Questo ci segnala che in questi territori i non autosufficienti non inclusi in una qualche modalità di lungo assistenza sono almeno i tre quarti della popolazione di riferimento. Un secondo gruppo è rappresentato da Regioni che presentano un tasso di copertura tramite RSA molto basso ma che,

differentemente dal primo gruppo, vedono una presenza di badanti più massiccia, cosa che nel complesso fa salire il tasso di copertura portandolo a valori tra il 30 e il 60%, lasciando comunque una larga parte del bisogno scoperto. Un terzo gruppo di Regioni è caratterizzata da un tasso di copertura complessivo più alto (tra il 60% e il 75%) raggiunto o tramite una maggiore presenza di posti in RSA o di badanti. Nessun contesto Regionale si avvicina a coprire, secondo queste stime, la totalità del bisogno tra gli over75 non autosufficienti.

### Il mondo delle badanti

Secondo i dati ISTAT più recenti<sup>4</sup>, nell'anno 2018 i lavoratori domestici contribuenti regolari all'Inps sono stati 859.233: per la maggioranza si tratta di colf (53,2%), mentre le badanti rappresentano il restante 46,8%, ovvero 402.121 persone. Stimando la spesa mensile e annua per le famiglie si osserva che il costo mensile un contratto regolare di 54 ore di assistenza di badante convivente, a tempo pieno, per l'assistenza di una persona non autosufficiente, livello CS<sup>5</sup>, costa 1.495 euro, ovvero oltre 17.000 euro annui. Questa cifra comprende contributi, ferie, tredicesima mensilità, TFR e gestione lavoratore. Non sono invece inclusi i giorni di riposo festivo, indennità di vitto e alloggio per il periodo di ferie, giorni corrispondenti ai riposi settimanali, riposo domenicale e scatti di anzianità. Il contratto irregolare risulta meno costoso per le famiglie, in questo caso potrebbe aggirarsi tra gli 800 e i 1000 euro mensili, anche se non sono disponibili stime ufficiali.

Sulla base di queste stime e di altre ricerche esistenti, proponiamo una stima delle badanti attive nell'anno 2018. Per calcolarlo, adottiamo il metodo proposto da Pasquinelli e Rusmini, aggiornandolo all'anno 2018 (Tabella ), il più recente per cui INPS ha fornito i dati sui lavoratori autonomi.

	Anno 2018
Numero delle badanti regolari	402.121
Numero delle badanti irregolari	603.122
<b>Numero totale delle badanti presenti nel territorio nazionale</b>	<b>1.005.303</b>

Tabella 12 Stima delle badanti presenti in Italia, anno 2018

Seguendo il metodo proposto, le badanti in Italia nel 2018 erano quindi oltre un milione, di cui il 60% irregolari: un numero enorme di lavoratrici, che va a tutti gli effetti a costituire uno dei maggiori mercati del lavoro del nostro Paese (basti pensare che l'intero personale dipendente del SSN conta 605.192 unità, dati Annuario Statistico 2019). Dalla Tabella è possibile evincere come mediamente in Italia siano presenti 14,5 badanti ogni 100 cittadini over75, che salgono a 43,3 ogni 100 cittadini over75 non autosufficienti. Le badanti sono più presenti nelle regioni del Nord, nonostante siano i contesti territoriali in cui i servizi pubblici per la presa in carico della NA siano più diffusi, ma risultano molto presenti anche nelle regioni centrali (si veda in particolare il Lazio) e in Sardegna, che nel contesto del Sud e Isole si configura come *outlier* (Figura 7).

<sup>4</sup> ISTAT, 2019, Statistiche in breve. Lavoratori domestici. Anno 2018

<sup>5</sup> Dati [www.assistere.net](http://www.assistere.net)

Regione	Badanti regolari	Badanti irregolari stimate	Totale badanti regolari + irregolari	Ogni 100 over75 non auto	Ogni 100 over75 auto
Piemonte	32.136	48.204	80.339	50,6	13,67
Valle d'Aosta	821	1.231	2.052	49,2	13,29
Liguria	13.757	20.635	34.392	52,1	14,07
Lombardia	72.759	109.138	181.896	57,3	15,48
Provincia Autonoma di Bolzano	2.905	4.357	7.262	43,6	13,24
Provincia Autonoma Trento	2.905	4.357	7.262	30,4	11,93
Veneto	30.466	45.699	76.165	43,4	13,21
Friuli-Venezia Giulia	8.768	13.153	21.921	43,2	13,12
Emilia-Romagna	35.286	52.929	88.214	50,8	15,44
Toscana	34.912	52.368	87.281	57,2	17,39
Umbria	8.564	12.847	21.411	47,5	17,66
Marche	11.280	16.920	28.199	37,2	13,84
Lazio	59.538	89.308	148.846	61,5	22,89
Abruzzo	6.237	9.355	15.591	24,6	9,66
Molise	962	1.443	2.406	15,6	6,12
Campania	22.538	33.808	56.346	28,2	11,08
Puglia	12.112	18.168	30.281	16,5	6,96
Basilicata	1.528	2.293	3.821	14,6	5,72
Calabria	6.072	9.108	15.181	18,5	7,29
Sicilia	16.764	25.146	41.909	21,8	8,10
Sardegna	21.811	32.716	54.527	67,6	28,53
<b>Italia</b>	<b>402.413</b>	<b>603.620</b>	<b>1.006.033</b>	<b>43,3</b>	<b>14,25</b>

Tabella 13 - Stima del numero di badanti nelle Regioni italiane e incidenza ogni 100 abitanti over75 autosufficienti e non, anno 2018.

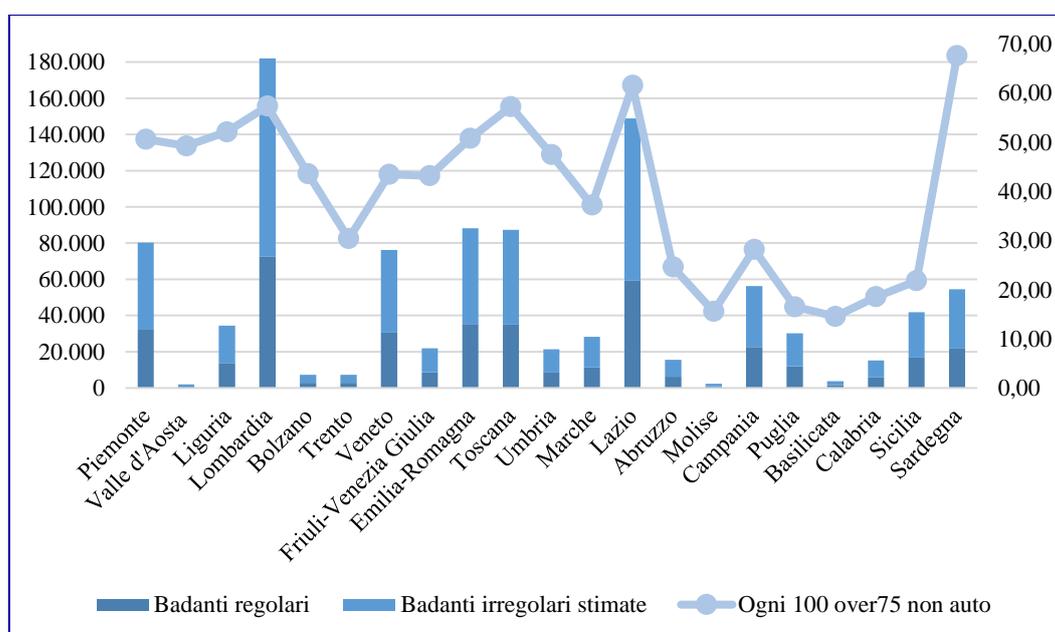


Figura 7 Numero di badanti nelle Regioni italiane e incidenza ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti, anno 2018

Tuttavia alcuni dati recenti (stime Domina/FLM su dati ISTAT) mostrano una tendenza alla riduzione del numero di badanti che operano in Italia, che sarebbe sceso a 900 mila unità per effetto della mancata

regolarizzazione dei flussi migratori ormai da molti anni, insufficiente a fare fronte alle necessità assistenziali del paese. Ci si trova insomma di fronte alla paradossale situazione per cui, mentre in Italia il numero degli anziani cresce di circa 200.000 unità l'anno, quello delle badanti si riduce in maniera consistente. Inoltre, si calcola che coloro che hanno potuto usufruire dell'assegno di accompagnamento di circa 500 euro mensili nel 2015 (ultimo anno con dati disponibili) siano stati 1.537.000 anziani. Tale vasta platea, se da una parte ha ricevuto una somma non sufficiente a provvedere alle proprie necessità assistenziali (ad esempio la spesa per il/la badante), ha visto dall'altra erogare detta cifra indipendentemente dalle fonti di reddito accertate, con la conseguente creazione di una ulteriore disparità.

## 5. L'incoerenza tra dettato normativo e programmatico (LEA) e risorse disponibili

Si registrano due grandi incongruenze nella normativa sulla LTC: a) una mancata precisa definizione di LTC e dei relativi diritti assistenziali; b) una previsione di copertura universalistica gratuita dei bisogni **che appare non realistica rispetto alle risorse pubbliche attualmente disponibili.**

a) Il complesso normativo su cui si basano i LEA (dpcm febbraio e novembre 2001, d.lgs. 229/2001 e dpcm 12 gennaio 2017), introduce **alcuni** elementi confusivi e occasioni di sovrapposizione:

- Nell'articolato del Capo IV "Assistenza sociosanitaria" gli anziani con profili tipici da LTC possono rientrare in diverse delle denominazioni utilizzate: non deambulanti, non autosufficienti (art. 30), persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità (art. 22.1 e 22.2), disabili senza limiti di età (art. 34), disabili non autosufficienti (art. 34 a), persone non autosufficienti (art. 34 a), persone disabili non autosufficienti (art. 34 b), persone non autosufficienti con disabilità (art. 34 c), dipendenza vitale o analoghi (art. 29), fase terminale della vita (art. 23 e art. 31), persone non autosufficienti con patologie in atto o esiti (art. 22);
- La suddivisione previste dal dpcm 14/2/2001 nella rete dei servizi (prestazioni a elevata integrazione sanitaria, prestazioni sanitarie a rilevanza sociale o sociali a rilevanza sanitaria), generano occasioni di conflitto legale, non essendo legate a criteri facilmente interpretabili.
- Nelle autonomie regionali queste classificazioni – come suggerito dagli stessi LEA – sono attribuite al setting e al collegato sistema tariffario, di volta in volta al 100% SSR o con diverse ripartizioni percentuali SSR/cittadino/comuni.
- Nella storia naturale di vita e di malattia le persone possono però entrare e uscire da queste condizioni (ad esempio di instabilità o di gravità prognostica). **L'applicazione letterale del sistema dei LEA sembra funzionale a un sistema frammentato e non coordinato che non contempla la continuità assistenziale e può favorire un eccesso di prestazioni diagnostiche ed assistenziali per ciascuna comorbilità in difetto di un inquadramento strutturato dell'insieme.**
- I criteri di contribuzione economica pubblica si contraddicono frequentemente. A questo proposito l'istituto più forte in questa direzione è la **Indennità di accompagnamento (IdA)** che viene assegnata a ogni

cittadino in condizione di totale non autosufficienza (NA), senza alcun test dei mezzi o delle condizioni di utilizzo di queste risorse. All'opposto i LEA prevedono che il ricovero in RSA sia coperto per almeno il 50% dal SSN per garantire la componente sanitaria e al 50% dalle famiglie, favorendo quindi le persone più capienti. Persiste inoltre una elevata possibilità di confusione rispetto alla stima dei costi a rilevanza sanitaria, per cui la percentuale coperta dal SSN varia da regione a regione (dal 60 al 40%) con oneri profondamente diversi a carico delle famiglie tra i diversi territori.

b) Il dettato normativo pare collocare il bisogno di LTC nell'area dei diritti socio-sanitari universalmente esigibili, garantiti a tutti gratuitamente. Le risorse complessive in campo da parte del sistema pubblico di LTC sono lontanissime da ogni previsione di copertura universale e gratuita per tutti gli aventi diritto.

Sostanzialmente il sistema inter-istituzionale garantisce, **considerando valido il numero di 2,9 milioni di non autosufficienti suggeriti dai dati ISTAT**, al 10% un posto in struttura protetta socio-sanitaria, ad un altro 10% un posto in un centro diurno sociale e al 32% l'IdA (che probabilmente, nella maggior parte dei casi, è assegnata anche a coloro che sono in RSA e quindi non si somma per calcolare il tasso di copertura complessivo). L'IdA stessa copre il 33% di una badante assunta regolarmente e il 50% di una badante in nero. Complessivamente le risorse pubbliche offrono una copertura pari al 50% dei costi al 40% dei NA.

*Tra le possibili alternative di policy per cercare di allineare i diritti dichiarati alle risorse disponibili ricordiamo:*

- *Un aumento significativo delle risorse pubbliche per la LTC che nella congiuntura attuale della finanza pubblica appare improbabile;*
- *La promozione di sistemi assicurativi diffusi e sistematici per la LTC, che possono avere natura sociale e pubblica (come in Germania) o di mercato (USA), obbligatori (Germania) o facoltativi (USA).*
- *Una razionalizzazione delle risorse e del sistema di governance accompagnata ad un sostanziale cambiamento dell'impianto normativo armonizzandolo con la realtà e i confini del possibile come esposto in dettaglio nella proposta a lungo termine che consentirebbe una migliore opportunità di definire le priorità allocative delle risorse disponibile e ridurre significativamente gli sprechi.*
- *Una ottimizzazione delle strategie gestionali con il coinvolgimento delle competenze più appropriate e l'adozione dei modelli più efficienti e costo/efficaci.*

## 6. Analisi dei punti di forza e di debolezza del sistema di welfare per anziani in condizioni di LTC e cronicità

In Italia non è mai stato istituzionalizzato un sistema organico per la LTC degli anziani, ma si sono stratificate nel tempo misure parziali, non correlate e talvolta contraddittorie. Interpretando questo universo in "confusa" espansione e differenziazione, possiamo identificare i seguenti punti principali di forza e di debolezza.

### 6.1 Punti di forza

- a) Il sistema sanitario nazionale (SSN) italiano è tra i migliori del mondo e garantisce una assistenza sanitaria universale a tutti i cittadini, di qualsiasi età e fascia sociale.
- b) La spesa attualmente disponibile per la LTC è importante, anche se attualmente insufficiente (circa 31,6 Mld di spesa pubblica, includendo sia la spesa sanitaria che quella socio-assistenziale), per circa 2,9 mil. di anziani non autonomi ovvero 10.900 euro per persona in bisogno di LTC, che potrebbero essere messi a fattore comune, integrati in un sistema unitario, definendo criteri di eleggibilità e accesso ai servizi programmate con logiche di prioritizzazione sociale;
- c) Presenza di 1 milione di badanti, che rappresenta un bacino di forza lavoro da professionalizzare, mentre molti altri paesi EU non trovano persone per questo tipo di lavori. Ovviamente non è semplice creare le condizioni economiche che rendano possibile la formazione di questo corpo professionale, perché il loro reddito non permette di sostenere una stagione di interruzione del flusso salariale;
- d) Resilienza delle famiglie in un contesto di grande frammentazione e disordine istituzionale e disponibilità alla spesa out of pocket in questo ambito. Le famiglie sono abituate ad auto-organizzarsi l'assistenza, a ricomporre autonomamente la frammentazione dei servizi e delle risorse a sviluppare competenze di cui prima non disponevano, e tuttavia non si può non rilevare come questa sia giunta ad un punto limite: qualsiasi miglioramento della rete dei servizi verrebbe quindi immediatamente percepito come un incremento sostanziale di valore, che può alimentare consenso attorno ipotesi di trasformazione istituzionale radicale dell'arcipelago della LTC;
- e) Capacità diffusa di creazione di politiche e servizi per anziani nella filiera delle istituzioni: INPS, comuni, SSN, erogatori privati accreditati, terzo settore;
- f) Cultura del rispetto e dell'assistenza dell'anziano nella società a cui corrispondono anche robuste forme di rappresentanza di questa constituency.

## **6.2 Punti di debolezza**

- a) Esiste una profonda frammentazione istituzionale e organizzativa sul tema della LTC che determina l'assenza di un sistema unitariamente responsabile, capace di sviluppare politiche organiche e sistematiche. Questo determina la mancata organizzazione delle interdipendenze e quindi la distruzione di valore. L'assenza di una istituzione organicamente responsabile della LTC e del coordinamento della assistenza in base ai bisogni sanitari e sociali rende difficile identificare autonomie e responsabilità nella filiera dei servizi e delle risorse.
- b) Il disordine nella filiera istituzionale e nell'arcipelago dei servizi determina rilevanti profili di iniquità nell'accesso ai servizi. Solo le famiglie più competenti e con le migliori reti sociali riescono a navigare e ricomporre l'intero arcipelago dei servizi, mentre proprio i soggetti più deprivati e soli non riescono ad accedere a un sistema troppo confuso e disperso.
- c) La bassa disponibilità di servizi residenziali (RSA) e domiciliari (ADI) rispetto ai bisogni di una popolazione anziana fragile in crescita anche in relazione ad una non uniforme copertura territoriale del

sistema dei servizi in relazione ai luoghi di residenza degli anziani. Aree interne, comuni collinari e montani, spesso abitati da sole persone anziane, sono spesso carenti di servizi.

- d) La precarietà abitativa degli anziani che, in molte circostanze, è una seria barriera ad ogni ipotesi di cura domiciliare, in particolare per i tantissimi anziani soli;
- e) Assenza di una valutazione di risultato sul denaro (indennità di Disabilità) che viene assegnato alle famiglie con l'assegno di disabilità (IdA).
- f) Propensione della classe medica ad attenzionare maggiormente le singole patologie e le competenze specialistiche piuttosto che la comorbilità, la fragilità e la disabilità, con dispersione di risorse e di tempo per il paziente e per i familiari
- g) Non adeguata diffusione nella pratica medica dell'utilizzo della Valutazione Multidimensionale nella diagnostica differenziale del paziente anziano con fragilità e comorbilità.
- h) Insufficiente disponibilità di specialisti geriatri, gli unici dotati del background culturale e operativo necessario e sufficiente all'applicazione sistematica della Valutazione Multidimensionale a pazienti ad alta complessità.
- i) Difficoltà del MMG a coordinare i bisogni sanitari con quelli sociali (che solo parzialmente sono di sua competenza)
- j) Assenza di una figura intermedia come quella dell'infermiere di famiglia che potrebbe affiancare il MMG nella gestione dei pazienti con patologie croniche disabilitanti (portiamo come esempio per dimensioni del problema il caso delle demenze e della malattia di Alzheimer, dello scompenso cardiaco e della BPCO).
- k) Assenza di figura professionale dedicata con preparazione tecnico-assistenziale e psicologico-relazionale specifica. Il corpo professionale più rilevante (1 milione di badanti) ha nella maggior parte dei casi solo competenze acquisite sul campo. Esse determinano spesso degli esiti di ulteriore riduzione delle funzionalità residue (diminuzione indice ICF), ricevendo dai familiari prevalentemente un mandato di tutela, a cui non riescono a contrapporre, con competenza professionale, un orientamento di mantenimento o recupero delle residue funzionalità. Oltretutto, di norma, contribuiscono all'isolamento dell'anziano in LTC, invece che alla sua risocializzazione, avendo un ruolo di protezione e non di connessione e senza alcuna integrazione rilevante con i servizi di welfare formalizzati.
- l) Scarso utilizzo delle tecniche di telemedicina che potrebbero dare un supporto ad una ottimizzazione delle risorse (vedi dopo).
- m) Il modesto tasso di copertura dei bisogni genera una situazione di forte pressione delle esigenze di LTC su tutti gli ambiti del welfare: in primis sul SSN per un eccesso non coordinato di prestazioni, sul sistema previdenziale dell'INPS, sulla spesa sociale degli enti locali. La prevalenza della LTC (circa 2,9 milioni di anziani secondo i dati ISTAT prima ricordati) rischia di spiazzare progressivamente le risorse dei diversi silos del welfare (INPS, spesa sociale comuni, SSN), distorcendole dai loro finalismi primari, creando un quadro di confusione complessiva nella filiera del welfare.

n) Il portafoglio di servizi disponibili per la LTC nel welfare pubblico e nel mercato a pagamento è poco differenziato, polarizzato e per nulla fertile all'introduzione di innovazioni tecnologiche o di modelli di servizio. Nei fatti il sistema pubblico per la cronicità si polarizza sul territorio su due tipologie di servizi prevalenti: strutture residenziali per non autosufficienti vicine al fine vita (degenza media un anno) e centri diurni per persone con pesanti compromissioni fisiche. I servizi di cure domiciliari sono di bassa intensità assistenziale e ridotta durata e riservati a malati ad intensità medio-elevata, mentre una maggiore diffusione e capillarità potrebbe prevenire le riacutizzazioni e ridurre i ricoveri ospedalieri. Il mercato privato offre badanti informali e poco addestrate. Scarsamente presenti o assenti forme di social housing protette per persone fragili o sole, cure domiciliari intense, assistenza in remoto, counseling alle famiglie, audit ai caregiver informali, case management, sostegni diffusi e strutturati alla mobilità o alla connettività, ecc. Questa carenza di strutture determina un sovraccarico di richieste al SSN, non riesce a prevenire un elevato numero di riacutizzazioni delle patologie croniche e causa un eccesso di re-ospedalizzazioni ripetute con spreco di risorse.

## PROPOSTE DI POLICY

### 7. Proposte di Policy a Breve Termine

#### 7.1 Introduzione della Valutazione Multidimensionale (VMD) come sistema cardine per l'accesso alla LTC su basi di equità e di obiettività

Si propone un piano socio-assistenziale e sanitario di tipo misto per i soggetti non autosufficienti. Il principio cardine da cui partire è quello di una maggiore diffusione della valutazione multidimensionale che dovrebbe rappresentare il cardine (uniformemente nel SSN) della valutazione del bisogno e dell'ingresso nel sistema della assistenza socio-sanitaria. Senza questo fondamentale strumento non sarà possibile misurare il bisogno specifico ed il livello di intensità assistenziale necessario ed ancor meno la quota di aiuto pubblico necessaria nello specifico caso. La valutazione multidimensionale (VMD) permette di dimensionare la domanda assistenziale a partire dalle 5 dimensioni base: salute fisica, salute mentale, stato funzionale, risorse sociali e risorse economiche. Su questa base è possibile individuare i soggetti che hanno bisogno di un intervento assistenziale urgente (sia esso sanitario, sociale o combinato) in circa il 7-8% della popolazione degli ultra65enni, con una ovvia predominanza degli ultra75enni.

Questa azione, congiuntamente alla scelta del *setting* assistenziale più appropriato deve essere condotta da specialisti geriatri e comunque da specialisti che abbiano una specifica competenza nella VMD e nell'approccio al paziente fragile.

La carente integrazione socio-sanitaria è il motivo principe della difficoltà a gestire la LTC sia a livello italiano che europeo. Al di là di un intervento a breve termine, qualsiasi proposta di intervento a medio-lungo termine deve porsi il problema di individuare un modello di assistenza territoriale nuovo fondato sull'integrazione socio-sanitaria senza la quale è impossibile rispondere alla domanda assistenziale di persone affette da malattie croniche e prolungate compromissioni dell'indipendenza psico-fisica che l'intervento medico-infermieristico può in genere rallentare nella loro progressione ma non "guarire".

La creazione di una Long Term Care che venga incontro ai bisogni dei cittadini deve prevedere un luogo unico di accesso dove il cittadino su rechi per i bisogni sia sanitari che sociali. Il PUA (Punto Unico di Accesso) è previsto dalle legislazioni regionali e deve essere considerato il primo passo in questa direzione.

I pazienti a prevalente bisogno socio-assistenziale (4%) sono candidati a usufruire di setting assistenziali differenti, a seconda delle precise necessità: RSA o Centri diurni, associati o meno a supporto sociale mediante badanti.

I pazienti a prevalente bisogno sanitario (3%) sono candidati all'assistenza domiciliare integrata (ADI), associata o meno a badante. L'ADI offerta deve essere commisurata alle necessità del paziente e non limitata alle poche ore annuali, come quella al momento garantita dal SSN, che risulta essere pari all'assistenza su base **settimanale** offerta negli altri Paesi europei.

Infine, i pazienti terminali sono candidati all'*hospice* o all'assistenza domiciliare integrata associata ad un robusto sostegno sociale e di housing che supporti la famiglia nell'assistenza allo svolgimento delle ADL (ad esempio il personale privato a pagamento).

L'infermiere di famiglia, integrato nella rete di risposta dei servizi, e l'offerta di servizi di Telemedicina vengono considerati di grande utilità e trasversali per tutte le tipologie di pazienti. Sebbene il tema della valutazione sia trattato in un paragrafo successivo è bene fare la seguente premessa: la schematizzazione dei tre setting assistenziali prevede una regia, condotta attraverso la periodica valutazione del raggiungimento degli obiettivi assistenziali stabiliti dai piani individuali di assistenza che vanno redatti per ciascuno paziente e la rivalutazione con strumenti multidimensionali da condurre annualmente. Tale approccio permette di assicurare il setting assistenziale più adatto alle condizioni del paziente, che mutano nel tempo, secondo il principio del continuum assistenziale gestito attraverso una reale "presa in carico" del soggetto, compito da affidare all'infermiere di comunità o all'assistente sociale a seconda della tipologia prevalente nella domanda assistenziale del paziente stesso.<sup>6</sup>

Tipo di assistenza	Paziente Terminale (1%)	Paziente a prevalente bisogno sanitario (3%)	Paziente a prevalente bisogno socio- assistenziale (4%)
Hospice	X		
R.S.A.		X	X
Centri Diurni			X
A.D.I.	X	X	
Badante		X	X
Residenzialità assistita			X
Infermiere di famiglia	X	X	X
Telemedicina		X	X

Tabella 14. Proposte di assistenza per tipologia di paziente.

Per tutti i soggetti che presentano al massimo una grave difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL), stimati nel 3.1% degli over 65, come presentato in Tabella 1, si prevede un piano di monitoraggio periodico, tramite valutazione multidimensionale effettuata da personale adeguatamente formato. Lo schema prevede diversi setting che si escludono mutuamente: RSA in alternativa alla domiciliarità per i pazienti a prevalente bisogno socio-sanitario. Prolungato supporto sociale (ad esempio badanti) e/o centri diurni e/o infermiere di comunità saranno ovviamente dedicati ai pazienti che continuano a risiedere presso la propria abitazione. Al contrario si auspica che le RSA non vengano utilizzate per i pazienti a prevalente bisogno sanitario, per i quali è invece necessario sviluppare una ADI in modo continuativo e non legato alle singole prestazioni. Tale scelta implica la necessità di una attenta valutazione non solo di carattere multidimensionale, ma specifica per le comorbilità.

Lo stesso schema può essere utilizzato a partire da alcune patologie prevalenti, quello con il più alto burden assistenziale, ad esempio le demenze:

Paziente con demenza	Paziente Terminale (72.000 pazienti)	Paziente a prevalente bisogno sanitario (168.000)	Paziente a prevalente bisogno socio- assistenziale (360.000*)
Hospice	X		
R.S.A.			X
Centri Diurni			X
A.D.I.	X	X	
Badante		X	X
Infermiere di comunità	X	X	X
Telemedicina		X	X

*\*da sottoporre alla necessaria valutazione multidimensionale e dunque non tutti abilitati all'accesso ai servizi in tabella.  
Tabella 15- Stima dei servizi necessari alla copertura assistenziale dei malati di Alzheimer in Italia*

Sarà ovviamente necessario, per i soggetti a prevalente bisogno socio-assistenziale, discriminare coloro che non hanno risorse abitative, economiche e sociali adeguate e richiedono dunque un pieno accesso ai servizi di LTC.

#### **Raccomandazioni in materia di Valutazione Multidimensionale (VMD) per l'accesso a LTC**

Una estesa e profonda riorganizzazione della Valutazione Multidimensionale e clinica (VMD) rappresenta un passo fondamentale per l'accesso alla LTC su basi di equità, di obiettività e di attenzione ai meno abbienti. Pur comprendendo la diversa organizzazione di tale servizio a livello regionale, appare necessaria una coerenza nazionale almeno nei criteri, che limiti eccessive disparità di trattamento e fenomeni di inappropriately. Si raccomanda che il processo di VMD sia reso obbligatorio, unico e integrato e valga contemporaneamente per le valutazioni del SSN, dell'INPS e dei Comuni. Si sottolinea la necessità che venga utilizzato un "sistema" di valutazione scientificamente validato e standardizzato, modulare in modo tale da valutare identicamente le diverse aree problematiche nei diversi set assistenziali. Che siano le ADL o l'incontinenza o lo stato cognitivo, il fine ultimo è di valutare con item identici la persona in situazione di bisogno, assistito in ADI o in RSA o in altro set assistenziale. Ciò a permettere una corretta analisi dei bisogni per costruire l'intervento assistenziale e, al contempo, permettere, per la sua completezza, analisi da parte degli operatori e dei policy maker rendendo possibile la continuità assistenziale. Nel SSN, l'obbligatorietà del processo di VMD si ritiene essenziale per tutti i soggetti portatori di patologie di rilevanza sociale e ad alto burden assistenziale quali:

- Demenze
- Scoppio cardiaco
- BPCO

Per tali soggetti, in ambito strettamente sanitario, dovrà seguire alla valutazione un piano assistenziale la cui regia sia affidata al medico geriatra ed all'infermiere di comunità (ove tale figura esista ed in previsione della sua implementazione), o, in alternativa, ai centri di valutazione ospedalieri e territoriali previsti dalle singole regioni.

Si prevede che una buona implementazione di tale principio e l'effettiva realizzazione di efficaci piani assistenziali, potrà ridurre in modo sostanziale fenomeni di inappropriatazza a livello di accessi in PS, di ricoveri, di lungodegenze e potrà migliorare sensibilmente la qualità della vita degli assistiti e dei loro familiari<sup>7</sup>.

## 7.2 Potenziamento delle cure domiciliari e della residenzialità assistita

Obiettivo fondamentale dei sistemi di cura della cronicità è quello di mantenere il più possibile la persona malata al proprio domicilio e impedire o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione, senza far ricadere sulla famiglia tutto il peso dell'assistenza al malato. Le cure domiciliari dovrebbero quindi essere previste per la maggior parte dei pazienti con multimorbilità e/o con perdita della autonomia ed a rischio di perdita della autosufficienza.

I dati in tabella 10 sono sconcertanti e mostrano che le ore di ADI dedicate in media a ciascun assistito anziano nel corso di un anno sono state solo 16 (con ampia variabilità regionale ma comunque sempre con percentuali ampiamente inferiori ai fabbisogni), e che vengano assistiti in genere per periodi limitati solamente pazienti a media alta necessità di cure (in genere più anziani, più malati e più disabili) in assenza di un uniforme criterio nazionale di valutazione multidimensionale dei bisogni, ed in assenza di un uniforme criterio di inclusione e esclusione delle popolazioni da assistere. Alla base dell'attivazione dell'assistenza domiciliare deve comunque essere la valutazione multidimensionale che permette la pianificazione organica delle attività in funzione della globalità e dell'intensità del piano di cura e la valutazione evolutiva degli esiti.

I dati attuali *Anziani (over 65) con limitazioni funzionali: stima del bisogno potenziale* suggeriscono che l'assistenza domiciliare come attualmente concepita andrebbe profondamente ripensata e fortemente potenziata.

Appare in particolare necessario lavorare all'adeguato riconoscimento dell'istituto dell'accreditamento nel campo dell'assistenza domiciliare e alla revisione dei contratti di affidamento dei servizi. Poche Regioni hanno individuato ad oggi (e non sempre nella maniera più adeguata) batterie di requisiti professionali, organizzativi e strutturali per coloro che esercitano questa attività. In tale ottica è da segnalare il possibile ruolo del mondo della cooperazione sociale e sociosanitaria e della partnership pubblico-privata, anche in termini di co-progettazione dei servizi, che andrebbero uniformati a livello nazionale.

È evidente che in questo momento, entrando nel medesimo silos di costi, la maggior parte delle risorse delle singole regioni viene indirizzata verso altri tipi di assistenza e che la funzione preventiva e della assistenza

domiciliare sia ampiamente sottovalutata, nonostante tutti i dati della letteratura mostrino che una assistenza domiciliare potenziata sia in grado di ridurre i costi sui ricoveri ospedalieri e su altri tipi di assistenza più costosa. Tale problematica è amplificata su scala nazionale da un progressivo cambiamento di ruolo delle RSA che sempre più tendono ad essere dedicate a forme di assistenza verso le elevate complessità di cura delle persone con gravi e gravissime disabilità.

In appoggio alla necessità di una maggiore diffusione della assistenza domiciliare si pone il problema di promuovere forme meno “istituzionalizzanti” rivolte a fasce di popolazione con un minor grado di disabilità funzionale cui si associa una specifica situazione socio-economica che richiede un grado diverso di protezione e che, nella più parte dei casi si configurano come forme di residenzialità assistita – Housing – e Co-housing.

### 7.3 Attivazione della figura dell’Infermiere di famiglia

L’eterogeneità delle patologie croniche e la loro lunga storia naturale comportano esigenze differenti in pazienti con diverso grado di complessità, che hanno bisogno di prestazioni assistenziali e socio-sanitarie erogate in servizi diversi, di cui è indispensabile coordinare e integrare le attività.

Un ruolo all’interno della regia dell’assistenza domiciliare per i pazienti con malattie croniche potrebbe essere co-affidata ad infermieri di comunità, cui spetterebbe appunto il **servizio di counseling e case management per le famiglie** e la gestione di collegamento, integrazione, ascolto tra MMG, specialista Geriatra, servizi sanitari e socio-assistenziali, malati cronici e famiglie. per sostenere l’auto-organizzazione dell’assistenza, la conoscenza della rete dei servizi, il sostegno psico-emotivo, la supervisione e la riorganizzazione della funzione di cura nella vita familiare. Il ruolo dell’infermiere di famiglia appare di particolare importanza nella cura di patologie croniche altamente invalidanti dell’anziano quali la malattia di Alzheimer e le demenze in generale, lo scompenso cardiaco e la BPCO: l’infermiere di famiglia può provvedere attraverso il self care e l’assistenza diretta ad una serie di attività preventive e terapeutiche di fondamentale importanza anche ai fini di ridurre ospedalizzazioni inappropriate ed inopportune, consolidando il quadro assistenziale, integrando i servizi e migliorando le capacità di gestione della malattia del paziente e dei suoi caregiver.

Tale approccio ben si collega al recente disegno di legge sull’infermiere di famiglia proposto in senato (Disegno di legge d’iniziativa dei senatori Marinello et al. comunicato alla Presidenza il 19 giugno 2019. Introduzione della figura dell’infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare). In tale proposta, all’articolo 4 sono espressamente previste le seguenti attività e competenze:

- a) identificare e valutare lo stato di salute ed i bisogni degli individui e delle famiglie nel loro contesto culturale e di comunità;
- b) pianificare ed erogare assistenza alle famiglie che necessitano di interventi specifici;
- c) promuovere la salute dei soggetti, delle famiglie e delle comunità;
- d) sostenere ed incoraggiare gli individui e le famiglie nella partecipazione alle decisioni relative alla loro

salute;

- e) applicare la conoscenza di diverse strategie di insegnamento e di apprendimento con i soggetti, con le famiglie e con le comunità;
- f) partecipare alle attività di prevenzione;
- g) provvedere a un costante aggiornamento e allo sviluppo professionale attraverso la formazione continua;
- h) pianificare e realizzare interventi informativi ed educativi rivolti ai singoli, alle famiglie e alle comunità, atti a promuovere modificazioni degli stili di vita e una migliore aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi, utilizzando e valutando diversi metodi di comunicazione;
- i) partecipare alla ricerca, recuperando dati epidemiologici e clinici in relazione a specifici obiettivi conoscitivi e assistenziali».

È evidente che l'assolvimento di un ruolo così eterogeneo e delicato rende necessaria una specifica formazione dell'infermiere di famiglia negli ambiti funzionali all'ottimale assolvimento del compito proposto. *La consulenza e il coordinamento del Geriatra varranno comunque ad affrontare situazioni di particolare impegno e complessità oltre a fornire un costante supporto in termini di aggiornamento concettuale e procedurale all'Infermiere di famiglia, identificabile come il professionista della valutazione del bisogno e della continuità assistenziale, fermo restando la necessità di una formazione ad hoc.*

#### 7.4 Potenziamento dei Centri Diurni per i pazienti con Malattia di Alzheimer

L'attuale situazione di "deficit assistenziale" in cui versa la popolazione dei pazienti con malattia di Alzheimer (MA) presenta risvolti veramente drammatici per le famiglie ed i caregiver ed impone un ripensamento del sistema anche alla luce della potenziale evoluzione nei prossimi anni dei trend epidemiologici. Tuttavia la realizzazione di un modello unitario di risposta al fenomeno presenta anche numerosi vantaggi economici e sociali: la riduzione di ampi ricorsi inappropriati alle strutture ospedaliere, ai dipartimenti di emergenza, alle lungodegenze, la possibilità di occupare molte professionalità, la possibilità di includere i familiari in un circuito economico virtuoso, di combinare, infine, il sostegno alla condizione di disabilità con opportuni interventi sul piano del sostegno e della preservazione, per quanto possibile, delle funzioni cognitive, solo per citare le più rilevanti.

L'opzione del potenziamento dei centri diurni per persone con demenza ed in particolare con MA presenta numerosi vantaggi:

- Reca un grande sollievo ai caregiver, sollevandoli per buona parte della giornata dalla necessità di custodire il proprio familiare, riducendo al contempo fenomeni di burn out e di disaffezione
- Consente ai malati di vivere almeno una parte della propria giornata in condizioni sociali favorevoli, con la possibilità di ricevere un minimo di terapia cognitiva così importante nelle fasi iniziali ed intermedie della malattia

- Può aiutare a ridurre il fenomeno dei ricoveri e degli accessi in PS impropri, così come quello del ricorso a lungodegenze, RSA, ecc.
- Il beneficio di tale misura riguarderebbe, su tutto il territorio nazionale, i circa 600.000 malati e le loro famiglie, per un totale di popolazione stimato in modo conservativo intorno ai 2 milioni di persone. Purtroppo la discrepanza tra posti letto nei centri diurni e malati è ancora tragicamente alta, con una media di circa 1000 malati per posto letto ed ampie variazioni regionali. Inoltre, non esistono dati italiani completi relativi al numero dei ricoveri e accessi ai Pronto Soccorso per Malattia di Alzheimer, ma moltiplicare i centri diurni costituisce una risposta semplice, molto gradita alle famiglie, costo- efficace e di rapida realizzazione. I centri costituiscono un elemento di primaria importanza anche per il counseling alle famiglie e la erogazione di terapie cognitive, occupazionali e relazionali

**7.5 Istituzione ed attivazione di un osservatorio epidemiologico per la valutazione dei risultati e delle performance delle misure proposte, del grado di soddisfazione e di risposta alle necessità assistenziali dei portatori delle cronicità individuate negli utilizzatori di servizi o di indennità di accompagnamento.**

**7.6 Modificare i criteri di assegnazione e utilizzo dell'indennità di accompagnamento (IdA).**

L'attuale sistema di assegnazione dell'IdA può essere considerato come una integrazione al reddito o un contributo parziale alle spese delle famiglie in cui sono presenti malati con disabilità.

Si suggerisce che

L'IdA dovrebbe essere più articolata e differenziata in funzione del grado di bisogno superando l'attuale situazione di contribuzione esclusivamente al solo 100% di disabilità. Occorre programmare dei livelli differenziali di disabilità a cui correlare specifici e differenziati livelli dell'IdA.

L'IdA dovrebbe essere differenziata tra servizi cash e servizi in kind (ovvero voucher per ricevere servizi erogati da enti pubblici o soggetti accreditati): nel secondo caso deve esserci una premialità per le famiglie. A titolo d'esempio l'IdA può essere aumentata del 30% scegliendo servizi in kind e ridotta del 30% scegliendo il cash.

L'IdA dovrebbe essere maggiormente correlata con l'uso degli altri servizi pubblici (es. sospesa durante ricovero in lungodegenza o in RSA) perché deve essere considerata un servizio e non un contributo al reddito.

L'IdA dovrebbe essere attribuita in maniera differenziale in funzione dei redditi e dei patrimoni delle persone, dando un contributo maggiore alle persone meno capienti e più sole.

**7.7 Attivare una rete di erogatori LTC accreditati per uso voucher IdA**

Attivare in ogni territorio una rete di soggetti erogatori pubblici e privati accreditati, senza vincoli di budget ma con tariffe per i servizi regolamentate, in cui le persone NA con IdA in kind (voucher) possono liberamente scegliere l'erogatore, concertando direttamente il portafoglio di servizi che intendono ricevere. Questo permetterebbe progressivamente di far nascere un mercato professionale di servizi assistenziali.

**- On topping e upgrading privato dei servizi pubblici**

Permettere alle famiglie di comprare dallo stesso erogatore dei servizi pubblici gratuiti (es. SAD, ADI, riabilitazione, lungodegenza, ecc.) o dall'erogatore dei servizi coperti con il voucher IdA prestazioni aggiuntive, in una logica di on-topping quantitativo o upgrading qualitativo per completare l'erogazione delle prestazioni garantite dal sistema di welfare, che di norma risultano insufficienti. Questo favorirebbe processi di ricomposizione delle risorse e di integrazione dei servizi, oltre che una maggiore infrastrutturazione del mercato professionale di offerta.

**- Punto di Accesso unificato inter-istituzionale con responsabilità sui budget**

Oggi esistono numerose e distinte unità di gatekeeping per accedere ai servizi della LTC in funzione dei diversi silos istituzionali attivi: commissione INPS per IdA, unità di valutazione sociale del comune per SAD e servizi sociali, UVM AUSL per accesso a servizi sanitari (ADI, centro diurno o RSA, ecc.), con sistemi, criteri e standards di valutazione diversi.

Le commissioni dovrebbero essere unificate in una --che attivi un processo integrato che attivi congiuntamente il portafoglio dei servizi della filiera del welfare, evitando ridondanze e incoerenze allocative. La commissione unificata di UVM per la LTC deve avere una influenza diretta sull'allocazione dei budget dei diversi servizi.

**- Sistema Informatizzato unificato e inter-istituzionale per la LTC**

Unificare i **sistemi informatizzati** pubblici sulla LTC di INPS, enti locali e AUSL, dando a ogni ente la possibilità di vedere la situazione complessiva dell'anziano non autosufficiente, pur potendo modificare solo i campi di propria competenza.

**7.8 Incentivi all'uso delle Tecnologie nell'assistenza e nel monitoraggio dei malati cronici non autosufficienti ed alle persone con compromissione cognitiva (vedi dopo punto 8)**

**7.9 -Promuovere la formazione e l'immissione in ruolo di un numero adeguato di specialisti geriatri** affinché, adottando principi e tecniche di valutazione multidimensionale finalizzata al piano assistenziale, anche con il supporto di strumenti validati, permettano di adottare le scelte assistenziali più efficienti e costo/efficaci nel contesto delle varie misure suggerite e a coronamento delle medesime. È infatti impensabile conseguire un livello di riorganizzazione e ottimizzazione della LTC, quale proponiamo, in difetto della professionalità cardine della LTC medesima.

**7.10 – Promuovere la attivazione di “Frailty Unit” negli Ospedali.** L'Ospedale per acuti non può permettersi di rimanere impermeabile all'esplosione demografica. E' necessaria una riorganizzazione dei servizi interni con creazione in tutti gli ospedali di “frailty unit” con specialisti geriatri a partire dalle aree di Pronto Soccorso e di emergenze per soggetti fragili (vedi VMD) e/o in genere per tutti gli ultra ottantacinquenni che possano ridurre

i ricoveri impropri, assicurando accessi immediati ad ambulatori o Day Hospital e/o che consentano una più rapida dimissione facilitata o protetta ai servizi del territorio, aiutando a ridurre il fenomeno dei ricoveri ripetuti e/o dei letti bloccati.

#### **7.11- Promuovere la creazione di una piattaforma digitale unica per i servizi socio-sanitari in campo nazionale.**

Sono già presenti i dati in formato digitale da tutti i soggetti coinvolti, anche se in piattaforme diverse e con sistemi non sempre compatibili (fatture elettroniche, flussi al MEF da parte di tutti i soggetti, i.e. farmacie, MMG, operatori di servizio, regioni, Inps, comuni). La creazione di un punto unico di gestione dei dati, e la creazione di un cloud Nazionale (in attesa della creazione di un unico Silos erogatore dei servizi socio-sanitari per la LTC) contribuirebbe alla eliminazione di una serie infinita di costi multipli (tipici della cronicità), di second opinions, di creazione di percorsi di cure più idoneo, di un consumo di bisogni sanitari eccessivo (doppie analisi, doppi controlli).

#### **7.12. Promozione delle tecnologie (Tecno assistenza) (vedi Appendice 1)**

Il trattamento di tale problema di salute, soprattutto per i pazienti anziani affetti da diverse comorbilità, richiede frequentemente il contributo di più attori all'interno di un sistema inter-professionale, interdisciplinare e multi-disciplinare che deve tenere necessariamente in considerazione il significativo sviluppo e la sempre più crescente diffusione di tecnologie che permettono ad anziani e persone disabili di vivere in casa, migliorando la loro autonomia, facilitando le attività quotidiane, e garantendo, attraverso il monitoraggio continuo, il miglioramento delle condizioni di sicurezza e salute. La tecno assistenza è centrale in una moderna LTC. Tuttavia, nonostante i potenziali vantaggi che l'introduzione di tecnologie innovative potrebbero apportare alla parte della popolazione così definita "fragile", numerosi elementi di criticità emergono nel momento in cui due sistemi molto distanti tra loro, la popolazione anziana e le tecnologie innovative, sono chiamati ad interagire che rallentano l'applicazione della tecno assistenza e la sua piena integrazione nel SSN, pur a fronte di un mercato industriale tecnologico ormai maturo da anni. Una prima barriera riguarda la mancanza di una valorizzazione economica specifica per le prestazioni assistenziali erogate con tecnologie di telemedicina/home care. Una seconda barriera, che allo stesso modo impedisce una diffusione della telemedicina all'interno del SSN, riguarda la responsabilità medico-legale per i professionisti della salute che erogano servizi di telemedicina oltre al problema del trattamento dei dati personali (Privacy).

### **Conclusioni Proposte a Breve-Medio Termine**

Se implementata la scelta di offrire una completa copertura in LTC ai circa 0,9 - 1,1 mln di persone portatrici di patologie (demenze, BPCO, scompenso cardiaco, ma non solo) tali da determinare una seria disabilità in almeno 2 ADL e con una Valutazione Funzionale Multidimensionale con esito scadente si tratta di una scelta fattibile, equa, realizzabile nel breve periodo e soprattutto, può costituire un punto di partenza di grande rilievo. Poter disporre tra alcuni anni di un omogeneo sistema-paese di Valutazione, di Infermieri di Comunità, di Centri Diurni, di ADI in forma continuativa, di Hospice, di una evoluta Tecnoassistenza e di un appropriato numero di personale di supporto (identificabile con i badanti ma non solo) per questa strategica sottopopolazione, informatizzato su una piattaforma unica su scala nazionale, permetterà di porre finalmente le basi di un articolato Servizio Socio Sanitario sul territorio, servizio ancor oggi così carente, quando non completamente latitante, su gran parte del territorio nazionale.

## 8. Proposte di Policy a Medio-Lungo Termine

### 8.1 La possibile riforma di sistema: far nascere un silos istituzionale per la LTC?

Le dimensioni attuali e prospettiche della LTC anziana in Italia sono tali da richiedere l'identificazione di un silos istituzionale dedicato al problema. **Deve nascere un Servizio nazionale per la LTC, che ha come missione le politiche socio-assistenziali e socio-assistenziali per la LTC, escludendo le prestazioni sanitarie che rimangono in capo al SSN. Esso potrebbe dedicarsi sia al target anziani, sia al target disabili adulti. Esso può essere finanziato ricomponendo tutte le risorse pubbliche in gioco: fondi INPS per la LTC, spesa socio-sanitaria SSN per LTC e spesa degli enti locali, ovvero 34 Mld, diventando quindi uno dei pilastri finanziariamente più rilevante del nostro sistema istituzionale.** Similmente al SSN, il Servizio Nazionale di LTC può essere istituzionalmente multilivello, coinvolgendo con ruoli e responsabilità distinte e specifiche Stato, regioni e territori. Lo Stato deve decidere il livello di finanziamento del Servizio Nazionale di LTC, i diritti esigibili, gli standard di servizio minimo, indirizzi per il cofinanziamento delle famiglie. Le Regioni potrebbero costituire e governare il loro sistema regionale di LTC, partecipando alla discussione sui criteri di allocazione del fondo nazionale di LTC, definendo e attivando i soggetti erogatori territoriali. I soggetti erogatori dei servizi avranno natura e configurazione molto diversa nelle singole regioni, perché troppo eterogenee sono le traiettorie storiche di evoluzione istituzionale in corso. Alcune regioni hanno una importante componente pubblica di produzione di servizi socio-sanitari (ASP, IPAB, Fondazioni controllate da soggetti pubblici), altre hanno una tradizione di forte esternalizzazione al III settore o al settore profit, altre presentano assetti misti. Ogni regione definirà il proprio modello produttivo, in base ai propri orientamenti politici e valoriali.

Gli elementi unificanti dovrebbero essere almeno quattro:

- l'indirizzo ad **attivare soggetti produttivi integrati**, capaci di offrire l'intera gamma dei servizi di LTC (dal counseling al letto di vacanza assistenziale, dal centro diurno alle cure domiciliari intense, dalla domotica alla telesorveglianza o teleassistenza in remoto, ecc.) per aree geografiche omogenee, in modo di disporre di erogatori integrati e completi capaci di garantire una presa in carico completa, anche al cambio di stadio di bisogni assistenziali;
- l'orientamento a **catturare tutta la spesa privata delle famiglie con servizi a pagamento o servizi a co-finanziamento perché integrati con risorse pubbliche**, in modo da professionalizzare progressivamente l'offerta di servizi di LTC e di ridurre lo spazio per i servizi informali;
- **attivare forme di rappresentanza o di voce degli stakeholder locali**;
- costruire e codificare le **procedure di integrazione con i servizi sanitari e i servizi sociali**.

La presenza di un Servizio nazionale della LTC permetterebbe di definire una politica unitaria sulla compartecipazione economica delle famiglie, sui criteri di eleggibilità ai servizi e sui criteri accesso alle misure di sostegno monetario. Questo permetterebbe di ricreare ordine ed equità nella distribuzione dei benefici garantiti dal sistema di welfare pubblico, potendo inserire anche maggiori profili redistributivi. A titolo

d’esempio è immaginabile definire un percorso di co-partecipazione per tutti i servizi in funzione del reddito, in modo da eliminare le barriere di accesso alle strutture protette per la classe media, così come il valore dei trasferimenti potrebbe essere modulato su reddito e patrimonio dell’anziano, aumentando il valore dei contributi pubblici ai meno capienti e abbassandolo ai più benestanti.

Un Servizio Nazionale per la LTC determinerebbe molti impatti istituzionali e di policy rilevanti:

- ⇒ sistematizzare stabilmente nell’agenda del sistema politico il tema della LTC;
- ⇒ esplicitare quantitativamente il bisogno di LTC, l’intensità assistenziale garantita da risorse pubbliche, il tasso di copertura del bisogno offerto, permettendo al paese di riflettere sullo sforzo fiscale o assicurativo che si ritiene utile condividere per questo ambito;
- ⇒ individuare a livello di governo centrale quale ministero è unitariamente responsabile della LTC (nuovo ministero del welfare, Presidenza del Consiglio o Ministero della Salute).

## **8.2. Le innovazioni possibili nella geografia dei servizi e nell’evoluzione dei ruoli professionali**

Nelle società contemporanee i bisogni di LTC sono sempre più diversificati e dinamici, così come sono differenti le culture di accesso e consumo di servizi e le priorità nell’allocazione delle risorse da parte delle famiglie. È necessario, anche nella LTC, favorire un ampliamento dei servizi disponibili che integri le tipologie di offerta oggi esistenti, per rendere più efficace la presa in carico degli utenti e l’uso delle risorse pubbliche e private con servizi più flessibili e adattabili alle specifiche esigenze delle singole famiglie e al dinamismo dei bisogni delle persone. In particolare è necessario agire in tre direzioni:

- ⇒ L’adozione di un modello valutativo dei bisogni che faccia riferimento a variabili univoche, sintetiche e omogeneamente misurate, utili a guidare la stratificazione delle popolazioni destinatarie degli interventi, l’integrazione delle risposte e la misura della loro efficacia;
- ⇒ la corrispondente diversificazione dei servizi, ampliando la gamma di quelli all’interno dei quali le famiglie (con l’ausilio di un professionista esperto del Servizio Nazionale di LTC) possano scegliere la soluzione più appropriata per il loro assistito e l’intensità delle risposte erogabili lungo le diverse fasi temporali della storia naturale della condizione;
- ⇒ l’innovazione dei servizi in coerenza all’evoluzione dei format dei servizi alle persone, della modifica delle esigenze e sensibilità delle famiglie, delle possibilità di integrazione tecnologica entro i confini di un governo uniforme e efficiente delle risposte.
- ⇒ La promozione dell’integrazione del pubblico con le strutture di volontariato, e l’attivazione di sistemi di autoaiuto con il sostegno/guida della componente pubblica dei servizi

Il Servizio Nazionale per la LTC dovrebbe promuovere e aggiornare periodicamente l’elenco dei servizi autorizzabili e accreditabili, con l’obiettivo di ampliare il portafoglio di servizi tra cui le famiglie possano scegliere, per rispondere in modo più appropriato ed efficace possibile ai bisogni degli utenti. Esso può essere

innovato anche su proposte e suggestioni delle regioni e dei soggetti produttori, alla luce di valutazioni costo-efficacia per la collettività. Per costruire e aggiornare progressivamente un portafoglio di servizi diversificato e completo si promuoveranno sia sperimentazioni che la messa a sistema di esperienze innovative già in corso. Elenchiamo alcuni esempi di servizi innovativi che potranno innovare il portafoglio d'offerta per la LTC:

- Counselling a care giver familiare;
- Case management dell'utente;
- Counseling o supervisione a caregiver professionale;
- Independent Living Facilities: es. Social Housing o Co-housing protetto;
- Cure domiciliari intense;
- Centri diurni Alzheimer/decadimento cognitivo;
- Alzheimer Caffè;
- Telesorveglianza notturna e festiva
- (Infermiere di famiglia/condominio/parrocchia) sta in più di una delle proposte fatte
- Servizi di accompagnamento

Per ogni tipo di servizio il Servizio nazionale per la LTC dovrebbe definire standard di attività, mix di competenze professionali da attivare, tariffe a carico del sistema pubblico e a carico delle famiglie minime di riferimento. Sembra necessario evitare che gli standard che si vorranno definire per le strutture a maggiore diffusione e rilevanza sociale, siano impropriamente derivati dalla metodologia sanitaria e ospedaliera, per evitare la diffusione di risposte e costi impropri già garantiti dai normali servizi di cure primarie. Le singole regioni potranno incrementare questi standard di servizi ed economici minimi in base alle loro politiche regionali per la LTC.

Servizi di questo tipo comportano il consolidamento e la diffusione di nuove figure professionali, soprattutto nell'ambito delle professioni sanitarie e degli operatori socio-sanitari.

## APPENDICE

### 9.0 - IL CONTRIBUTO POSSIBILE DELLE TECNOLOGIE (TECNO ASSISTENZA)

#### 9.1 Health Technology Assessment (HTA)

In questo contesto, l'Health Technology Assessment (HTA) rappresenta lo strumento operativo con cui è possibile analizzare gli effetti, diretti e indiretti, a lungo e a breve termine, reali o potenziali, dovuti all'introduzione di una tecnologia sanitaria in un particolare e delicato contesto organizzativo come quello oggetto di analisi.

L'HTA viene definito come un processo multidisciplinare in grado di sintetizzare le informazioni sugli aspetti sanitari, sociali, economici, tecnici, organizzativi, etici e giuridici legati all'uso di una tecnologia sanitaria in modo trasparente e obiettivo e la formulazione di politiche sanitarie incentrate sui pazienti.

In particolare, in tale contesto accanto ai dati relativi alla sicurezza e all'efficacia clinica delle tecnologie, assumono un ruolo di fondamentale importanza la sostenibilità economica, l'impatto organizzativo, gli aspetti etici e sociali. È essenziale infatti, considerare sia l'impatto che la tecnologia può avere sulla qualità di vita dei pazienti anziani ma anche l'equità nell'accesso ai trattamenti. Un esempio è rappresentato dalla possibilità offerta dalle nuove tecnologie di garantire la continuità di cura presso la propria abitazione riducendo i costi dell'assistenza che gravano sul SSN.

Dal punto di vista economico sono da considerare sia i costi diretti relativi alle spese direttamente monetizzabili sostenute per l'acquisto di beni e servizi, che i costi indiretti relativi alla patologia in questione e per definizione valutabili in termini di perdita di risorse per la collettività mediante l'analisi costo opportunità. Relativamente agli aspetti organizzativi per la gestione delle cronicità, la specifica tecnologia deve essere integrata nella progettazione dei nuovi processi di cura garantendo un supporto avanzato ai pazienti anche attraverso l'integrazione tra ospedale e servizi territoriali.

Per quanto riguarda gli aspetti etici e sociali sono da considerare i fattori personali (cfr. capacità fisiche/mentali, accettabilità, privacy, affidabilità, etc.), tecnici (cfr. usabilità, rischi legati all'errore d'uso, etc.) e ambientali (cfr. status economico, rimborsabilità prestazioni, etc.).

Tutti gli aspetti sopra menzionati, assieme alla effettiva/reale valenza clinica, economica, tecnica, organizzativa delle relative tecnologie abilitanti, dovrebbero essere valutati e approfonditi mediante la già citata metodologia dell'HTA.

Di seguito vengono riportate alcuni esempi di tecnologie di supporto al soddisfacimento dei bisogni della popolazione anziana con particolare riferimento ai malati cronici non autosufficienti ed alle persone con compromissione cognitiva:

- Applicazioni di monitoraggio in remoto (Tabella 16)
- Biorobotica (Tabella 17);

- Applicazioni che impiegano grandi banche di dati biomedici e sanitari (Tabella 18);
- Medicina di Precisione (Tabella 19);
- Tecnologie interventistiche-terapeutiche (Tabella 20);

## 9.2 Applicazioni di monitoraggio in remoto

Le Information and Communication Technologies (ICT), grazie alla loro semplicità e diffusione, potrebbero rappresentare una utile risorsa per ottimizzare il processo di gestione del paziente in condizione di cronicità. Ad esempio, il modello concettuale del Chronic Care Model (CCM) può essere “rafforzato” e “ampliato” da tecnologie che contribuiscano all’attuazione dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali (PDTA), fornendo supporto nell’ambito dell’educazione e della formazione del paziente. Queste non andrebbero a sostituire la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto medico-paziente ma potrebbero mettere a disposizione una serie di strumenti utili a migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza, contribuendo ad assicurare equità nell’accesso alle cure anche in territori remoti, a supportare la gestione delle cronicità, a garantire una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.

In particolare, i possibili ambiti di sviluppo fanno riferimento alle seguenti aree:

1. **Prodotti ICT, servizi e applicazioni di tipo generico:** sono strumenti disponibili sul mercato e sviluppati per la popolazione generale (es. smartphone, tablet, applicazioni, tecnologie di social networking). Una delle loro principali funzioni è la comunicazione. Le persone anziane possono usarle per partecipare in remoto ad attività sociali, lavorative, di apprendimento o di svago.
2. **Tecnologie assistive:** si riferiscono a dispositivi e apparecchiature che compensano i disturbi sensoriali, motori o cognitivi. Includono software di riconoscimento vocale, telefoni testuali, tastiere accessibili, software di riconoscimento del linguaggio parlato, lenti elettriche intelligenti e lenti da lettura, altri dispositivi che aiutano l'utente a guidare o a praticare sport e ausili di memoria su smartphone o tablet.
3. **Smart Homes:** si riferiscono a modelli abitativi integrati da diverse tecnologie utili per monitorare, inviare avvisi e svolgere funzioni secondo criteri specifici. Esse aiutano le persone anziane a svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana, includendo sistemi di automazione domestica telecomandati controllati da remoto che dispongono di vari sensori per porte e cancelli; sistemi di riscaldamento; dispositivi di sicurezza; illuminazione; interruttori on/off per vari elettrodomestici e home entertainment.
4. **Assistenza sanitaria basata sulla tecnologia.** Le tecnologie sanitarie possono aiutare a prevenire, individuare precocemente, curare e gestire le condizioni croniche:

a. **Telemedicina**, definita dall'OMS come "la fornitura di servizi sanitari, in contesti dove la distanza è un fattore critico, da parte di tutti gli operatori sanitari che utilizzano le tecnologie dell'informazione e della comunicazione per lo scambio di informazioni utili per la diagnosi, il trattamento e la prevenzione di malattie

e lesioni, la ricerca, la valutazione e per la formazione continua degli operatori sanitari, tutti nell'interesse di promuovere la salute delle persone e delle loro comunità".

b. **Telehealth**, applicazioni di telerilevamento o di gestione della malattia che erogano servizi da un operatore sanitario a un cittadino, da un professionista della salute a un altro, o tra cittadini e familiari.

c. **Telemonitoraggio** (o monitoraggio remoto), scambio remoto di dati fisiologici tra un paziente a casa e gli operatori sanitari in ospedale per assistere nella diagnosi e nel monitoraggio. Alcune tecnologie gestiscono e monitorano a distanza una serie di condizioni di salute e raccolgono/inviano informazioni sui segni vitali a un centro di monitoraggio per l'interpretazione, utilizzando linee telefoniche o tecnologia wireless.

5. **L'assistenza domiciliare basata sulla tecnologia** si riferisce all'uso dell'ICT per monitorare il benessere, fornire un ambiente domestico sicuro e facilitare l'azione dei sistemi di assistenza domiciliare formalizzati e di governo/monitoraggio della presa in carico specialistica o in cure primarie.

6. **I servizi di benessere basati sulla tecnologia** offrono strumenti per supportare stili di vita più sani. Includono principalmente strumenti per la valutazione e l'esercizio cognitivo e motorio.

Le tecnologie della sanità digitale (e-Health) possono risultare una risorsa per ottimizzare il processo di gestione del paziente cronico, migliorando l'operatività nel luogo dove il paziente vive, favorendo la gestione domiciliare della persona e in molti casi riducendo i costi sociali degli interventi. In termini di applicabilità, l'uso delle tecnologie in ambito sanitario si ascrive all'interno di modelli di intervento orientati non verso la malattia, ma verso la persona (person-focused o person-centered care), che enfatizzano il coinvolgimento attivo dei pazienti nel processo di cura e l'uso della tecnologia come strumento di scambio continuo tra i pazienti e i professionisti della salute, aumentare la sostenibilità dei sistemi di assistenza sanitaria e domiciliare, rendendo possibile la programmazione e attuazione di politiche di sostegno a lungo termine, indispensabili per l'assistenza di persone fragili con patologie croniche.

## 7. **Telesorveglianza/Teleassistenza Domiciliare (Concept)**

I dati provenienti dal real world e le evidenze scientifiche suggeriscono che per la gestione domiciliare dei pazienti cronici (spesso con numerose co-morbidità) è indispensabile puntare su modelli organizzativi a gestione extra-ospedaliera, efficaci nel migliorare qualità di vita e nel ridurre mortalità e reospedalizzazioni.

È auspicabile ricorrere a un approccio multidisciplinare (team multiprofessionale specializzato) condiviso tra:

- assistenza specialistica ospedaliera
- cure primarie,
- reti clinico-assistenziali integrate tra ospedale e territorio guidate da percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) che devono sempre essere basati su linee guida di elevata qualità metodologica.

Indispensabile il coinvolgimento dei medici di medicina generale e degli infermieri (di famiglia?), formulando raccomandazioni su vari aspetti della gestione della malattia: diagnosi, approccio multidisciplinare, sviluppo del piano assistenziale, terapia farmacologica, monitoraggio dei pazienti, consigli su stili di vita e programmi di

riabilitazione, sino alle cure palliative. Considerato che i pazienti cronici spesso presentano comorbidità rilevanti (ipertensione, diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva, etc.), gestire tutte le informazioni è un processo complesso (necessario il ricorso a piattaforme web-based condivise da tutti gli attori di processo) con ruoli e responsabilità che devono essere ben definite sin dall'inizio del percorso di telesorveglianza/teleassistenza domiciliare

I pazienti cronici vengono routinariamente assistiti in setting tecnologici e clinico-specialistici domiciliari e, in occasione di riacutizzazioni, possono essere ospedalizzati e successivamente, una volta stabilizzati, restituiti alle cure primarie

Il team di cure primarie dovrebbe essere responsabile della gestione domiciliare "ordinaria" del paziente cronico appena questi è stabile e il trattamento è stato ottimizzato.

Strumenti tecnologici attualmente presenti sul mercato e operativi per la telesorveglianza/teleassistenza domiciliare fornita da Centri Servizi:

- dossier sanitario personale web-based con il PDTA personalizzato del paziente (le cui credenziali di accesso sono fornite al team multiprofessionale specializzato e al team di cure primarie)
- al domicilio, un'APP su smartphone che funziona da raccolta dei vari parametri vitali rilevati dai devices IoT
- l'APP è un gateway dei segnali rilevati che vengono indirizzati, in tempo reale, al dossier sanitario personale web-based
- i valori soglia dei parametri rilevati sono programmabili e personalizzabili per ogni paziente (gli alert fuori-soglia sono centralizzati e monitorati dai Centri Servizi)
- l'APP ha la possibilità di ricevere "notifiche" qualsivoglia da parte del team multiprofessionale (memo aderenza terapia, visite di controllo, suggerimenti educazionali) e, nel contempo, in video-conference assistere a training riabilitativi, televisite, etc.

Incentivare lo sviluppo tecnologico, però, senza contemporaneamente porre un'adeguata enfasi sulla creazione di sistemi di management clinico, può ostacolare l'uso sistematico della tecnologia in ambito sanitario, favorendo al contrario applicazioni sporadiche, non adeguatamente programmate e quindi scarsamente efficaci. Ne sono un esempio i training cognitivi computerizzati usati nell'ambito delle demenze. Gli studi infatti mostrano che, quando vengono utilizzati a domicilio senza un piano di assistenza e supervisione, si dimostrano del tutto inefficaci nel migliorare la performance cognitiva.

I nuovi strumenti tecnologici, infatti, se da un lato sono pensati per migliorare la qualità delle cure per le comunità di anziani, dall'altro si scontrano con limiti e barriere concrete. In primo luogo, gli utenti stessi tendono spesso a non aderire all'uso della tecnologia nell'ambito dell'assistenza. In secondo luogo, la complessità delle tecnologie, i costi elevati, la reale usabilità, le questioni etiche e legali legate a possibili abusi e malpractice, la mancanza di fondi adeguati sono da considerare come ostacoli concreti all'implementazione efficace e attuale dell'ICT.

In conclusione, considerati i benefici legati all'introduzione e all'uso sistematico della tecnologia in ambito sanitario, risulta fondamentale concentrare le risorse nella definizione di standard e best practices che guidino l'implementazione degli strumenti tecnologici. Inoltre, un aspetto centrale riguarda la necessità di stabilire, attraverso programmi di training orientati a pazienti, caregivers e professionisti della salute, il terreno su cui fondare programmi di cura e di assistenza a lungo termine. L'obiettivo può essere quello di sfruttare gli strumenti tecnologici per garantire una maggiore sostenibilità economica dei servizi sanitari e socio-assistenziali e una maggiore accessibilità da parte degli utenti.

### 9.3 Biorobotica: L'uso della robotica nei sistemi di LTC verso persone anziane

Negli ultimi anni la tecnologia robotica sta emergendo come un ulteriore strumento di assistenza in questo ambito. Secondo la definizione dell'International Federation of Robotics, un Robot è un attuatore meccanico programmabile e con un certo grado di autonomia operativa (ad es. avviare e interrompere una certa operazione alla rilevazione di determinati eventi o fenomeni senza l'intervento umano) in grado di muoversi nel proprio ambiente e di eseguire compiti specifici (International Federation of Robotics). Sono già ampiamente utilizzati in ambito industriale e si stanno diffondendo come elettrodomestici nel mercato consumer. Entro i confini del programma UE Horizon 2020, la Robotics 2020 Multi-annual Road map (2017) propone tre ambiti di ricerca e innovazione per gli Health Care Robots:

⇒ **Robotica Clinica** (Clinical Robotics): Supporta il processo di "care" and "cure". In primo luogo nella diagnosi, nel trattamento nella chirurgia e nelle medicazioni, ma anche nell'assistenza sanitaria di emergenza. Questi robot sono utilizzati dallo staff medico o altro personale addestrato.

⇒ **Robotica Riabilitativa** (Rehabilitation Robotics): Copre il trattamento post-operatorio o post infortunio tramite la diretta interazione fisica con un sistema robotico che migliora il recupero o agisce come rimpiazzo per la funzione perduta.

⇒ **Robotica Assistiva o Ausili robotici** (Assistive Robotics): Copre altri aspetti della robotica all'interno dei processi di cura dove la funzione primaria del sistema robotico è quello di fornire assistenza sia agli operatori che ai pazienti, sia in ospedale che nelle strutture specializzate.

In ambito assistivo, più in generale, è possibile distinguere fra Robot di compagnia e Robot di servizio e fra Robot fisici (che devono interagire applicando forze alla persona) e non fisici (l'interazione avviene senza scambio di forza). I robot possono essere utilizzati nella cura degli anziani in diversi modi: come caregiver per l'assistenza quotidiana; per fornire reminder e istruzioni nelle attività della vita quotidiana o per assistere un caregiver in questo tipo di compiti; per monitorare il comportamento e la salute dell'anziano; per fornire compagnia e contatto sociale. Inoltre i robot possono funzionare da personal trainer e da motivatori per ottenere un determinato comportamento. Un ulteriore ambito di applicazione riguarda l'aiuto ai caregiver in specifici compiti di assistenza come dare da mangiare o fare il bagno a persone anziane con disabilità. I robot possono facilitare compiti pesanti come spostare una persona dal letto alla carrozzina senza l'intervento

umano. I robot possono inoltre svolgere compiti meno gravosi come rispondere a richieste vocali o fornire la classica assistenza svolta da un cane guida. Un altro ambito di possibile utilizzo domestico è quello riabilitativo fisico e cognitivo.

Un aspetto decisivo riguardo l'uso dei robot per l'assistenza della persona anziana al domicilio riguarda il reale sfruttamento commerciale. Infatti, quelli commercializzati sono solo una piccolissima percentuale rispetto a quelli ancora in corso di sviluppo o in una fase di conceptual design, dunque senza un concreto prototipo disponibile. Da una parte, infatti, i dati oggi a disposizione suggeriscono che l'ambito dell'ICT e della robotica usate per l'assistenza della persona anziana in condizione di LTC è ancora in una fase iniziale di sviluppo, con tutti i limiti metodologici che questo può significare. Dall'altra, però, incoraggia l'idea che molto può essere migliorato sia in termini di definizione e implementazione delle soluzioni tecnologiche che riguardo la qualità degli studi che ne dovrebbero dimostrare l'efficacia. Considerando le previsioni di aumento della popolazione anziana nei prossimi anni, è certamente utile programmare studi specifici e su ampia scala utilizzando la metodologia della valutazione multidisciplinare tipica dell'HTA la cui importanza è stata richiamata più volte dallo stesso WHO in merito alla decisione dell'allocazione delle risorse nei sistemi sanitari solidaristici.

Tabella 16: Applicazioni di monitoraggio in remoto

Device	Descrizione	Outcome attesi
Piattaforme di Ambienti di vita assistiti (Ambient Assisted Living, AAL)	Sistemi che, attraverso funzionalità tipiche degli Smart Environment, sono in grado di operare come Ambient Assisted Living (AAL). Impiegando tecnologie non invasive, consentono il monitoraggio delle attività quotidiane degli anziani nell'ambiente domestico e di supportare le loro necessità garantendo un prolungato stile di vita indipendente (tecnologie di riconoscimento video, audio e integrazione multisensoristica). Esse sono in grado, dunque, di rilevare eventi pericolosi improvvisi (come una caduta) e di svolgere analisi a medio e lungo termine del comportamento della persona osservata per rilevare cambiamenti comportamentali che potrebbero essere legati a disordini neuro-degenerativi.	Miglioramento monitoraggio dei pazienti in remoto
Telemedicina/ monitoraggio medico a distanza (DMM)	Tecnologie per il monitoraggio dei pazienti in remoto (DMM) consentono di risparmiare risorse finanziarie e umane e ridurre i tempi di risposta alle emergenze. I sistemi mobili di DMM possono aiutare sia i medici che i pazienti fornendo un accesso immediato alle informazioni mediche, in particolare in caso di emergenza	Miglioramento monitoraggio dei pazienti in remoto
Sistemi di riconoscimento facciale per il pain management App "PainChekTM"	Nuovo sistema per la valutazione del dolore in persone con demenza senile avanzata che utilizza una combinazione di tecnologie (Internet of Things).	Miglioramento monitoraggio dei pazienti in remoto
Dispositivi di controllo di disfunzioni fisiologiche e comportamentali.	Si tratta di progetti di ricerca volti al miglioramento della sicurezza nell'ambito domestico e ospedaliero, mediante l'affinamento tecnologico di dispositivi finalizzati alla gestione delle disabilità e alla verifica delle condizioni di sicurezza e affidabilità degli strumenti diagnostici e terapeutici attraverso tecniche ingegneristiche e bio-ingegneristiche utili al rilevamento dei segnali biologici, e allo sviluppo di materiali e di tecniche di rilevazione ad alta affidabilità dei segnali elettromiografici, elettroencefalografici, elettrocardiografici e vegetativi utili al rilevamento e alla prevenzione delle situazioni di criticità nelle patologie croniche disabilitanti.	Miglioramento monitoraggio dei pazienti in remoto
Tecnologie sanitarie basate su sensori per smartphone	La crescente diffusione degli smartphone, insieme ai sensori incorporati e alle moderne tecnologie di comunicazione, rendono tale tecnologia utile per il monitoraggio continuo e remoto della salute e del benessere di una persona con costi aggiuntivi trascurabili. Essi possono rappresentare un'alternativa economica per il monitoraggio a lungo termine della salute e possono consentire al personale sanitario di monitorare e valutare i propri pazienti da remoto senza interferire con le loro attività quotidiane.	Monitoraggio dei pazienti in remoto a basso costo.
Dispositivi indossabili	L'abbigliamento "elettronico" associato ai sensori è una modalità utilizzata per raccogliere dati sanitari. Collocati all'interno di servizi di assistenza domiciliare, tali device consentono di migliorare il rapporto medico-paziente.	Monitoraggio dei pazienti in remoto
Dispositivi Smart (esempi)	Occhiali in grado di registrare i movimenti del corpo e del capo, e di valutare, grazie a giroscopio e accelerometro, l'equilibrio del soggetto nello spazio; Applicazioni di bande speciali sui materassi per registrare la qualità del sonno; Smartphone di uso quotidiano muniti di giochi di memoria, elaborati specificamente per testare lo stato della memoria, dell'orientamento e la capacità di risolvere problemi più o meno complessi.	Miglioramento diagnosi e monitoraggio dei pazienti
Applicazione digitale	L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) sta lanciando un pacchetto di strumenti, tra cui un'applicazione digitale per aiutare gli operatori sanitari e sociali a fornire una migliore assistenza agli anziani. L'innovativa applicazione digitale interattiva si chiama WHO ICOPE Handbook App e fornisce una guida pratica per affrontare le condizioni prioritarie tra cui limitazioni di mobilità, malnutrizione, perdita della vista e dell'udito, declino cognitivo, sintomi depressivi, assistenza sociale e supporto.	Monitoraggio dei pazienti in remoto

Tabella 17: Biorobotica

Device	Descrizione	Outcome attesi
Assistive robot (M.A.R.I.O - Managing active and healthy aging with use of caring service robots)	Sistema di gestione dell'invecchiamento attivo e in salute mediante l'uso di robot assistivo: il robot, quando sarà completata la fase di sviluppo, assisterà gli anziani dal punto di vista mnemonico e sociale. Non fornirà assistenza fisica ma aiuterà gli anziani a non sentirsi soli: potrà telefonare, leggere le notizie, fungere da portiere, ricordare gli orari dei pasti o delle pillole. In una prima fase potrà interagire grazie ad un tablet posto sulla parte anteriore, successivamente si attiverà con la voce e risponderà persino ai comandi vocali. Osservando l'anziano, il robot dovrà monitorare una serie di valori, tra cui: parametri vitali, disabilità funzionale, numero di farmaci, stato cognitivo, stato nutrizionale e rischio piaghe da decubito.	Miglioramento condizioni di vita: aiutare gli anziani a sentirsi meno soli
Assistive robot	Alcuni ricercatori dell'Università della California, San Diego hanno analizzato le richieste dei caregiver dei pazienti con demenza senile, individuando alcune necessità principali. I robot dovrebbero aiutare a reindirizzare le conversazioni quando le domande ripetitive diventano gravose, essere integrati in oggetti di uso comune a cui le persone con demenza hanno già familiarità, essere in grado di adattarsi alle nuove situazioni e al comportamento della persona con demenza. Inoltre, dovrebbero essere in grado di imparare dagli utenti finali e personalizzare le loro interazioni e risposte, oltre ad avere componenti di tipo umano.	Miglioramento condizioni di vita: aiutare gli anziani a sentirsi meno soli e più attivi
Tecnologie Assistive (TA) e Protesi ed ortesi (strumenti avanzati di meccatronica, ausili per la mobilità)	Strumenti al servizio dell'autonomia e dell'assistenza personale. Esempi: Comunicazione, uso strumenti informatici, Mobilità, Cura personale, attività domestiche, Adattamento posto di lavoro, Assistenza domiciliare, Ausili sensoriali, Protesi, ortesi, Sport, Tempo libero, Applicazioni Domotiche, Attività Scolastiche, Accessibilità, etc.	Miglioramento condizioni di vita

Tabella 18: Applicazioni che impiegano grandi banche di dati biomedici e sanitari

Device	Descrizione	Outcome attesi
Intelligenza artificiale	Ricercatori di UC Davis e UC San Francisco hanno sviluppato un nuovo strumento di intelligenza artificiale per potenziare la ricerca sull'Alzheimer. Hanno creato un sistema di apprendimento approfondito per identificare placche di amiloide in fette di cervello di pazienti, individuando sottotipi specifici della malattia di Alzheimer, nel processo che consente la medicina di precisione e una ricerca più rapida. Il team ha utilizzato un database di immagini di esempio per addestrare il loro algoritmo di apprendimento automatico per identificare i diversi tipi di cambiamenti cerebrali osservati nelle malattie di Alzheimer. Ciò include la discriminazione tra le cosiddette placche animate e diffuse e l'identificazione di anomalie nei vasi sanguigni.	Miglioramento diagnosi: i ricercatori hanno confermato che le capacità di identificazione sono biologicamente accurate.
Realtà Virtuale	Ricercatori dell'Università di Cambridge hanno dimostrato che la realtà virtuale (VR) può essere utilizzata come strumento per diagnosticare la malattia di Alzheimer in modo più efficace rispetto ai test esistenti. In particolare, la ricerca si basa sul fatto che le cellule nel "sistema di posizionamento globale" della corteccia entorinale del cervello (interfaccia tra ippocampo e corteccia cerebrale) e costituita da una rete di neuroni specializzati, sono le prime ad essere danneggiate nella malattia di Alzheimer. Pertanto, l'identificazione di una scarsa funzionalità all'interno di questa regione del cervello può indicare l'insorgenza dell'Alzheimer.	Migliorare la diagnosi

Tabella 19: Medicina di Precisione

Device	Descrizione	Outcome attesi
MRI funzionale	Permette di misurare l'attività in diverse regioni del cervello esaminando il flusso sanguigno	Migliorare la diagnosi
Spettroscopia funzionale	Permette di valutare la morfologia e la funzione del cervello	Migliorare la diagnosi
SPECT; PET; F-deossiglucosio-PET; CT	Sistemi di imaging che permettono di distinguere tra tipi di demenza, aumento della sicurezza diagnostica nella valutazione della demenza, distinzione tra demenza da depressione, ecc.	Migliorare la diagnosi
Aghi per liquido cerebrospinale	Permettono la raccolta del liquido cerebrospinale per i test sui biomarcatori	Migliorare la diagnosi
Elettroencefalografo	Diagnosi differenziale delle presentazioni cliniche atipiche della malattia di Alzheimer	Migliorare la diagnosi
Sensori per le complicazioni motorie	Monitoraggio della risposta alla terapia e complicazioni motorie (fluttuazioni motorie, discinesia). Raccogliere dati validi di fluttuazioni motorie, cadute, andatura. Disponibili: Accelerometri, giroscopi, magnetometri, elettrogoniometri, sensori EMG di superficie. Necessari: piccoli cerotti sulla pelle o altri sensori che migliorano l'aderenza del paziente	Monitoraggio
Sensori di sudore, conduttanza cutanea, frequenza cardiaca, di pressione sanguigna	Sensori per la raccolta di dati validi relativi ai sintomi e alla progressione della malattia. Disponibili ma richiedono miglioramenti	Monitoraggio dei sintomi e della progressione non motori
Sensori per le caratteristiche prodromiche	Sensori non ancora disponibili, ma che sarebbero necessari per abilitare lo screening della popolazione per la malattia di Parkinson compresi gli stadi più precoci (prodromici). Ad es. Stitichezza, comportamento REM (movimento oculare rapido), anosmia; sensori del sangue per biomarcatori (proteomica, ecc.)	Migliorare la diagnosi

Tabella 20 Tecnologie interventistiche-terapeutiche

Device	Descrizione	Outcome attesi
Ultrasuoni focalizzati guidati da MRI (MR-g-FUS)	L'Alzheimer è correlato all'accumulo di placche di amiloide nel cervello, quindi qualsiasi tentativo serio di rimuovere queste placche può aiutare a invertire la progressione della malattia. Il problema, con l'erogazione di terapie farmacologiche per il trattamento delle condizioni cerebrali, è la barriera emato-encefalica che impedisce alla maggior parte delle molecole di penetrare attraverso le sue difese. I ricercatori della Ohio State University Wexner Medical Center stanno lavorando per identificare se l'uso di ultrasuoni possa essere un modo efficace per sbarazzarsi delle placche amiloidi attraverso l'utilizzo di un ecografo (chiamato Insightec), che funziona all'interno di uno scanner MRI per trasmettere con precisione le onde ultrasoniche, in modo molto mirato, nel corpo del paziente.	Migliorare i sintomi dopo alcune sedute di terapia.
Stimolazione Magnetica Transcranica (TMS) ad alta frequenza	La stimolazione magnetica transcranica potrebbe aiutare i pazienti affetti da Malattia di Alzheimer a contrastare una delle conseguenze più caratteristiche e precoci della patologia: la perdita di memoria. Un possibile uso della TMS, anche a scopi diagnostici, inoltre, è in fase di studio per pazienti affetti da Malattia di Alzheimer.	Migliorare la funzione cognitiva nelle persone con malattia di Alzheimer da lieve a moderata
Ventilazione meccanica a pressione positiva continua (CPAP)	Migliora la funzione cognitiva nelle persone con malattia di Alzheimer con apnea ostruttiva del sonno.	Migliorare la funzione cognitiva nelle persone con malattia di Alzheimer con apnea ostruttiva del sonno
Capsule orali, pompe per infusione sottocutanee e gastrointestinali	Implementare formulazioni farmacologiche regolabili a rilascio prolungato, intelligente (autoregolante) con sistemi di infusione. Disponibili ma richiedono miglioramenti.	Migliorare il trattamento medico
Stimolazione cerebrale profonda	Stimolazione del nucleo subtalamico (STN), stimolazione STN a circuito chiuso e GPBS DBS (stimolazione variabile basata su potenziali di campo locali). Disponibile (ma richiede miglioramenti): STN (nucleo subtalamico) DBS (stimolazione cerebrale profonda), GPi (globo pallido parte interna) DBS, Vim (nucleo ventrointermediale), DBS del talamo.	Migliorare il trattamento chirurgico
Cueing and feedback systems a ciclo chiuso	Disponibili: Accelerometri, giroscopi, magnetometri, elettrogoniometri, sensori EMG di superficie (elettromiografia), sensori di pulsossimetria, sensori di frequenza respiratoria, sensori di pressione sanguigna	Migliorare gli interventi di riabilitazione
Apparecchiatura per terapia con luce intensa (fototerapia)	Tratta l'interruzione del riposo (circadiano) nelle persone affette da Alzheimer.	Migliorare la terapia
Microchip impiantabili	Il dispositivo è stato pensato in particolare per chi soffre di Alzheimer o altre forme di demenza, o per chi ha iniziato a manifestare problemi di memoria in seguito ad un trauma. Lo scopo del meccanismo è quello di espandere e sviluppare la memoria. L'azienda propone un piccolo microchip da inserire chirurgicamente in prossimità dell'ippocampo, la parte che fa funzionare la nostra memoria a lungo termine. Qui gli elettrodi del chip stimoleranno alcuni neuroni per farli lavorare meglio, compensando così eventuali problemi cognitivi.	Miglioramento terapia

## BIBLIOGRAFIA

1. Althubaiti A. Information bias in health research: definition, pitfalls, and adjustment methods. *J Multidiscip Healthc.* 2016;9:211–217. Published 2016 May 4. doi:10.2147/JMDH.S104807 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4862344/>)
2. Atee M. et al., A Technical Note on the PainChek™ System: A Web Portal and Mobile Medical Device for Assessing Pain in People With Dementia, *Aging Neurosci.* 10:117. doi: 10.3389/agn.2018.00117, 2018
3. Beltrametti, L. et al.; L'assistenza ai non autosufficienti: aspetti di politica economica e fiscale. Relazione per il Gruppo di lavoro intercommissione sulla riforma fiscale del CNEL, anno 2000.
4. Burgio A et al. La relazione tra offerta di servizi di Long Term Care ed i bisogni assistenziali dell'anziano. *Contributi ISTAT.* n. 4/2010.
5. Espay A.J. et al., Technology in Parkinson disease: Challenges and Opportunities, *Mov Disord.* 2016 September 31(9): 1272–1282. doi:10.1002/mds.26642.
6. Fosti G. Notarnicola E., 2019, "Il futuro del settore LTC. Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali", Egea, Milano.
7. GBD 2017 Italy Collaborators: Italy's health performance, 1990–2017: findings from the Global Burden of Disease Study 2017. Published: November 20, 2019. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30189-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30189-6).
8. Gilardi, F. et al; Frailty as the Future Core Business of Public Health: Report of the Activities of the A3 Action Group of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP on AHA). *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018, 15, 2843.
9. <http://portale.siva.it/it-IT/home/default>
10. <http://www.eastin.eu/it-it/searches/Products/IndexJaroslav Kacetl, Petra Maresova, Legislative and ethical aspects of introducing new technologies in medical care for senior citizens in developed countries, Clinical Interventions in Aging 2016:11 977–984>
11. ISTAT. *Disabilità in cifre.* Disponibile su: <http://dati.disabilitaincifre.it/dawinciMD.jsp>.
12. ISTAT. *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.* 31 dicembre 2015. [https://www.istat.it/it/files//2018/05/presidi-residenziali\\_2015.pdf](https://www.istat.it/it/files//2018/05/presidi-residenziali_2015.pdf).
13. Liotta, G.; et al. Frailty as the Future Core Business of Public Health: Report of the Activities of the A3 Action Group of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP on AHA). *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018, 15, 2843.
14. Liotta, G.; et al. Assessment of frailty in community-dwelling older adults residents in the Lazio region (Italy): A model to plan regional community-based services. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2017, 68, 1–7.
15. Majumder S, Deen J., Smartphone Sensors for Health Monitoring and Diagnosis, *Sensors* 2019, 19, 2164; doi:10.3390/s19092164, 2019
16. Motta T., Ambient Assisted Living: indicatori quantitativi per monitorare la routine di una persona, Tesi di Laurea Politecnico di Milano, Anno Accademico 2014-2015
17. Palombi, L.; Liotta, G. Frailty as a predictor of mortality and hospital services use in older adults: A cluster analysis in a cohort study. *Eur. J. Public Health* 2018, 28, 842–846.
18. Pinelli, Ambient Assisted Living, *Innovazione Tecnologica E Inclusione, MEDIA EDUCATION – Studi, ricerche, buone pratiche, ISSN 2038-3002 - Vol. 5, n. 1, anno 2014, pp. 1-13.*
19. *V Rapporto IRCCS-INRCA per il Network Nazionale per l'invecchiamento.* 2015. Elaborazioni su dati ISTAT (2015b) e Ministero della Salute (2015). Disponibile su [https://www.maggioli.it/rna/2015/pdf/V-rapporto-assistenza\\_anziani.pdf](https://www.maggioli.it/rna/2015/pdf/V-rapporto-assistenza_anziani.pdf).
20. Report ISTAT. *Indicatori demografici.* Febbraio, 2019. Disponibile su: <https://www.istat.it/it/files/2019/02/Report-Stime-indicatori-demografici.pdf>.
21. Scarcella P, Liotta G, Marazzi MC, et al. Analysis of survival in a sample of elderly patients from Ragusa, Italy on the basis of a primary care level multidimensional evaluation. *Arch Gerontol Geriatr* 2005; 40:147–56.
22. Systematic review of needs for medical devices for ageing populations: commissioned to the Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures – Surgical (ASERNIP-S) by the World Health Organization (WHO), 2015
23. WHO Guidelines on Integrated Care for Older People (ICOPE), 2017; Geneva: World Health Organization; 2017; ISBN: 9789241550109; <https://www.who.int/ageing/publications/guidelines-icope/en/>
24. WHO Global strategy and action plan on ageing and health, 2017, Geneva: World Health Organization; 2017; ISBN 978-92-4-151350-0; <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>
25. [www.medgadget.com/2019/05/artificial-intelligence-to-speed-up-alzheimers-disease-research.html](http://www.medgadget.com/2019/05/artificial-intelligence-to-speed-up-alzheimers-disease-research.html)
26. [www.medgadget.com/2019/05/virtual-reality-used-to-spot-early-signs-of-alzheimers-disease.html](http://www.medgadget.com/2019/05/virtual-reality-used-to-spot-early-signs-of-alzheimers-disease.html)

27. [www.operapadrepio.it/ricerca-scientifica/news-ricerca-scientifica/news/4198-il-robot-m-a-r-i-o-%C3%A8-arrivato-in-casa-sollievo-si-prender%C3%A0-cura-degli-anziani-affetti-da-alzheimer-con-demenza-senile-lieve.html](http://www.operapadrepio.it/ricerca-scientifica/news-ricerca-scientifica/news/4198-il-robot-m-a-r-i-o-%C3%A8-arrivato-in-casa-sollievo-si-prender%C3%A0-cura-degli-anziani-affetti-da-alzheimer-con-demenza-senile-lieve.html)
28. [www.medgadget.com/2019/03/caregivers-want-robots-to-take-care-of-annoying-dementia-sufferers.html](http://www.medgadget.com/2019/03/caregivers-want-robots-to-take-care-of-annoying-dementia-sufferers.html)
29. [www.healthmarketing.it/dispositivi-smart-tecnologia-come-strumento-prevenzione-alzheimer](http://www.healthmarketing.it/dispositivi-smart-tecnologia-come-strumento-prevenzione-alzheimer)
30. [www.medgadget.com/2019/05/focused-ultrasound-guided-by-mri-to-treat-alzheimers.html](http://www.medgadget.com/2019/05/focused-ultrasound-guided-by-mri-to-treat-alzheimers.html)
31. [www.hsantalucia.it/news/alzheimer-stimolazione-magnetica-transcranica-tms-aiuta-il-recupero-della-memoria](http://www.hsantalucia.it/news/alzheimer-stimolazione-magnetica-transcranica-tms-aiuta-il-recupero-della-memoria)
32. [www.policliniconews.it/schede-13393-cervello\\_piu\\_smart\\_grazie\\_un\\_microchip](http://www.policliniconews.it/schede-13393-cervello_piu_smart_grazie_un_microchip)
33. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4862344/>
34. [www.unicampus.it/ricerca/unita-di-ricerca/sistemi-di-elaborazione-e-bioinformatica/13141-ambient-assisted-living-aal](http://www.unicampus.it/ricerca/unita-di-ricerca/sistemi-di-elaborazione-e-bioinformatica/13141-ambient-assisted-living-aal)

*Consiglio Superiore di Sanità***Sezione I***Presidente: Prof. Bruno Dallapiccola**Segretario tecnico: Dr. Stefano Moriconi***Gruppo di lavoro****“Invecchiamento della Popolazione e Sostenibilità del Servizio Sanitario: il ruolo della *Health Technology Assessment* (HTA) per la valutazione tecnica, economica ed organizzativa della Sanità del futuro”****Prof. Mario Barbagallo***Vice Presidente Sezione V – Coordinatore e relatore*

Professore Ordinario di Medicina interna e Geriatria, Direttore del Dipartimento di Patologie emergenti e Continuità Assistenziale e Direttore della Scuola di Specializzazione in Geriatria - Università degli Studi di Palermo - Direttore UOC Geriatria e lungodegenza AOU Policlinico P. Giaccone, Palermo

**Prof.ssa Paola Di Giulio***Vice Presidente CSS – Co-coordinatore*

Professore Associato Scienze Infermieristiche generali, cliniche e pediatriche – Dipartimento Scienze della sanità pubblica e pediatriche - Università degli Studi di Torino

**Dr. Stefano Moriconi***Segretario tecnico GdL*

Coordinatore e Direttore della Struttura tecnica di Segreteria della Sezione I del Consiglio Superiore di Sanità - Dirigente medico, Ministero della salute

**Prof. Francesco Longo***Consigliere Sezione I CSS*

Professore Associato in Management pubblico, Dip.to Analisi delle politiche e management Pubblico, Università Bocconi di Milano

**Dott.ssa Valentina Gemignani**

Dirigente generale, Direttore Ufficio di Gabinetto *Ministero Economia e Finanze (MEF)*

**Prof. Raffaele Antonelli Incalzi**

Professore Ordinario di Medicina interna, Direttore Scuola di Specializzazione in Medicina interna - Direttore Geriatria, Università Campus Bio-Medico di Roma - *Presidente Eletto, Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG)*

**Prof. Ing. Sergio Cerutti**

Professore Emerito di Bioingegneria, Dipartimento di Elettronica, Informazione e Bioingegneria, Politecnico di Milano - Presidente del Comitato Etico dell'Istituto Oncologico Europeo (IEO) e Centro Cardiologico “Monzino” (CCM), Milano

**Prof. Mario Del Vecchio**

Affiliate Professor, Government, Health and Not for Profit, SDA Bocconi School of Management, Milano. Professore Associato, Direttore Sezione *Health Services Research*, Dip.to Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze.

**Dott. Ing. Pietro Derrico**

Direttore Tecnologie Infrastrutture e Governo dei Rischi, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma - *Presidente Società Italiana di Health Technology Assessment (SIHTA)*

**Prof. Gianfranco Gensini**

*Presidente della Società Italiana per la salute digitale e la Telemedicina (SIT) - Coordinatore dell'Advisory Board del Piano Nazionale delle Linee Guida, Istituto Superiore di Sanità* - Professore ordinario di Medicina Interna; già Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia e Prorettore dell'Università degli Studi di Firenze

**Dott. Fabrizio Giunco**

Direttore medico dei servizi socio-sanitari, Istituto Palazzolo di Milano, IRCCS Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS.

**Prof.ssa Cristina Masella**

Professore Ordinario di Impresa e Decisione Strategiche, Ingegneria Gestionale, Politecnico di Milano.

**Prof. Francesco Saverio Mennini**

Professore di Economia Sanitaria e Economia Politica, Facoltà di Economia, Università di Roma “Tor Vergata”.  
*Vice Presidente, Presidente Eletto, Società Italiana di Health Technology Assessment (Sihta)*

**Prof. Leonardo Palombi**

Professore Ordinario di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Facoltà di Medicina e Chirurgia - Direttore del Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università "Tor Vergata" Roma.

**Dott.ssa Federica Miragliotta**

*Sezione I CSS*

Collaboratore amministrativo, Consiglio Superiore di sanità, Direzione Generale Organi Collegiali tutela della Salute, Ministero della Salute

**Dott.ssa Modesta Visca**

*Direzione Generale Programmazione sanitaria - Min. salute*

Collaboratore tecnico professionale economia aziendale sanitaria, Ufficio 2 - Piano Sanitario Nazionale e piani di settore, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria (DGPROGS), Ministero della Salute

Ringraziamenti: **Ing. Matteo Ritrovato** (Responsabile Servizio HTA), **Ing. Francesco Faggiano** (Servizio HTA), **Ing. Elena Bassanelli** (Unità di Ricerca HTA) IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma.

**Si ringrazia per il qualificatissimo contributo:**

**Prof. Roberto Bernabei**

Professore Ordinario di Medicina Interna e Geriatria, Direttore del Dip.to Scienze dell'invecchiamento, neurologiche, ortopediche e della testa-collo-Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS – Università Cattolica del Sacro Cuore *Presidente di Italia Longeva, Agenzia del Ministero della Salute e delle Regione Marche per l'invecchiamento della popolazione*

**Dott. Filippo Leonardi**

*Direttore generale Associazione Italiana Ospedalità Private - AIOP*

**Prof. Fabio Miraglia**

Docente di economia e innovazione sanitaria, Università La Sapienza di Roma  
*Presidente Cluster of Health Innovation and Community - C.H.I.C.O.*

**Dott. Franco Massi**

*Presidente Nazionale Unione Nazionale Istituzioni e Iniziative di Assistenza Sociale - UNEBA*

**Dott. Giuseppe Milanese**

*Presidente nazionale sanità Confederazione Cooperative Italiane – ConfCooperative*

**Dott.ssa Mariuccia Rossini**

*Presidente nazionale Associazione Gestori Servizi sociosanitari e cure Post Intensive – AGESPI*

**Dott Marco Parenti**

*Vice direttore gestione operativa Korian Italia*

**Dott.ssa Maria Grazia Breda**

*Presidente Fondazione Promozione Sociale onlus Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base - CSA*

**Dott. Claudio Falasca**

*Presidenza Nazionale Associazione per l'Invecchiamento attivo – Auser*

**Dott. Roberto Messina**

*Presidenza Nazionale Federanziani*

IL COORDINATORE  
Prof. Mario Barbagallo

IL CO-COORDINATORE  
Prof.ssa Paola Di Giulio

IL SEGRETARIO DELLA SEZIONE I  
Dr. Stefano Moriconi

IL PRESIDENTE DELLA SEZIONE I  
Prof. Bruno Dallapiccola