LONG-TERM CARE IN ITALIA: verso una rinascita?

INDAGINE 2021

In collaborazione con
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
Ministero della Salute

a cura di
Davide L. Vetrano

LTC LONG TERM CARE

Ministero della Salute

ITALIA LONGEVA
PER L'INVECCHIAMENTO E LA LONGEVITÀ ATTIVA

LONG-TERM CARE IN ITALIA: verso una rinascita?

A cura di

Davide L. Vetrano
Medico geriatra, Assistant Professor in Geriatric Medicine
presso l'Aging Research Center, Karolinska Institutet, Stoccolma

Con il contributo di

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

Un progetto di Italia Longeva coordinato da

Cecilia Behmann, Project Manager
Andreina De Pascali, Segretario Generale

Impaginazione e grafica:

FCGRAFICA
di Flora Camporiondo

Finito di stampare nel mese di Novembre 2021

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

Indice

5 PREFAZIONE DI ITALIA LONGEVA

7 PREFAZIONE DEL MINISTERO DELLA SALUTE

11 IL QUADRO DI INSIEME

13 CAPITOLO 1
L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE NELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA FUTURA

19 CAPITOLO 2
I NUMERI DELLA LONG-TERM CARE
Assistenza domiciliare integrata: aggiornamento 2020 e trend annuali
Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale: aggiornamento 2020
Cure palliative
Commento

35 RINGRAZIAMENTI

PREFAZIONE DI ITALIA LONGEVA

Mentre chiudiamo la quinta edizione annuale dell'indagine di Italia Longeva, assistiamo in Italia e in buona parte del mondo a quella che assume le sembianze di una quarta ondata della pandemia da SARS-CoV-2. Sia chiaro, una risalita nei contagi con un profilo ben diverso da quello di un anno fa: si parla infatti di pandemia dei non vaccinati. Ma indipendentemente da tutto ciò, gli anziani continuano ad essere le vittime di questa pandemia. Il problema persiste, il bisogno di garantire sicurezza sociale, assistenza e cure alla fetta più fragile – e in espansione – della nostra popolazione è lungi dall'essere soddisfatto.

La lettura dei dati più recenti relativi alle cure domiciliari integrate, quelle residenziali e le cure palliative continua a non lasciarci soddisfatti. La pandemia ha determinato una brusca battuta di arresto di quella timida ma in risalita tendenza che vedeva la long-term care del nostro Paese in progressiva espansione. Ma manteniamo un certo ottimismo, e leggiamo questi dati in chiave prospettica con l'aiuto della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute che, maturata la propria analisi dei "fatti" degli ultimi 20 mesi, riprende da dove ci eravamo lasciati lo scorso anno e delinea i prossimi passaggi per la rinascita di un rete della long-term care in grado di rispondere ad un urgente bisogno di modernità.

Buona lettura.

Roberto Bernabei
Presidente Italia Longeva

PREFAZIONE DEL MINISTERO DELLA SALUTE

L'emergenza COVID-19 ha posto la salute al centro dell'agenda politica di tutti i paesi del mondo. Stiamo vivendo un momento critico e straordinario che sta generando un cambiamento nei sistemi sanitari a livello nazionale e globale.

Un cambiamento che vede le organizzazioni sanitarie e i professionisti impegnati in un processo continuo e quotidiano, che richiede rapidità e lavoro congiunto a tutti i livelli. Per attuare questa transizione, e superare gli ostacoli, occorre andare oltre, abbandonare i vecchi schemi di lavoro e abitudini.

C'è stata una grande capacità di risposta del nostro sistema, che si è ritrovato unito grazie al coraggio e alla professionalità di tutti gli operatori che hanno dato prova di un forte senso di appartenenza alla comunità.

La pandemia ha acceso nuova luce sul sistema dei servizi sociosanitari territoriali, oggi ancora di più una priorità nella programmazione sanitaria, quale modello assistenziale per una efficace presa in carico delle persone.

Siamo di fronte a una sfida importante: dobbiamo cogliere l'opportunità di far evolvere il sistema e costruire una sanità del futuro che trova la sua forza nell'innovazione, nel lavoro multidisciplinare e nella solidarietà.

Andrea Urbani
Direttore Generale della Programmazione
Sanitaria del Ministero della Salute

ITALIA LONGEVA
PER L'INVECCHIAMENTO E LA LONGEVITÀ ATTIVA

Italia Longeva - Associazione Nazionale per l'Invecchiamento e la Longevità Attiva - è l'organizzazione senza fini di lucro istituita nel 2011 dal Ministero della Salute con la Regione Marche e l'IRCCS INRCA per consolidare la centralità degli anziani nelle politiche sanitarie e di welfare, e fronteggiare le crescenti esigenze di protezione della terza età, fascia di popolazione che la pandemia ha mostrato essere ancora più fragile di quanto si potesse nella più pessimistica delle ipotesi immaginare.
Italia Longeva opera con un approccio integrato correlando i punti di eccellenza nazionali ed internazionali e le expertise scientifiche, sanitarie, sociali, economiche e tecnologiche, con l'ambizione di essere interlocutore privilegiato in tutti i settori della società influenzati dalla "rivoluzione" della longevità diffusa. Ciò nella convinzione di base che sia indispensabile coniugare il mondo delle aziende e dei sistemi di assistenza e di cura perché il Paese e il SSN possano correre.

I CAMPI DI INTERESSE

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

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

GLI OBIETTIVI E LE ATTIVITÀ

I progetti di Italia Longeva investono vari ambiti del target anziani e consistono in iniziative di comunicazione, sensibilizzazione e diffusione "culturale" verso istituzioni, aziende pubbliche e private del comparto sanitario, professionisti, pazienti, care-giver e media.
Con l'obiettivo di ideare e proporre nuovi approcci e soluzioni alle problematiche socio-sanitarie, economiche e di governance inerenti l'invecchiamento, Italia Longeva, in maniera inclusiva, riunisce stakeholder e key-player in rappresentanza di istituzioni e business community di riferimento in tavoli di lavoro, board scientifici, convegni, seminari e road show.
Per promuovere strategie e azioni volte a contrastare i deficit e i problemi che emergono con il passare degli anni, e diffondere la cultura dell'invecchiare bene, Italia Longeva realizza campagne televisive, pubblicazioni e iniziative rivolte all'opinione pubblica.

IL QUADRO DI INSIEME

Italia Longeva - Associazione Nazionale per l'Invecchiamento e la Longevità attiva - presenta nel 2021 la quinta edizione del suo approfondimento sullo stato dell'arte della long-term care in Italia e lo fa in collaborazione con la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute. Nella prima parte del documento, è proprio il Ministero ad illustrare la roadmap così come appena stabilita dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, che condurrà ad una profonda riforma delle cure primarie ed intermedie, instillando nuove e ben proporzionate risorse nel sistema, per una long-term care più efficace e sostenibile. Infatti, come è noto, la pandemia da COVID-19 ha contribuito, e contribuisce ancora adesso, a svelare ed amplificare numerose criticità dei sistemi di long-term care in tutti i paesi del mondo, con poche eccezioni, e in alcuni in particolare: tra questi l'Italia. Di fatto, la pandemia in corso ha rappresentato per il nostro Sistema Sanitario Nazionale uno stress-test di proporzioni massive, che ha scoperchiato le - in parte già note - fragilità strutturali e organizzative delle cure ospedaliere, territoriali e primarie. È opinione comune pensare alla pandemia come ad un cortocircuito che ha fatto implodere il sistema e al contempo all'innesco di un processo di rinnovamento e ammodernamento trasversale a tutti i settori della sanità. Negli ultimi anni Italia Longeva ha contribuito a identificare le criticità ma anche le eccellenze nell'ambito della long-term care nel nostro Paese. Le ha a suo modo censite, analizzate ed ha contribuito ad alimentare il dibattito sul tema assistenza e cura ai fragili tramite la presentazione di dati, spesso inediti. Nel presente documento riportiamo come di consueto un aggiornamento dei flussi della long-term care in Italia; analizziamo i trend degli ultimi cinque anni delle attività di assistenza domiciliare integrata (ADI), cure residenziali e semiresidenziali e cure palliative. In più occasioni ci soffermiamo sul quadro restituito dai dati relativi al 2020, anno di esplosione della pandemia, il cui impatto si riflette prepotentemente nei numeri registrati dalle Aziende Sanitarie e dal Ministero della Salute. Nel 2020, in controtendenza rispetto al costante trend in crescita osservato nell'ultimo quinquennio, le cure domiciliari e le cure palliative subiscono una battuta di arresto.

I dati ci dicono che nel 2020 meno di 3 individui su 100 over 65 hanno beneficiato di cure domiciliari; tassi di copertura ben al di sotto di quelli registrati in altri paesi europei e di certo insufficienti a rispondere ai reali bisogni socioassistenziali della nostra popolazione anziana e fragile. Il dato più rilevante riguarda come sempre la presenza di grosse disparità tra le Regioni italiane nell'offerta di cure domiciliari, che non fa altro che amplificare le diseguaglianze tra la popolazione, già estremamente marcate. Nel 2020 si registra un simile abbattimento nell'offerta di cure palliative, indice del fatto che nessun settore è stato risparmiato. Si ritorna infatti sotto il 30% di deceduti per patologia tumorale che hanno ricevuto cure palliative. Nel 2019 questo indicatore si attestava al 32%. Per quanto riguarda l'offerta di cure residenziali e semiresidenziali, in controtendenza rispetto a quanto mostrato da ADI e cure palliative, si osserva un incremento dei soggetti over 65 ospiti di RSA. Tuttavia, questo indicatore potrebbe essere stato fortemente influenzato dall'elevato turn-over nelle strutture residenziali durante la pandemia, che come noto si è manifestata con una elevatissima mortalità proprio tra i soggetti istituzionalizzati.

Come Italia Longeva, il nostro auspicio è che l'aggiornamento offerto in questo documento e la lettura critica dei risultati delle nostre analisi possano alimentare ancora di più il dibattito in corso ed ispirare chi, nel nostro Paese, è in prima linea nel ripensamento e nel rilancio di una long-term care capace, efficace e sostenibile.

CAPITOLO

1

L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE NELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA FUTURA

Le popolazioni vulnerabili sono state le più colpite dall'emergenza sanitaria in atto[1]. L'Italia ha confermato nelle sue linee programmatiche sanitarie il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macro-economica del servizio sanitario pubblico ed ha investito, tra le altre linee, nella riorganizzazione e nel rafforzamento dell'assistenza territoriale.

Dal punto di vista sanitario il territorio è stato il vulnus che la pandemia da Covid-19 ha fatto emergere con maggiore evidenza, rilevando la diversa capacità di reazione da parte delle Regioni e delle Province Autonome. Il rafforzamento, l'innovazione e l'integrazione dei servizi territoriali è uno degli obiettivi prioritari della programmazione sanitaria nazionale che affronta la necessità di sviluppare modelli organizzativi integrati e digitalizzati imposti dal mutato contesto socio-epidemiologico, già noto.

Di qui la centralità che la prossimità e il potenziamento dei servizi territoriali ha assunto all'interno del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) con cui si investono 7 miliardi di euro per la riforma del territorio (fondi PNRR). A questi si aggiungono 500 milioni di Piano Nazionale Complementare (PNC) per la definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico secondo l'approccio One Health, che considera la «salute» il risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente e promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato.

Figura 1.1. Distribuzione delle risorse previste dal Piano Nazionale Ripresa e Resilienza.

[1]- Health at Glance 2021 . OECD https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en

Di fatto, con il PNRR si imprime una forte accelerazione a un processo di rafforzamento dell'assistenza territoriale che era stato già avviato, prima della pandemia.
Il Patto per la salute 2019-2021, in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità, il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano Nazionale della Prevenzione, fornisce un forte impulso e investe prioritariamente sull'assistenza sociosanitaria e sanitaria domiciliare puntando tanto agli aspetti di prevenzione nell'ambito dell'assistenza primaria, quanto alla presa in carico delle persone malate croniche e non autosufficienti, seguendo un approccio proattivo multidimensionale e integrato di risposta al bisogno assistenziale.
Il PNRR, dunque, anche alla luce della lezione appresa dall'emergenza Covid-19, prosegue e implementa il modello di integrazione tra setting diversi e all'interno degli stessi setting. Non solo forte di un'ingente iniezione di risorse economiche, ma anche attraverso una riforma strutturale del territorio che prevede la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale al pari di quanto già disciplinato per la rete ospedaliera con il DM 70/2015. Per la prima volta si disporrà anche per il territorio di regole uniformi su tutto il territorio nazionale superando le diversità regionali e a favore di una maggiore equità e omogeneità nell'accesso ai servizi.
La definizione del decreto è una delle riforme previste all'interno della Missione 6 Salute a cui il Ministero della Salute sta lavorando nel rispetto delle scadenze imposte dal piano stesso.

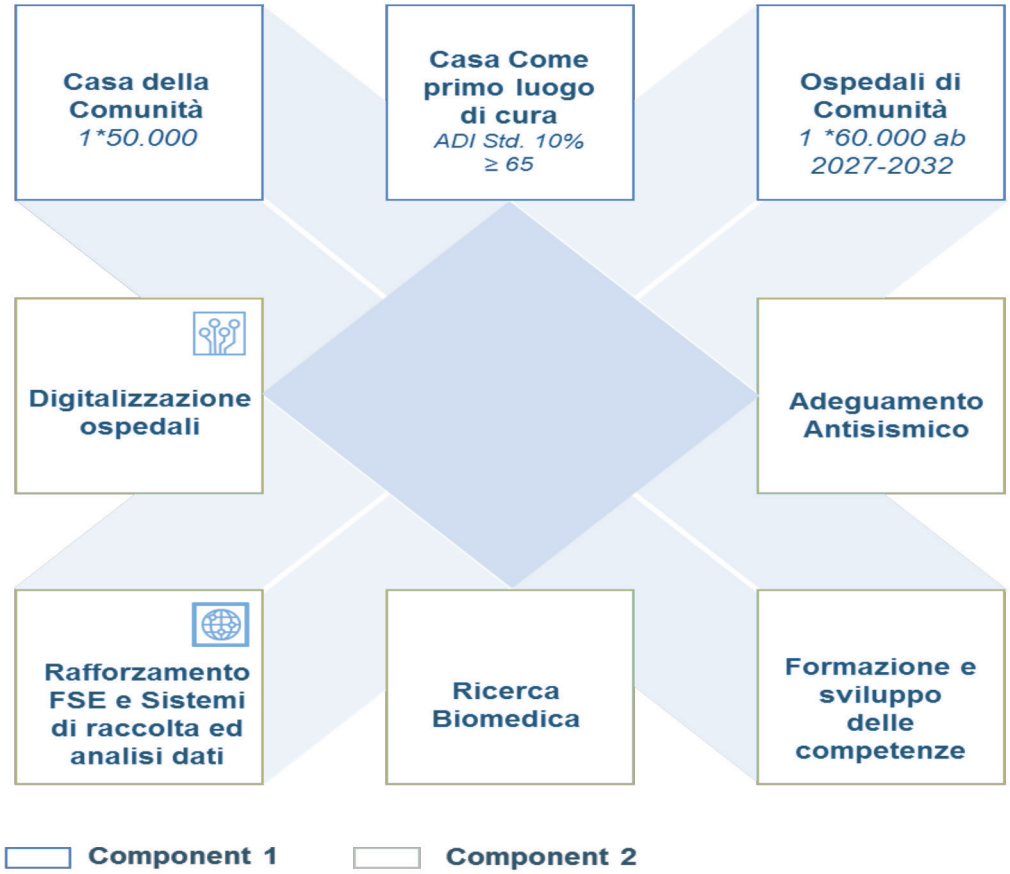

Figura 1.2. Interventi previsti dal Piano Nazionale Ripresa e Resilienza.

Missione 6: interventi

Gli obiettivi della Missione 6 sono il potenziamento del SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti; il rafforzamento delle strutture e dei servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari; il superamento della frammentazione e della mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio; lo sviluppo di soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare.

La Componente 1 Missione Salute del PNRR - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale si fonda su tre interventi:

Case della Comunità, strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici, e punto di riferimento per la continuità assistenziale in cui far convergere promozione, prevenzione della salute e presa in carico della comunità di riferimento. Si tratta di una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare composto da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute. E potrà ospitare assistenti sociali rafforzando il ruolo dei servizi sociali territoriali e una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale.

Casa primo luogo di cura, ovvero aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare attraverso l'identificazione di un modello condiviso che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione), la realizzazione presso ogni Azienda sanitaria locale di un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale e l'utilizzo della telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche, assicurando migliore "esperienza di cura" per gli assistiti e migliori livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto. Asset fondamentale per questo intervento sono le Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, che avranno il compito di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

Ospedali di Comunità per potenziare l'assistenza intermedia a livello territoriale attraverso strutture sanitarie a ricovero breve destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

Discussione

Rispetto al passato, dunque, disponiamo di fondi sostanzialmente più consistenti per l'attuazione degli interventi e possiamo utilizzare le partnership pubblico-privato per ottimizzare i tempi; parallelamente abbiamo un articolato e robusto sistema di governance pubblica delle azioni messe in atto a garanzia del corretto utilizzo delle risorse e del raggiungimento dei risultati attesi, con tempi e scadenze definiti e non derogabili.

La realizzazione esecutiva degli interventi previsti dal PNRR è in capo ai soggetti attuatori (amministrazioni centrali, Regioni e enti locali) sulla base delle specifiche competenze istituzionali.

C'è, dunque, un presidio del PNRR, con procedure definite a livello centrale e per i soggetti attuatori (amministrazioni centrali, Regioni e Comuni).

La governance del PNRR, secondo quanto disciplinato dal cosidetto Decreto semplificazioni è affidata a una Cabina di regia presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri con poteri di indirizzo, impulso e coordinamento generale sull'attuazione degli interventi e a un Tavolo permanente per il partenariato economico, sociale e territoriale[2]. Questi affiancano la Segreteria tecnica con funzioni di supporto e

2 - Il Decreto Legge Semplificazioni (DL 31 maggio 2021, n. 77 coordinato con la legge di conversione 29 luglio 2021 Art.1 "Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure") definisce il quadro normativo nazionale volto a semplificare e agevolare la realizzazione degli obiettivi del "PNRR e del Piano nazionale per gli investimenti complementari. Nella sostanza disciplina la governance del PNRR, ovvero, il modello organizzativo disegnato per garantire l'efficace attuazione e il conseguimento di Traguardi e Obiettivi.

un Servizio centrale per il PNRR istituito presso il MEF con compiti di coordinamento operativo, monitoraggio, rendicontazione e controllo del Piano.
A livello centrale le attività sono volte a garantire una costante sorveglianza sui tempi di esecuzione, sulla spesa e sui relativi risultati conseguiti secondo un modello articolato su diverse fasi: attuazione, monitoraggio, controllo amministrativo contabile, rendicontazione, gestione delle risorse finanziarie.
Il Ministero della Salute, in qualità di amministrazione centrale titolare degli interventi per la Missione 6 è responsabile dell'avanzamento della spesa e del conseguimento di traguardi e obiettivi, e fino al completamento degli interventi previsto per il 31 dicembre 2026 si è dotato di un'apposita Unità di Missione, al fine di assicurare le funzioni principali di gestione, monitoraggio, rendicontazione e controllo al Servizio centrale del PNRR. L'apposita Unità di missione ha il compito di vigilare sulla regolarità delle procedure poste in essere nell'attuazione del PNRR e sulle spese effettuate adottando ogni opportuna iniziativa volta a prevenire, correggere e sanzionare eventuali violazioni e utilizzi indebiti delle risorse a disposizione.
Il Ministero della Salute in qualità di Soggetto Attuatore è responsabile dell'avvio, dell'attuazione e dell'avanzamento dei singoli Progetti, della regolarità delle procedure e delle spese rendicontate, nonché del monitoraggio sul conseguimento degli indicatori associati ai propri progetti e/o al conseguimento di traguardi e obiettivi.
Si riporta di seguito un esempio concreto rispetto all'investimento "La casa come luogo di cura" tratto dal documento esplicativo dell'attuazione del piano di Italia Domani.
A rafforzare l'impianto di presidio e attuazione, il Decreto Legge Semplificazioni all'articolo 12, disciplina i poteri sostitutivi che il Governo può attivare in caso di mancato rispetto da parte delle Regioni, delle Città metropolitane, delle Province o dei Comuni degli obblighi e impegni finalizzati all'attuazione del PNRR che metterebbe a rischio il conseguimento degli obiettivi intermedi e finali del piano stesso.

Missione 6 – Componente 1 – investimento: Casa come primo luogo di cura

AMMINISTRAZIONE TITOLARE DELL'INVESTIMENTO

Ministero della Salute

IMPORTO TOT. DELL'INVESTIMENTO

2,72 Mld

CHI PUÒ PARTECIPARE?

Regioni attraverso le Aziende Sanitarie Locali, anche in Partenariato Pubblico-Privato

OBIETTIVO

Aumentare il volume delle **prestazioni rese in assistenza domiciliare**

QUALI SONO LE MODALITÀ DI ATTUAZIONE

Si provvederà alla stipula di un **Contratto istituzionale di sviluppo** tra il Ministero della Salute e la Regione/Azienda Sanitaria Locale in cui saranno elencati tutti i siti idonei per la realizzazione **delle Centrali Operative Territoriali per l'assistenza domiciliare**, gli **obblighi assunti** dalla Regione per garantire il raggiungimento del risultato atteso, i **criteri di valutazione** e di monitoraggio e le **sanzioni in caso di mancata realizzazione** degli obiettivi concordati.

CON CHE TEMPISTICHE?

Ricognizione da parte delle Regioni dei **siti idonei** per la realizzazione di **Centrali Operative Territoriali** per l'assistenza domiciliare (**T3 -2021**); **Stipula dei Contratti di Sviluppo Istituzionale** tra il Ministero della Salute e le Regioni (**T2-2022**); **Approvazione dei progetti idonei** per indizione della gara per la realizzazione di almeno 600 Centrali Operative Territoriali (**T3 -2022**); **Almeno 800.000 persone oltre i 65 anni** curate con l'assistenza domiciliare (**T2-2026**).

Figura 1.3. Missione 6, Piano Nazionale Ripresa e Resilienza. Fonte Italia Domani Mef.
https://www.mef.gov.it/inevidenza/Agenda-governance-e-attuazione-un-quadro-dinsieme-del-Pnrr/

Conclusioni

La nuova strategia sanitaria, pertanto, è sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consente al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati e più appropriati, in linea con i migliori paesi europei e che considera, sempre più, il Servizio Sanitario Nazionale come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario.
Le proposte del Ministero della Salute all'interno della Missione 6 Salute del PNRR sono dunque di riforma e di investimento per affrontare in maniera sinergica le diverse criticità emerse con la pandemia.
Il fine è quello di ridurre le significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi sanitari, favorire l'integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali, ridurre tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni, elevare la capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari, sfruttare le tecnologie più avanzate e promuovere le competenze digitali, professionali e manageriali nei luoghi più prossimi a coloro che hanno un bisogno di salute.
Ciò consentirà di migliorare l'accessibilità, la prossimità e la continuità assistenziale ai servizi e prestazioni del SSN pubblico e la sua resilienza in una logica trasformativa e di sostenibilità nel medio-lungo termine, rafforzando il rapporto istituzionale tra il livello nazionale, quello regionale e quello locale.
Un'occasione irripetibile in un momento storico unico. Occorre, quindi fare leva sulla motivazione e il convincimento di tutti gli attori del sistema, lavorare sui processi che si mettono in atto ai diversi livelli, sostenerli e monitorarli, utilizzando gli strumenti gestionali e di governo clinico quali Change management, Case management e Control compliance, anche perché per dirla con Papa Francesco "Peggio di questa crisi c'è solo il rischio di sprecarla" e noi questo rischio eticamente e professionalmente non possiamo assolutamente correrlo.

CAPITOLO 2

I NUMERI DELLA LONG-TERM CARE

Tra gli obiettivi più importanti di un moderno sistema sanitario vi è la costruzione di una long-term care commisurata alla rivoluzione sociodemografica alla quale stiamo assistendo in Italia. La long-term care va interpretata come una soluzione di continuità tra i diversi servizi territoriali, parte di una rete volta a rispondere ai bisogni di cittadini affetti da cronicità e disabilità. Tra questi, le cure domiciliari, quelle residenziali e semiresidenziali nonché le cure palliative, rappresentano i mattoni più importanti che rendono fattiva una continuità delle cure equa e di qualità. Nel presente capitolo offriamo una panoramica della diffusione territoriale della long-term care in Italia, e lo facciamo tramite la presentazione dei dati attraverso i quali il Ministero della Salute monitora i volumi di attività di cure domiciliari, cure residenziali e cure palliative.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA: AGGIORNAMENTO 2020 E TREND ANNUALI

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) rappresenta un'opzione sostenibile e alternativa al ricovero ospedaliero, laddove sussistano condizioni di elegibilita, e il carico assistenziale sia sostenibile e compatibile con l'erogazione di cure sociosanitarie presso il domicilio del paziente. Nell'ADI vengono ad integrarsi numerose competenze professionali di carattere sociale e sanitario. Tra di esse i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, infermieri, il fisioterapisti, gli assistenti sociali, medici specialisti, e psicologi. Il fine ultimo è quello di garantire ai pazienti l'assistenza necessaria presso la propria abitazione - luogo ideale della guarigione - o per agevolare la dimissione ospedaliera, completando e proseguendo in tale maniera trattamenti complessi, altrimenti eseguibili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in struttura residenziale.
In Italia, la responsabilità clinica dell'ADI è attribuita al MMG e la sede organizzativa è rappresentata dal distretto sociosanitario. L'attivazione dell'ADI richiede la presa in carico del paziente che fa seguito ad una valutazione multidimensionale, tramite la produzione di un piano assistenziale individualizzato (PAI), con individuazione degli obiettivi di cura e dei tempi di recupero, delle tipologie di intervento e della frequenza degli accessi. La valutazione dell'assistito e l'erogazione stessa del servizio è idealmente effettuata di concerto da diversi professionisti.
Il flusso del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), parte integrante del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), è stato istituito in Italia in seguito all'Accordo Quadro tra Stato, Regioni e Province Autonome il 22 Febbraio 2011 dopo che il "Patto per la Salute" del 28 Settembre 2006 ha sancito l'obbligo delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano di trasmettere a livello centrale i dati del volume di attività svolte a livello territoriale. I dati trasmessi alle Regioni prima e al Ministero della Salute poi, riguardano tutte le attività inerenti l'assistenza domiciliare sanitaria e sociosanitaria a partire dal 1° gennaio 2009. Le informazioni inviate devono interessare la presa in carico e la valutazione multidimensionale dell'assistito, la definizione di un PAI e la responsabilità clinica di operatori afferenti alla ASL. Una volta soddisfatti i suddetti aspetti, andranno trasmesse anche informazioni riguardanti le prestazioni erogate all'interno delle cure palliative domiciliari e le dimissioni protette.

Nel SIAD sono contenuti due differenti tracciati.

Tracciato 1: contiene le informazioni associate agli eventi presa in carico (dati anagrafici del paziente, ASL erogante, soggetto richiedente la presa in carico) e valutazione (autonomia e bisogni assistenziali);
Tracciato 2: contiene le informazioni relative alle prestazioni erogate (dati riferiti agli accessi), sospensione, rivalutazione (autonomia e bisogni assistenziali) e conclusione (dimissione assistito).

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

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

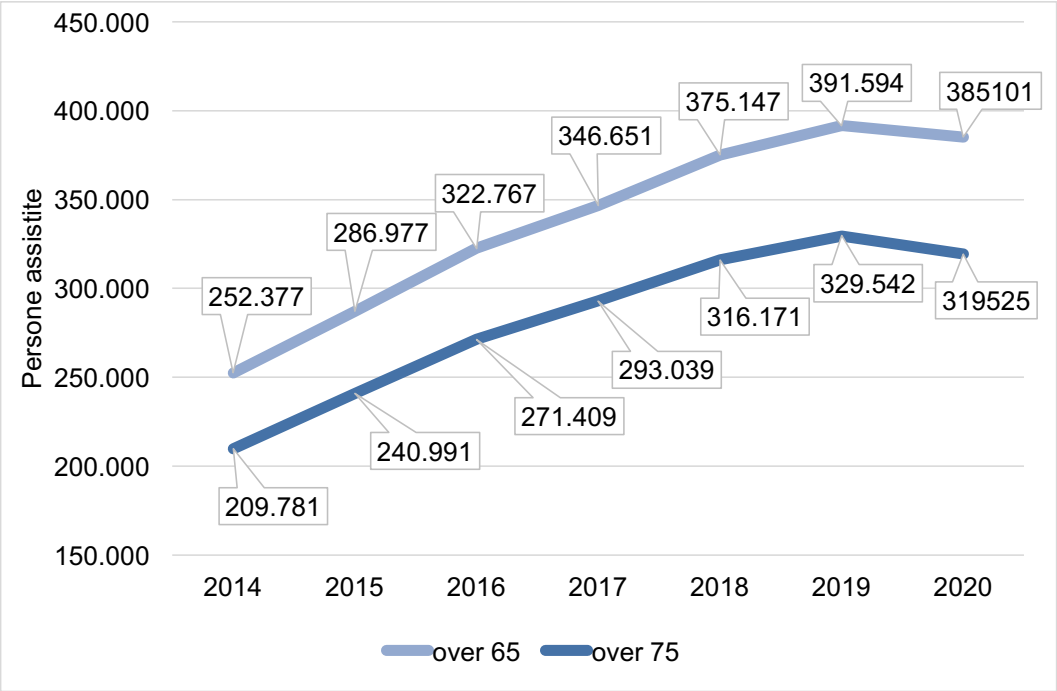

Figura 2.1. Numero di anziani assistiti in ADI. Serie storica 2014-2020.
Fonte: Ministero della Salute (2021). Elaborazione di Italia Longeva.

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

Come di consueto Italia Longeva pubblica l'aggiornamento dei dati relativi al flusso SIAD, quest'anno relativo all'anno 2020.
In Italia, il numero di anziani riceventi cure domiciliari è andato crescendo nel tempo (Figura 2.1). In particolare, la serie storica a nostra disposizione a partire dal 2014 registra un trend costantemente in ascesa, fino al 2019. Al contrario, viene riscontrato un drastico arresto della crescita nel 2020. Quest'ultimo dato potrebbe essere ascrivibile ad un ritardo delle Regioni nell'adempimento del debito informativo SIAD. Per tale motivo, si raccomanda cautela nella interpretazione dei dati qui riportati relativi all'anno 2020. Nel 2019 gli over 65 riceventi ADI sono stati 391.594, di cui 329.542 presentavano un'età uguale o superiore ai 75 anni. In termini relativi (Figura 2.2), gli assistiti in ADI rappresentano nel 2019 il 2,83% degli over 65 (erano il 2,7% nel 2018 e 2,6% nel 2017) e il 4,67% degli over 75 (erano il 4,5% nel 2018 e 4,2% nel 2017). Nel 2020 una battuta d'arresto nella crescita vede un numero totale di over 65 riceventi cure domiciliari pari a 385.101 unità (2,78%), di cui 319.525 (4,52%) over 75.

La Figura 2.2 mostra il confronto del tasso di anziani beneficiari di cure domiciliari durante il periodo 2014-2020. Come già osservato, si nota una progressiva crescita dei volumi di attività durante il corso del tempo. Mentre nel 2014 la percentuale di over 65 assistiti in ADI era dell'1,91% e quella degli

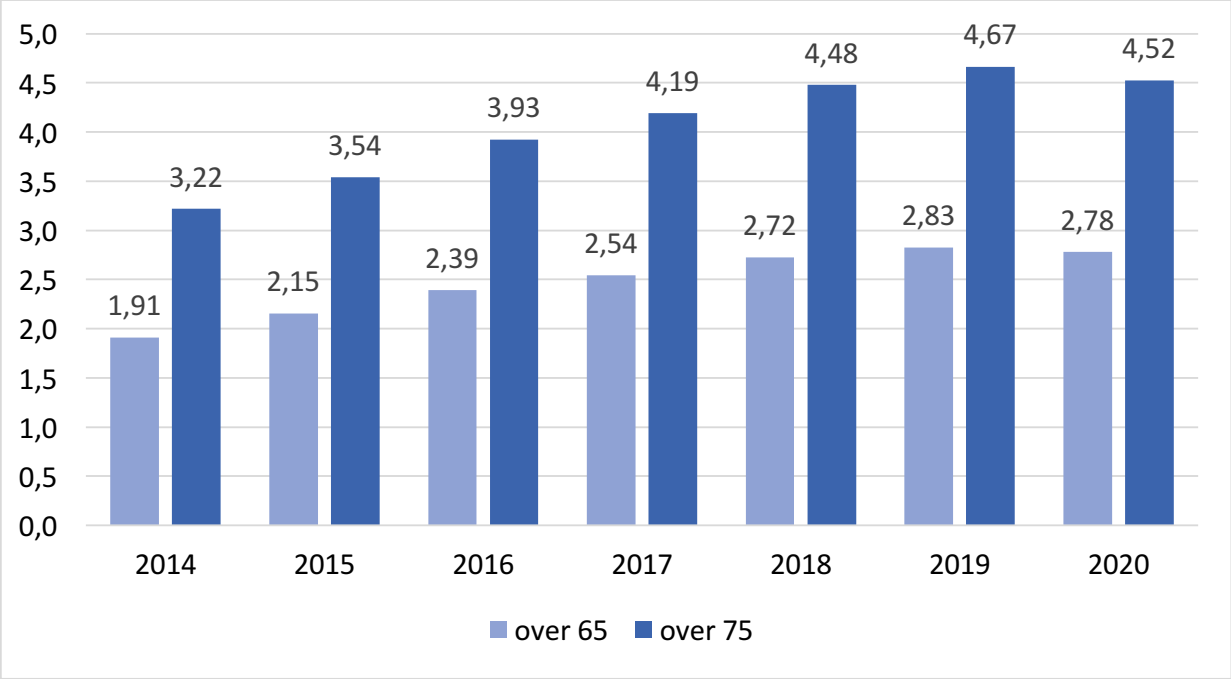

Figura 2.2. Percentuale di anziani assistiti in ADI. Serie storica 2014-2020.
Fonte: Ministero della Salute (2021). Elaborazione di Italia Longeva.

over 75 del 3,22%%, nel 2019 si registrano tassi del 2,83% e del 4,67%, ovvero un incremento complessivo del 67% e del 69%, rispettivamente. Nel 2020, anno di inizio della pandemia da COVID-19, è stata registrata una percentuale di over 65 assistiti in ADI pari al 2,78% e di over 75 pari al 4,52%.

Come evidente dalla Figura 2.3, l'offerta di cure domiciliari varia estremamente tra le Regioni e Provincie Autonome italiane, con divari relativi dell'ordine di 10 volte. Le Regioni che nel 2020 hanno riportato un più alto tasso di anziani assistiti in ADI sono Abruzzo (4,35% degli over 65 e 7,03% degli over 75), Sicilia (3,97% e 6,56%), Veneto (3,80% e 6,20%), Basilicata (3,70% e 6,14%) e Emilia Romagna (3,59% e 5,79%). I tassi di copertura più bassi sono stati invece riportati da Provincia Autonoma di Bolzano (0,47% tra gli over 65 e 0,71% tra gli over 75), Valle D'Aosta (0,47% e 0,73%), Calabria (1,01% e 0,73%), Puglia (1,85% e 3,10%) e Lazio (2,19% e 3,72%). Per quanto riguarda la Regione Sardegna, il flusso SIAD non risulta soddisfato. Si fa presente che alcune Regioni e Provincie Autonome presentano dei ritardi nel soddisfare il debito informatico del SIAD. Nello specifico, un ulteriore ritardo potrebbe essere dipeso dalla pandemia da COVID-19 in corso nel biennio 2020-2021.

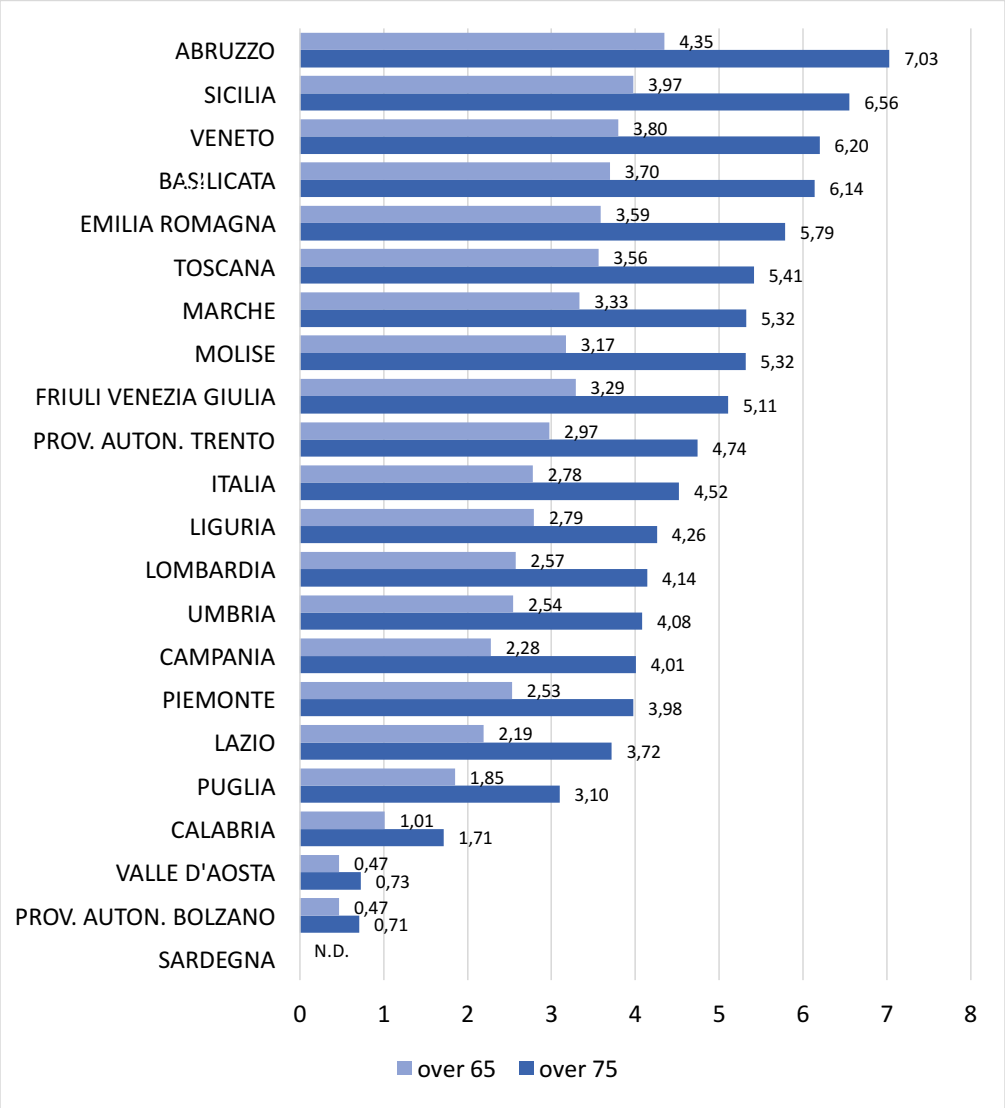

Figura 2.3. Percentuale di anziani over 65 assistiti in ADI. Dati relativi all'anno 2020.
Fonte: Ministero della Salute (2021). Elaborazione di Italia Longeva.

La cartina dell'Italia riportata nella Figura 2.4 mostra la distribuzione regionale dell'incremento percentuale di cure domiciliari osservato durante il periodo 2015-2019. Nell'analisi del trend temporale si è preferito non considerare l'anno 2020, per la possibile distorsione del dato causato dalla pandemia da COVID-19. Durante il periodo 2015-2019, si assiste ad un incremento del tasso di individui di età uguale o superiore ai sessantacinque anni pari, complessivamente, al 24%. Tuttavia, stringendo il focus sul fenomeno a livello regionale, ri registra una sostanziale eterogeneità tra le varie realtà. Le Regioni che hanno presentato un maggiore incremento sono Basilicata (+97,4%), Campania (+90,9%), Marche (+89,5%) e Veneto (+82,8%). Quelle che hanno registrato un incremento minore sono invece Piemonte (+0,4%), Calabria (+1,6%), Emilia Romagna (+2,0%) e Ligura (+3,0%). Al contrario, a Trento si registra una riduzione del tasso di anziani riceventi cure domiciliari del -5,5%. Questo dato, come già accennato va letto criticamente in considerazione di possibili variazioni nella qualità della trasmissione dei flussi informativi durante il periodo analizzato, e non solo in considerazione della reale variazione nell'erogazione di servizi ADI.

In italia, parallelamente al numero totale e percentuale dei riceventi cure domiciliari, negli anni precedenti alla pandemia, cresce anche il numero di Prese In Carico (PIC) con, anche in questo caso, un appiattimento della curva nel 2020. Nel 2020 sono state registrate in Italia 1.094.959 PIC totali, delle quali 941.553 erogate a cittadini over 65, 37.259 in meno rispetto al 2019 (corrispondente ad un decre-

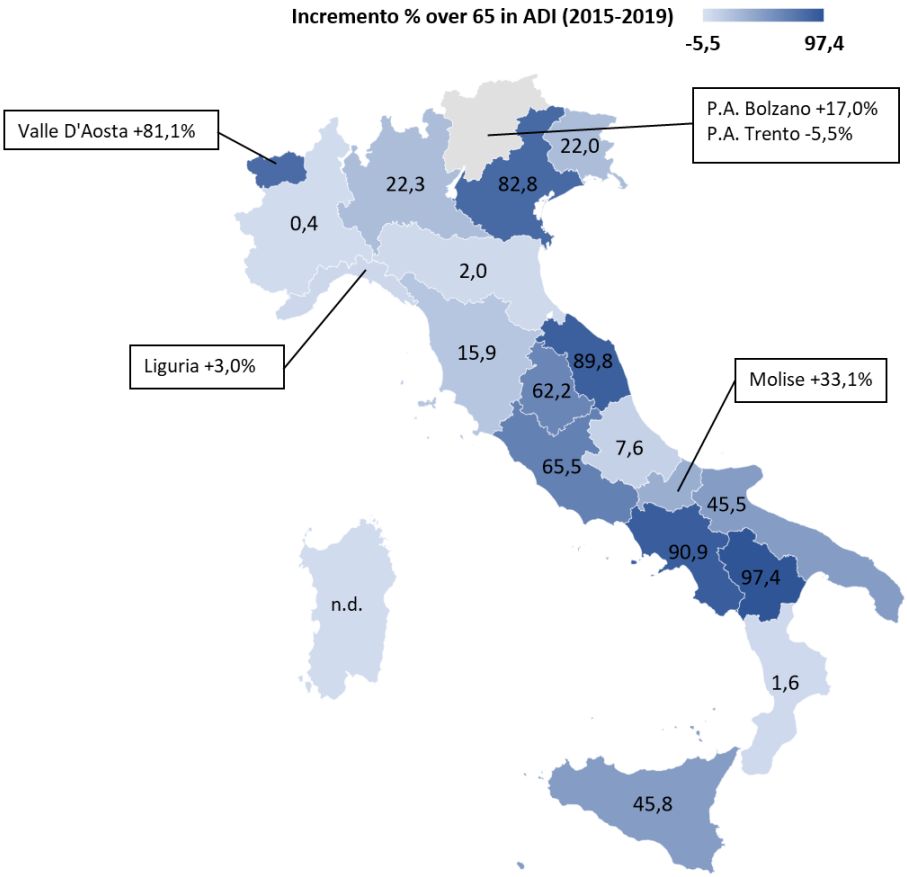

Figura 2.4. Variazione percentuale assistiti in ADI over 65 nel periodo 2015-2019.
Fonte: Ministero della Salute (2021). Elaborazione di Italia Longeva.

mento del 4% tra la popolazione anziana).
Secondo il SIAD, le PIC vengono classificate in quattro livelli di intensità assistenziale differenti, misurata per mezzo del CIA ovvero il coefficiente di intensità assistenziale (D.P.C.M. 12-1-2017). Il CIA rappresenta il rapporto tra il numero di giornate effettive di assistenza (GEA) e il numero di giornate di cura (GdC). Per tale ragione il CIA assume valori da 0 (nessuna assistenza) a 1 (assistenza su base quotidiana). Le cure domiciliari di livello base (CIA inferiore a 0,14) si caratterizzano per prestazioni a basso livello di intensità assistenziale, talvolta episodiche che non rientrano di fatto nell'ADI propriamente detta, a ragione di una mancanza di integrazione sociosanitaria. Gli altri tre livelli (I livello: CIA 0,14-0,30; II livello: CIA 0,31-0,50-II; III livello: CIA0,51-0,60; IV livello: CIA superiore a 0,60) si riferiscono esplicitamente a cure domiciliari integrate di intensità assistenziale crescente. Una quinta area, infine, riguarda l'erogazione di cure palliative domiciliari. Queste vengono distinte in cure palliative di livello base, erogate con il coordinamento del MMG e cure palliative di livello specialistico, erogate da personale specializzato e caratterizzate da un CIA superiore a 0,60.
Nel 2020, delle 941.553 PIC coinvolgenti soggetti di età uguale o superiore ai 65 anni, 268.267 presentavano il più basso livello di intensità assistenziale (CIA base), 212.599 rientravano nel CIA di I livello, 204.033 nel CIA di II livello, 29.187 nel CIA di III livello e 102.566 nel CIA di IV livello. Infine, un numero pari a 124.901 PIC rientrava tra gli accessi domiciliari a carattere episodico (Figura 2.5). La distribuzione percentuale delle PIC tra i diversi livelli di CIA nel 2020 non si discostava significativamente da quella del 2019.

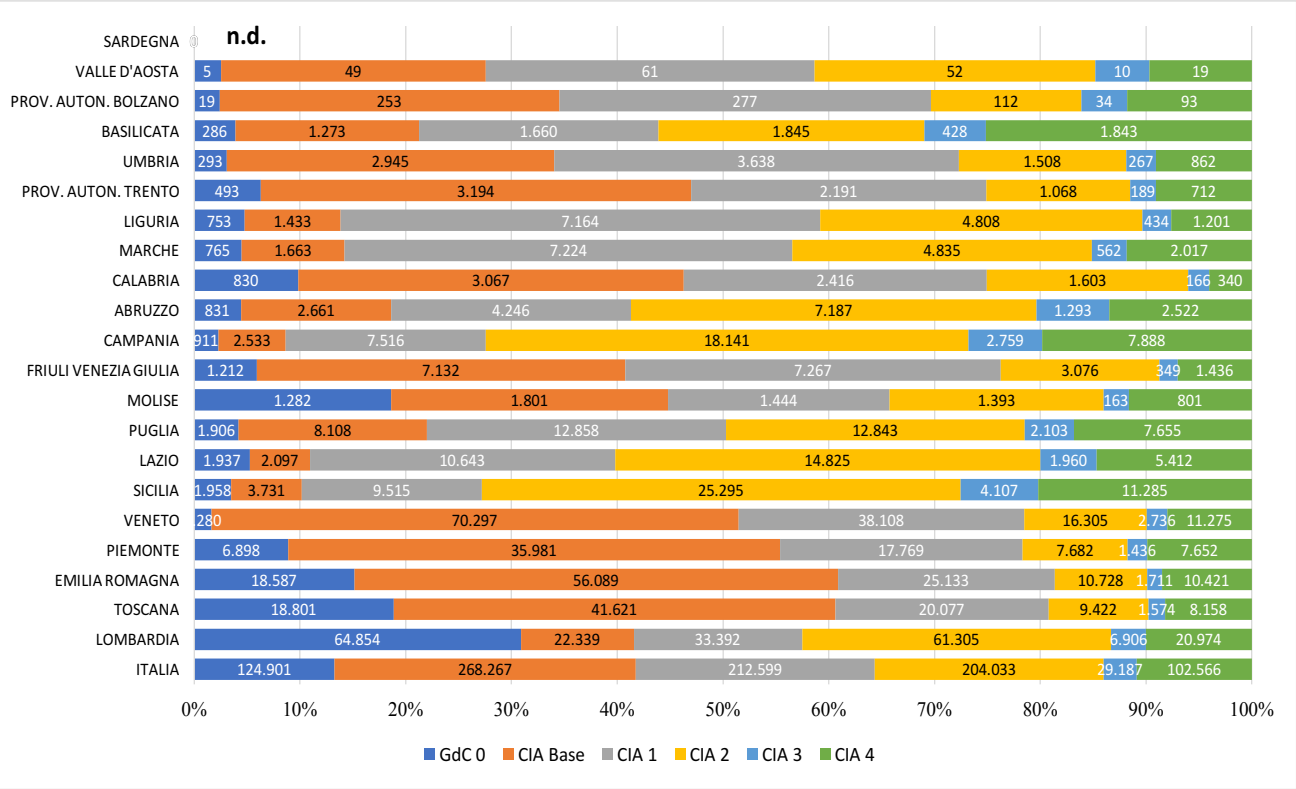

Figura 2.5. Cure domiciliari erogate (flusso SIAD) durante l'anno 2020.
GdC=Giornate di presa in carico; CIA= Coefficiente di intensità assistenziale; n.d.= non disponibile.
Fonte: Ministero della Salute - NSIS - Sistema informativo per l'assistenza domiciliare (SIAD) - DM 17 dicembre 2008 e s.m.i. - anno 2020 . Elaborazione a cura dell'Ufficio III - Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica
GdC 0: in questo caso, la data del primo e dell'ultimo accesso coincidono. CIA Base: tale livello non è assimilabile a quelli previsti dalla Commissione LEA, tuttavia si introduce, su specifica richiesta di alcune regioni, per misurare nell'assistenza domiciliare la numerosità dei PAI con CIA compresi tra 0 e 0,13. Questo livello viene inserito anche per evidenziare una necessaria distinzione dall'assistenza domiciliare prestazionale.

ASSISTENZA SOCIOSANITARIA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE: AGGIORNAMENTO 2020

L'offerta di cure e assistenza residenziale e semiresidenziale rappresenta una riposta essenziale ai bisogni di chi, affetto da fragilità e disabilità di grado moderato e severo e/o in assenza di supporto da parte dei familiari o altri caregiver, non è in grado di permanere presso il proprio domicilio in condizioni di sicurezza e nel pieno rispetto della dignità della persona.

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), attraverso la realizzazione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (FAR), raccoglie sistematicamente informazioni associate alle prestazioni erogate in ambito residenziale e semiresidenziale per anziani o soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche. Il flusso informativo per le prestazioni residenziali e semiresidenziali, dettagliato nel disciplinare tecnico del Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali", coerentemente con quanto previsto nelle tre sezioni della scheda "Flusso Informativo Assistenza Residenziale per anziani" (FAR) fa riferimento alle seguenti informazioni:

1) Identificazione della struttura erogatrice;
2) Identificazione dell'assistito;
3) Dati amministrativi relativi all'accesso;
4) Dati amministrativi relativi alla dimissione;
5) Dati relativi alla tariffa giornaliera applicata;
6) Valutazione sanitaria dell'assistito.

La Figura 2.6 mostra il numero di anziani assistiti in RSA in Italia durante il periodo 2014-2020.
Per il calcolo dell'indicatore sono considerati gli assistiti (i distinti individui per ciascuna struttura) con ammissioni già aperte al 1° gennaio dell'anno di riferimento o aperte nel corso dello stesso anno;
il tipo di prestazione è incluso in uno dei seguenti:

- R1. Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali intensive a persone non autosufficienti

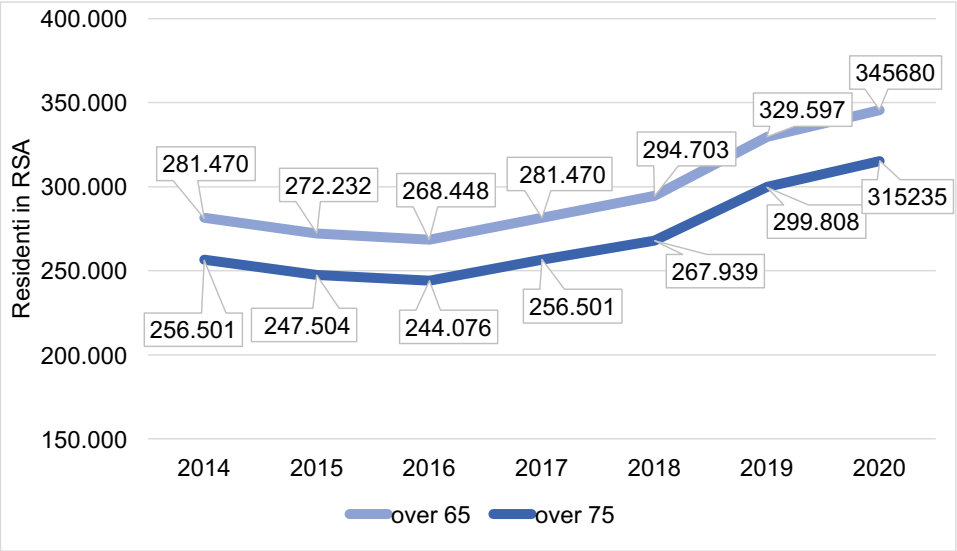

Figura 2.6. Numero di anziani residenti in RSA. Serie storica 2014-2020.
Fonte: Ministero della Salute (2021). Elaborazione di Italia Longeva.

ad alto grado di intensità assistenziale, essenziale per il supporto alle funzioni vitali ed in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (riferiti a persone in condizione di stato vegetativo o coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, persone terminali etc.);

• R2. Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione entrale, lesioni da decubito profonde etc);

• R2D. Trattamenti erogati a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività (Unità d'offerta Residenziali);

• R3. Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità d'offerta Residenziali di Mantenimento).

Come si evince dai dati, nel 2014 in Italia, il numero di over 65 ospiti in residenze sanitarie assistenziali era di 281.470; tale volume ha subito durante gli anni 2015-2016 una deflessione di circa dieci mila unità, per poi risalire fino alle 329.142 unità registrate nel 2019 e 345.680 nel 2020. Nel 2020 tale numero

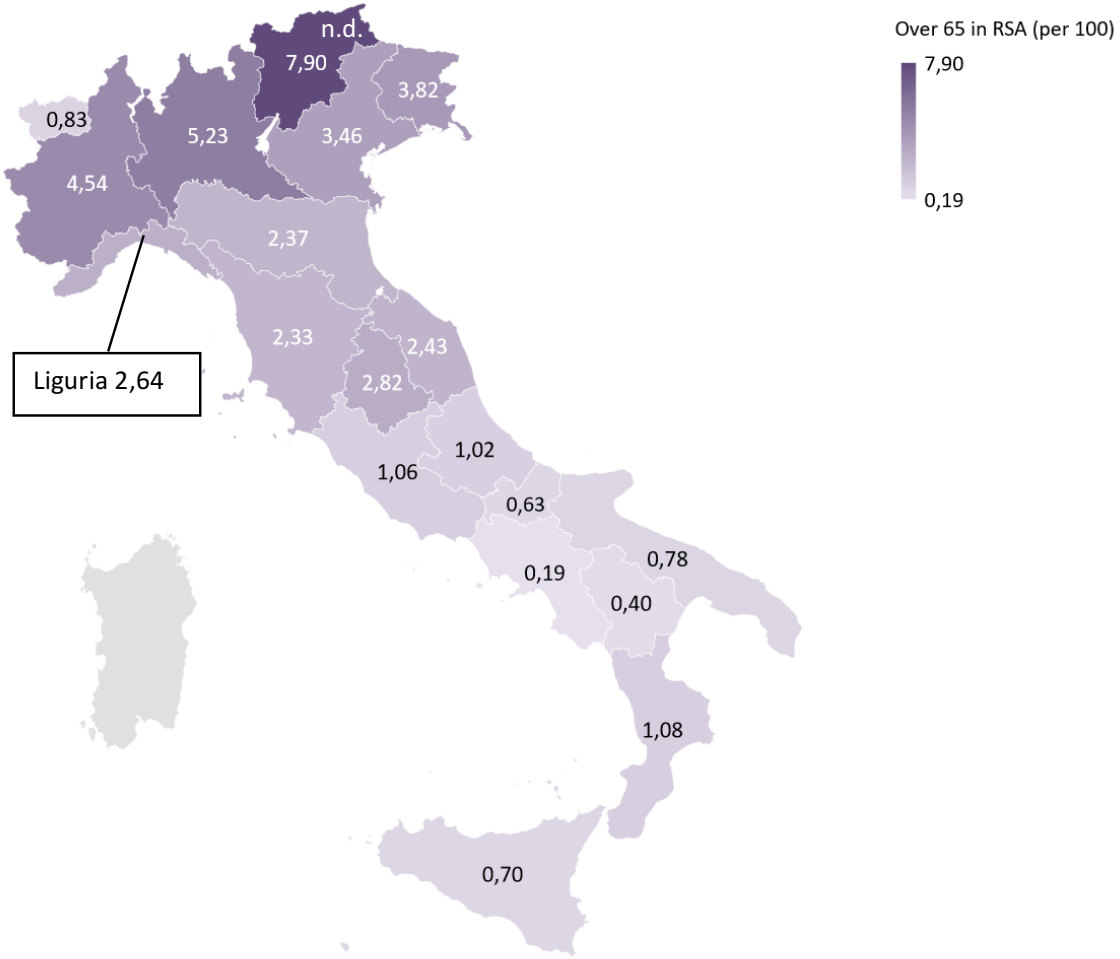

Figura 2.7. Numero (per 100) di anziani over 65 residenti in residenze sanitarie assistenziali (RSA) durante l'anno 2020.
Fonte: Ministero della Salute (2021). Elaborazione di Italia Longeva.

corrispondeva al 2,49% della popolazione over 65. Tra questi, 315.235 individui presentavano un'età uguale o superiore ai 75 anni.
Come già osservato rispetto alla distribuzione tra le varie Regioni del tasso di copertura di cure domiciliari, a fronte di una percentuale media di over 65 in RSA pari al 2,49%, anche l'offerta di posti letto in setting residenziale presenta notevoli differenze tra le varie Regioni italiane. Nel 2020, le Regioni e Provincie autonome che hanno registrato un maggior numero di over 65 assistito in strutture residenziali erano Provincia Autonoma di Trento (7,90%), Lombardia (5,23%), Piemonte (4,54%), Friuli Venezia Giulia (3,83%) e Veneto (3,46%). Al contrario, i tassi inferiori sono stati riportati da Campania (0,9%), Basilicata (0,40%), Molise (0,63%), Sicilia (0,78%) e Puglia (0,78%). Il dato della Sardegna risulta non pervenuto (Figura 2.7).

I trattamenti semiresidenziali rappresentano una modalità ibrida di assistenza al paziente cronico con bisogni complessi, ma allo stesso tempo gestibili entro un numero limitato di ore presso strutture preposte, con permanenza presso il proprio domicilio e disponibilità di un'integrazione assistenziale da parte di caregiver formali ed informali.

La Figura 2.8 mostra il tasso (numero per mille) di individui over 65 riceventi cure di tipo semiresidenziale in Italia. Per il calcolo di questo indicatore sono

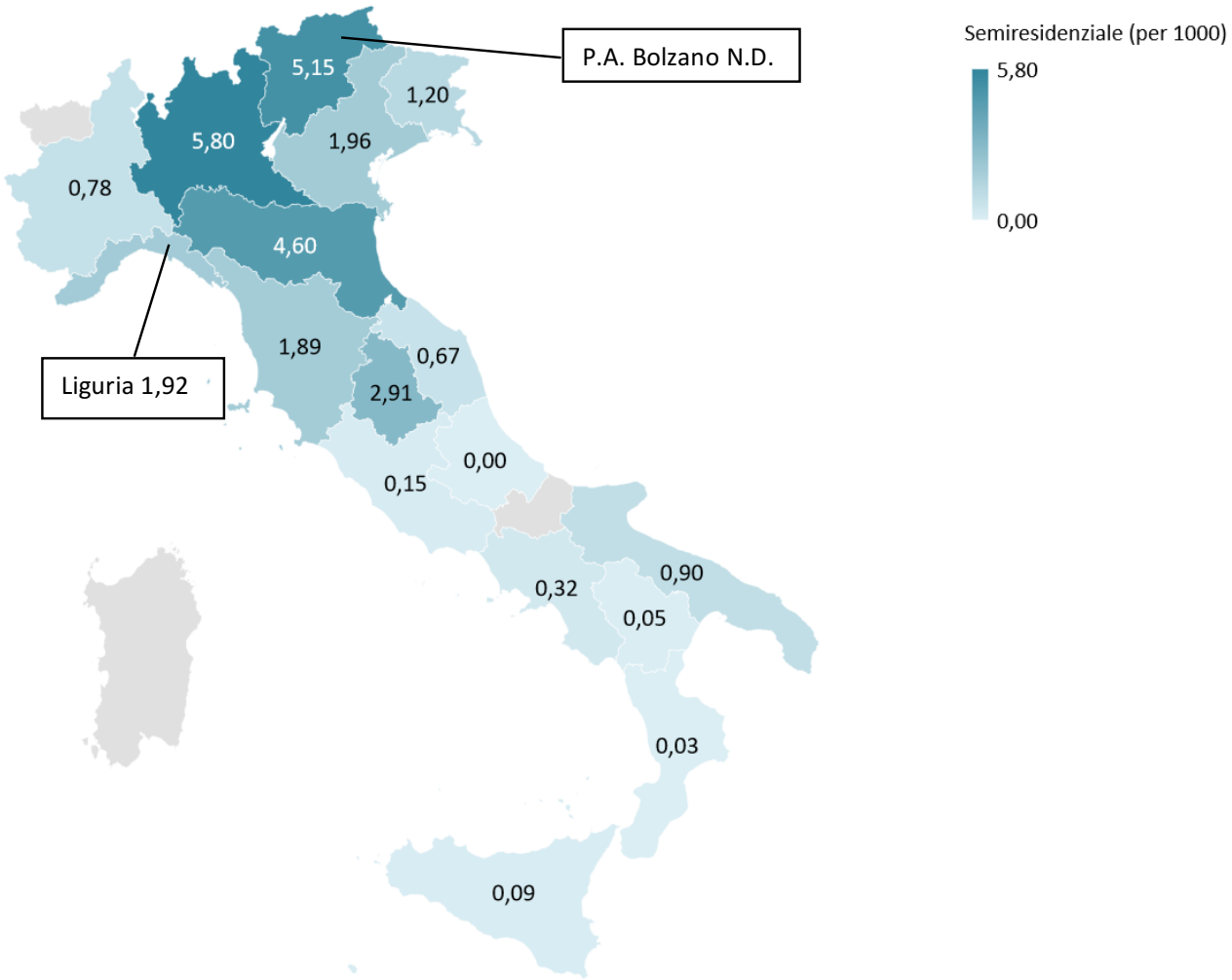

Figura 2.8. Anziani over 65 (per 1000) in trattamenti semiresidenziali nel 2020.
Fonte: Ministero della Salute (2021). Elaborazione di Italia Longeva.

considerati gli assistiti (i distinti individui per ciascuna struttura) con ammissioni già aperte al 1° gennaio dell'anno di riferimento o aperte nel corso dello stesso anno; il tipo di prestazione è incluso in uno dei seguenti:

• SR1 - Trattamenti Semiresidenziali – trattamenti di riabilitazione e di mantenimento per anziani erogati in unità d'offerta o in centri diurni;

• SR2 - Trattamenti Semiresidenziali Demenze - trattamenti di cure estensive per persone con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale erogate in unità d'offerta o in centri diurni.

Nel 2020 l'1,98 ‰ degli over 65 ha ricevuto cure in ambiente semiresidenziale in Italia, ancora una volta con importanti differenze regionali. I tassi (per mille) più elevati sono stati riportati da Lombardia (5,80‰), Provincia Autonoma di Trento (5,15‰), Emilia Romagna (4,60‰) Umbria (2,91‰) e Veneto (1,96‰). I tassi più bassi sono stati riportati invece da Abruzzo (<0,01‰), Calabria (0,03‰), Basilicata (0,05‰), Sicilia (0,09‰) e Lazio (0,15‰). I dati relativi a Valle D'Aosta, Molise e Sardegna risultano non pervenuti.

Nella Figura 2.9 è riportato il confronto regionale relativo all'anno 2020 tra la percentuale di over 65 residenti RSA e quelli riceventi cure domiciliari. Come evidente dall'osservazione delle curve, vi sono da parte delle Regioni e Provincie Autonome diverse tendenze nell'offerta di cure residenziali versus domiciliari. Nello specifico realtà come Provincia Autonoma di Trento, Lombardia, Piemonte e Friuli Venezia Giulia presentano un modello di long-term

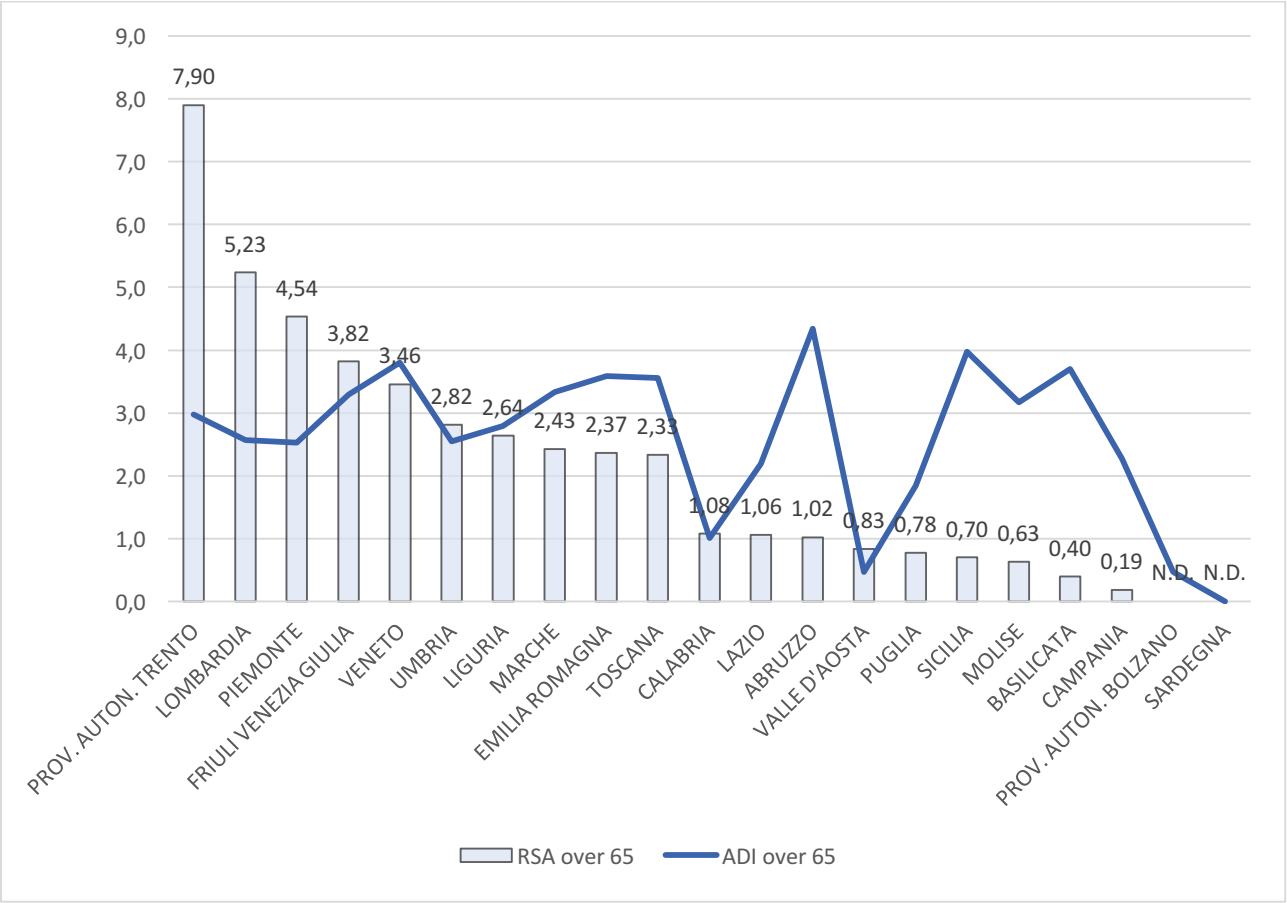

Figura 2.9. Confronto regionale tra la percentuale di anziani over 65 riceventi ADI e residenti in RSA nel 2019.
Fonte: Ministero della Salute (2021). Elaborazione di Italia Longeva.

care che privilegia l'assistenza degli anziani in strutture residenziali. Troviamo poi realtà quali Veneto, Umbria, Liguria e Calabria dove i tassi di residenti in RSA e di over 65 riceventi servizi ADI si equiparano. Vi sono infine realtà che presentano una prevalente assistenza presso il domicilio e una, talvolta irrisoria, percentuale di anziani in RSA. Tra queste troviamo Puglia, Sicilia, Molise, Basilicata e Campania.

La Figura 2.10 mostra la percentuale cumulativa di anziani over 65 assistiti in ADI e residenti in RSA. Provincia Autonoma di Trento, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Piemonte assistono nel complesso una maggiore percentuale di anziani. Al contrario, i tassi cumulativi più bassi sono stati riportati da Provincia Autonoma di Bolzano, Valle D'Aosta, Calabria, Campania e Puglia.

Cure palliative

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le cure palliative come "[...] un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di un'identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicofisica e spirituale". Le cure palliative rappresentano un tassello cardine nell'ambito della long-term care, che rispondono a bisogni assistenziali propri di soggetti affetti da malattie degenerative e non, rapidamente evolutive, che configurano presto una condizione di terminalità.
In Italia le cure palliative si declinano attraverso

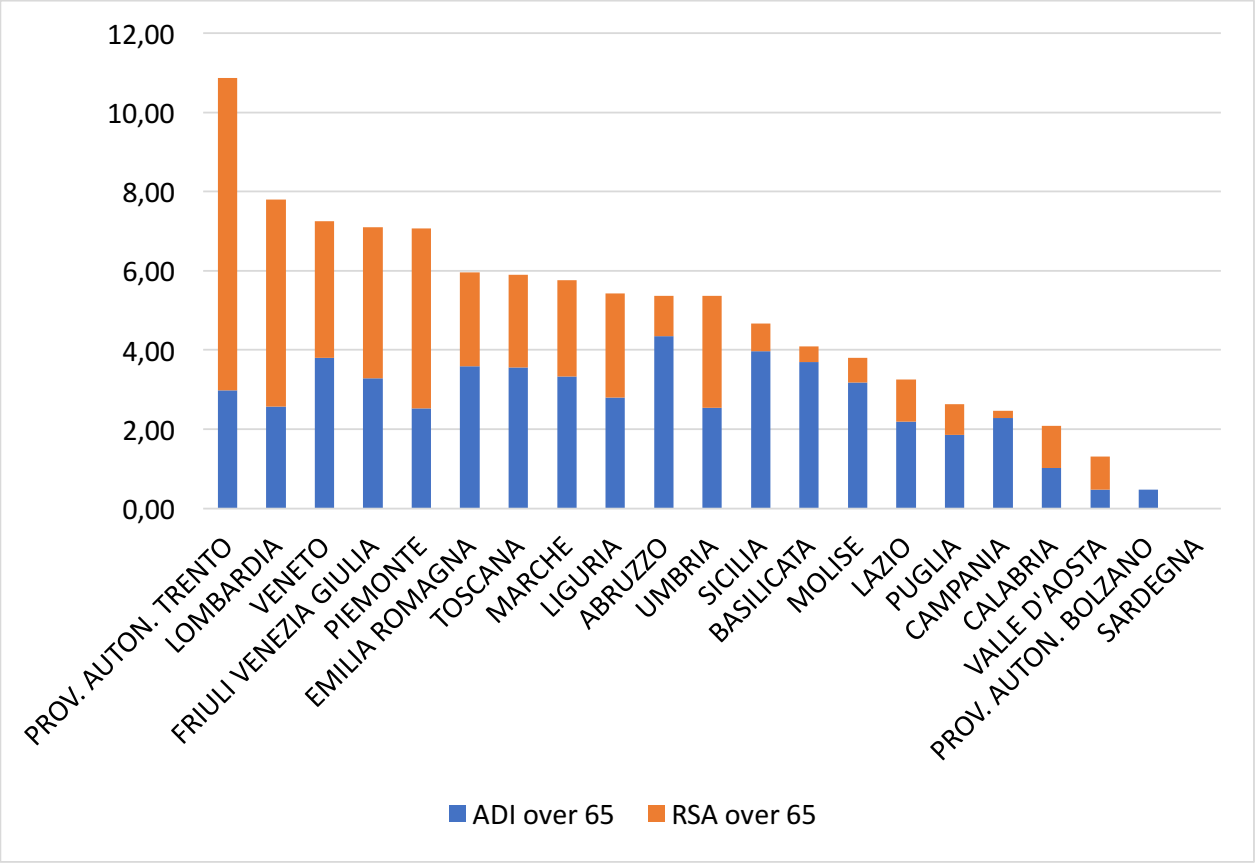

Figura 2.10. Confronto regionale tra il tasso (per 100) cumulativo di anziani over 65 riceventi ADI e residenti in RSA nel 2019.
Fonte: Ministero della Salute (2021). Elaborazione di Italia Longeva.

una rete assistenziale che comprende l'ambulatorio, l'ospedale, l'ADI, l'RSA e l'hospice. Una squadra multidisciplinare ed integrata si occupa di stilare un piano di cure personalizzato tenendo conto delle preferenze del paziente e della propria famiglia. Le strutture residenziali per soggetti anziani o affetti da disabilità garantiscono le cure palliative ai propri ospiti anche avvalendosi delle unità di cure palliative domiciliari territorialmente competenti.

Nel 2012 è stato istituito il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli hospice (DM 6 giugno 2012) che consente il tracciamento dei volumi di attività erogata in regime di palliazione dalle varie Regioni e Provincie Autonome. In Italia nel 2020, tra i 169.821 deceduti per causa di tumore, 50.070 (29,5% del totale) sono stati assistiti dalla rete delle cure palliative presso il proprio domicilio o in hospice. Nel 2019 il 32% dei deceduti per causa tumorale erano stati beneficiari di cure palliative. Il rapporto tra numero di deceduti per patologia tumorale riceventi cure palliative e il numero dei malati deceduti per malattie tumorali nello stesso anno rappresenta un importante e utile indicatore che consente il monitoraggio regionale e nel tempo della capacità di garantire cure palliative. Da un'analisi della tendenza quadriennale di questo indicatore (Figura 2.10) si evince come in Italia l'offerta di cure palliative domiciliari e in hospice sia andata crescendo fino al 2019, per poi andare incontro ad un arresto nel 2020. Ancora una volta - in considerazione della pandemia da COVID-19 in corso - si rimanda agli anni a venire per una più accurata e corretta interpretazione dei dati registrati.

Il panorama regionale anche in questo caso risulta notevolmente eterogeneo (Figura 2.12). Tra le Regioni che nel 2020 registrano una maggiore copertura territoriale in termini di cure palliative domicilia-

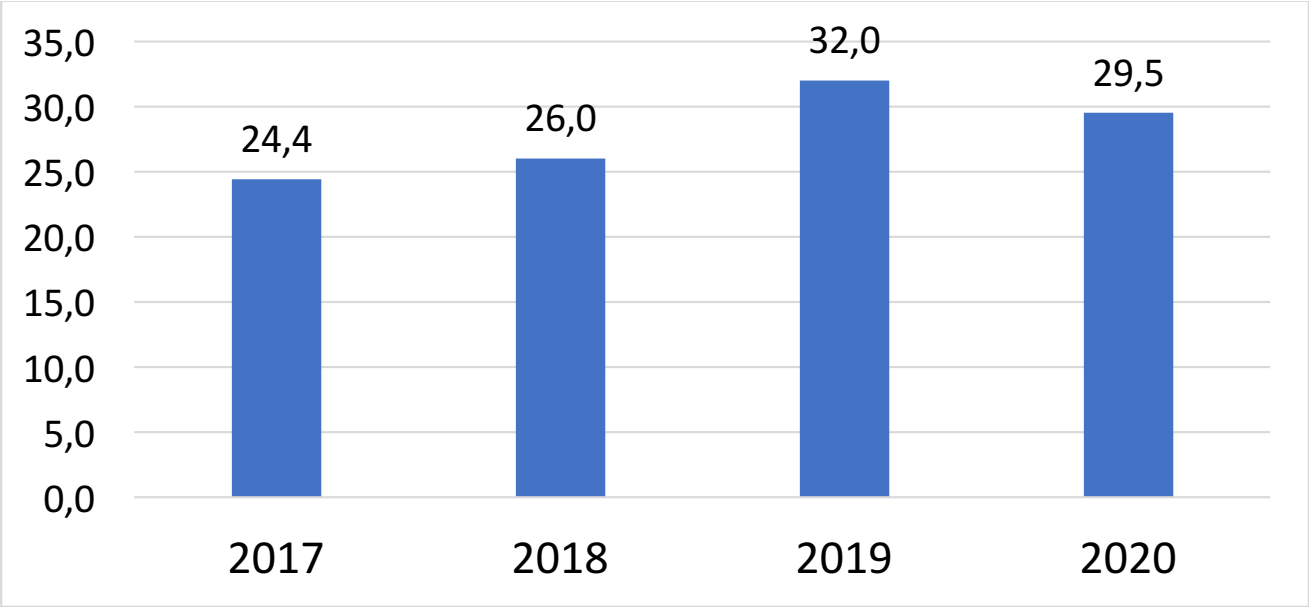

Figura 2.11. Rapporto tra numero di deceduti per patologia tumorale riceventi cure palliative e il numero dei malati deceduti per malattie tumorali (per 100) in Italia nel periodo 2017-2020.
Fonte: Ministero della Salute (2021). Elaborazione di Italia Longeva.

ri ed erogate tramite hospice ai pazienti deceduti per malattia tumorale troviamo Veneto (55,57%), Emilia Romagna (47,29%), Lombardia (36,70%), Puglia (36,09%) e Piemonte (32,30%). Al contrario tra le Regioni che registrano una minore copertura troviamo Molise (22,51%), Friuli Venezia Giulia (15,89%), Campania (14,98%), Calabria (8,19%) e Lazio (7,21%).

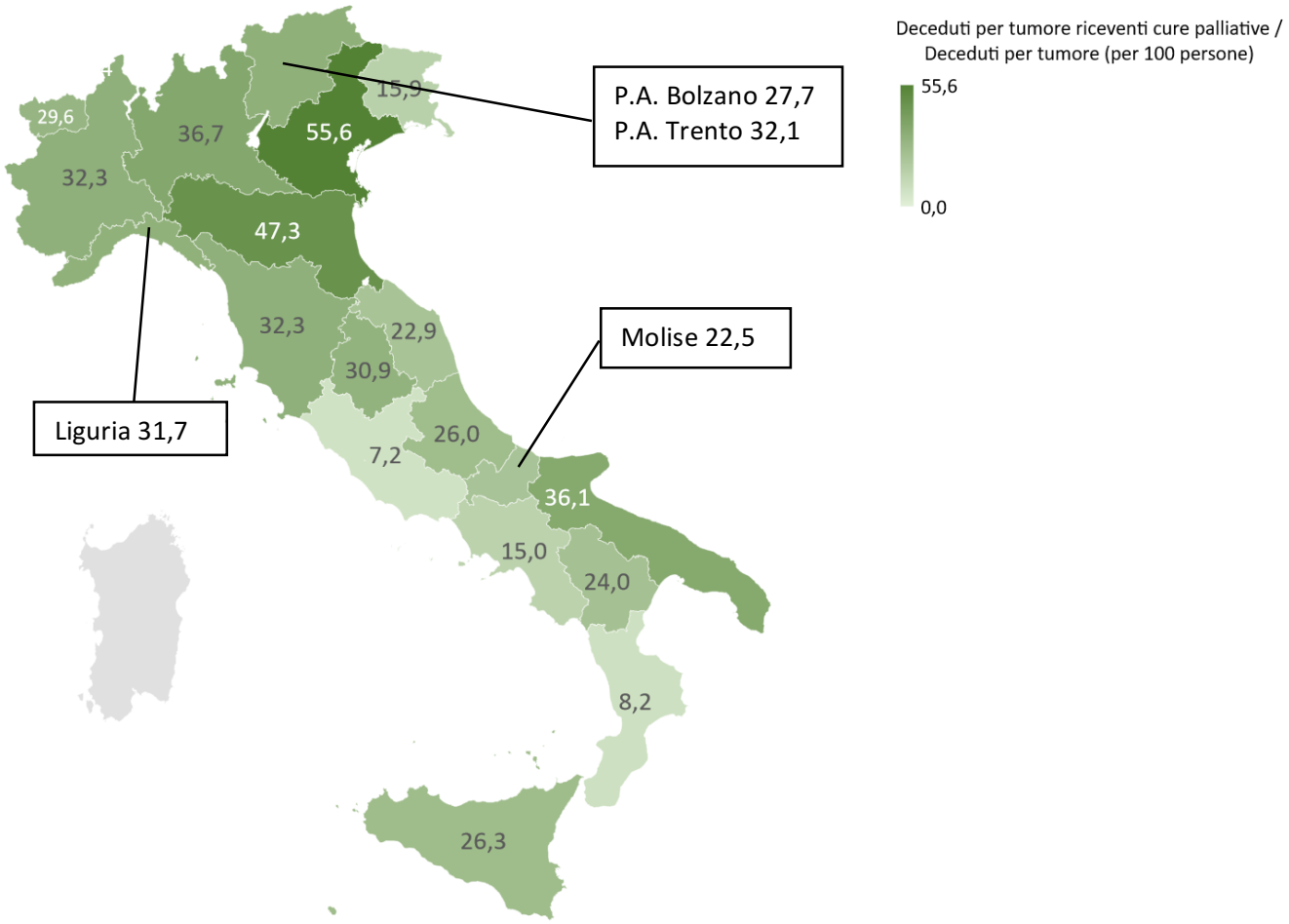

Figura 2.12. Rapporto tra numero di deceduti per patologia tumorale riceventi cure palliative e il numero dei malati deceduti per malattie tumorali (per 100) nel 2020.
Fonte: Ministero della Salute (2021). Elaborazione di Italia Longeva.

Commento

Nel mondo ed in particolare in Europa assistiamo da diversi decenni ad una rivoluzione demografica senza precedenti. Con il progressivo miglioramento delle condizioni socioeconomiche e le misure di salute pubblica, ed il conseguente allungamento dell'aspettativa di vita, tale rivoluzione si traduce in una crescente richiesta di assistenza medica e sociale, necessaria a rispondere a bisogni sempre più pressanti di popolazioni anziane affette da malattie croniche, fragilità e disabilità che, di fatto, vedono posposta - e non sempre prevenuta - l'insorgenza di malattie croniche. Una particolare sfida sarà rappresentata dalla crescita nei prossimi anni degli over 80, che si stima saranno tre volte il numero attuale entro il 2050. Come risposta a tale rivoluzione demografica i sistemi sanitari stanno vivendo un periodo di dinamiche riforme finalizzate al non soccombere ai crescenti bisogni assistenziali di popolazioni anziane in espansione, con l'obiettivo di offrire assistenza sanitaria e sociosanitaria su larga scala, abbattendo il più possibile le disuguaglianze socioeconomiche che, come noto, rappresentano importanti determinanti di salute. In Europa, l'investimento in long-term care varia moltissimo tra i diversi paesi. Nel 2018 si andava dallo 0,1% della spesa sanitaria della Bulgaria al 29,3% della Norvegia. In Italia nel 2018 la spesa per la long-term care ha rappresentato il 10,6% della spesa sanitaria, ovvero circa 15 miliardi di euro. Ad oggi, le cure residenziali rappresentano la voce maggioritaria nel bilancio degli investimenti in long-term care, con una progressiva inversione di tendenza che dovrebbe vedere nei prossimi anni un sorpasso da parte delle cure domiciliari. Tra il 2007 e il 2017, la tendenza generale tra i paesi OCSE - in corso tutt'ora - è stata quella di ridurre il numero di letti in RSA (abbattimento medio di 3,4 unità per 1000 over 65). Nello specifico, Svezia, Islanda e Finlandia hanno ridotto ciascuna il numero di letti nelle strutture di long-term care di 15 unità o più per 1000 persone di età ≥ 65 anni. I dati OCSE riferiti al 2018 mostrano un notevole divario tra le diverse politiche europee in tema di distribuzione della spesa in long-term care, con un evidente gradiente tra i paesi nordici e i paesi del Mediterraneo. Le percentuali più basse di copertura della popolazione anziana sono state riportate dal Portogallo (0,6% degli over 65 e 1,4% degli over 80). All'estremo opposto, la Germania riporta una copertura pari al 13,1% tra gli over 65 e del 28,9% tra gli over 80. La Svezia riporta la percentuale più elevata di over 80 beneficiari di assistenza domiciliare, pari al 33,4%. L'Italia si colloca terzultima con una percentuale di over 65 in long-term care domiciliare pari al 6,1%. Si fa notare tuttavia che le percentuali italiane risultano superiori rispetto a quanto riportato dal Ministero della Salute nel nostro Paese e discusse nel presente report. Tale discrepanza riflette la differente metodologia di classificazione dei sistemi di long-term care impiegata dalle due differenti fonti.

Il 2020 e il 2021 hanno rappresentato anni di forti sollecitazioni per la salute pubblica, generate dalla tutt'ora in corso pandemia da COVID-19. L'Italia, primo paese al mondo a dover contrastare il problema su larga scala, ha vissuto quello che è stato definito uno stress-test del sistema sanitario nazionale, non solo relativo alle cure ospedaliere ma anche a quelle territoriali, inclusa la medicina primaria, le cure domiciliari e quelle residenziali. Le RSA, in particolare, sono state oggetto di grande attenzione politica e mediatica, a causa dell'elevato tasso di letalità dell'infezione da COVID-19 tra i residenti. La pandemia ha determinato una importante anomalia nella demografia del nostro Paese, specie tra gli ospiti delle RSA. Ma ha anche generato una serie anomala di flussi di pazienti tra domicilio, strutture residenziali e ospedale che non hanno seguito le stesse regole nelle diverse Regioni. Infine, tutto questo ha avuto una importante ripercussione sulla corretta e puntuale raccolta e trasmissione dei dati relativi ai flussi informatici ministeriali. Alla luce di tali considerazioni, si raccomanda cautela nella interpretazione dei dati riportati in questo documento.

Ancora una volta l'analisi dei dati relativi alle atti-

vità di long-term care in Italia restituisce un panorama estremamente eterogeneo, con importanti divari tra le diverse Regioni, che seguono gradienti irregolari, non facilmente inquadrabili secondo i canonici criteri nord-sud, oppure basati sulla ricchezza di una determinata area geografica. Analizzando le tendenze degli ultimi anni, ed in particolare fino al 2019, confermiamo quanto osservato precedentemente, ovvero una progressiva - sebbene timida - crescita nell'offerta di cure domiciliari, cure residenziali e semiresidenziali e cure palliative. Il dato del 2019, già riportato e commentato lo scorso anno, viene sostanzialmente consolidato e rafforzato in seguito agli aggiornamenti più recenti dei tracciati SIAD e FAR. Tuttavia, in controtendenza rispetto a quanto appena detto, durante il 2020 riscontriamo una quasi universale inversione di tendenza, con una sostanziale riduzione dei tassi di copertura di assistenza domiciliare integrata e cure palliative, con un'offerta di cure residenziali che, al contrario, continua a crescere. Per quanto riguarda l'ADI, nel 2020 si registra un abbattimento di circa 10.000 assistiti over 65 rispetto al 2019, con un tasso di copertura nazionale che passa dal 4,67% al 4,52%. Tale riduzione interessa in maniera irregolare le diverse Regioni e Provincie Autonome. Continuiamo ad osservare come vi siano Regioni in grado di garantire cure domiciliari a più del 3,5% degli over 65 e Regioni che stentano a garantire tassi di copertura dell'1%. In ogni caso, si tratta di un'offerta sottodimensionata rispetto ai reali bisogni di cure domiciliari della popolazione in esame e nettamente inferiore rispetto a quanto garantito in altri paesi europei. Per quel che riguarda le cure residenziali, esse hanno registrato un incremento nel 2020, con un tasso di copertura degli over 65 pari al 2,49%. Non è chiaro se questo aumento sia ascrivibile ad una più elevata offerta di posti letto in strutture residenziali o ad un aumentato turnover dei pazienti nei posti letto disponibili, dettato dall'elevato tasso di mortalità dei residenti in corso di pandemia, specie durante quella che è stata definita la prima ondata. Anche in questo caso l'incremento non è omogeneo tra le diverse aree geografiche ed appare evidente come, differentemente dall'offerta di cure domiciliari, vi sia un evidente gradiente nord-sud nell'offerta di posti in RSA, con le Regioni del centro-nord che spiccano per gli alti tassi di copertura, rispetto alle Regioni del Sud. Un gradiente simile, sebbene con delle sporadiche eccezioni, si osserva nel livello di sviluppo delle cure palliative. L'indicatore scelto per descrivere il fenomeno è il tasso di malati deceduti per malattie terminali che hanno ricevuto cure palliative. Anche in questo caso si assiste ad una riduzione dell'offerta del servizio, che passa da un tasso di copertura del 32% nel 2019 a un tasso del 29,5% nel 2020.

Le vicissitudini degli ultimi due anni hanno stravolto lo scenario della long-term care in Italia, da un lato generando una fortissima crisi del sistema, che talvolta è andato incontro ad una implosione, dall'altro promuovendo un'accelerazione nello sviluppo e implementazione di numerose iniziative che hanno contribuito a snellire i processi e a renderli più efficienti. È da queste iniziative che bisogna ripartire, mettendole a sistema e investendo in nuove tecnologie, sfruttando l'ondata di cospiqui investimenti che sta interessando questo settore della salute pubblica.

Ringraziamenti

Si ringraziano per la preziosa collaborazione

Serena Battilomo
Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della Salute

Donata Bellentani
Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute

Andrea Urbani
Direttore Generale, Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute

Elisabetta Santori
Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della Salute

ITALIA LONGEVA

PER L'INVECCHIAMENTO E LA LONGEVITÀ ATTIVA

Ministero della Salute

REGIONE MARCHE

INRCA Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

HEALTH AND SCIENCE ON AGING