



#COVER
STORY

ADI SANITÀ VICINA. ANZI, A CASA

La Dichiarazione di Alma Ata venne adottata alla Conferenza

Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria tenutasi dal 6 al 12 settembre 1978 nella città dell'ex Unione Sovietica. Si trattò dell'evento riguardante la politica della salute internazionale più importante degli anni 70. La conferenza fu organizzata dalla Oms/Organizzazione Pan Americana della Salute, dall'Unicef, e patrocinata dall'Unione Sovietica di allora. La Dichiarazione di Alma Ata sottolinea l'importanza dell'attenzione primaria alla salute come strategia per ottenere un miglior livello di salute della popolazione. Il suo motto fu: Salute per tutti entro il 2000.

RECUPERIAMO I RITARDI

di SILVIA FREZZA, MARCO BATTISTI



Se è vero che il tempo è galantuomo, è anche verosimile considerare che gli indugi durati decenni rischiano di essere gaglioffi. È intorno a questa oscillazione che si è giocata la lunga partita dell'assistenza primaria, il cui fischio di inizio è datato addirittura 1978

Da allora, innumerevoli richiami o sollecitazioni o censure da parte di enti o soggetti nazionali e internazionali terzi e cioè non suscettibili di interessi di parte. Ultimo, in ordine di tempo, il rapporto 2019 di The European House Ambrosetti dedicato alla

sanità in cui erano state individuate, a partire ancora una volta dai dati dell'Oms, le principali sfide alla salute sia a livello globale che per l'Italia e il suo Servizio sanitario nazionale. Tra le minacce globali figuravano: una possibile pandemia influenzale e la fragilità dei sistemi di assistenza sanitaria primaria; tra le minacce che invece caratterizzavano il panorama italiano, spiccavano le patologie croniche non trasmissibili, l'invecchiamento della popolazione, le disuguaglianze regionali, la mancanza di medici i ritardi nella digitalizzazione delle cure.

Proprio il nodo dell'invecchiamento della popolazione italiana, e più in generale dei Paesi con economie avanzate, è un fatto acclarato. Se nel 1861, alla nascita dello Stato unitario, gli over 75 costituivano l'1,1% della popolazione complessiva, nel 2018 gli italiani che avevano più di settantacinque anni erano invece l'11,5% del totale. Tutto ciò a fronte di una contrazione delle nascite che ha condotto alla deformazione della piramide demografica, con l'oramai sostanziale parità tra le fasce giovani della

“ 17 ORE MENSILI DI ADI SONO INSUFFICIENTI A GARANTIRE UNA PRESA IN CARICO EFFICACE ”



Le cronicità interessano 24 milioni di italiani, il 40% della popolazione, di cui circa la metà (12,5 milioni) si trova in condizioni di multi-cronicità.

In proiezione, nel 2028 ci saranno 25 milioni di italiani cronici e 14 milioni con multi-patologie, con un assorbimento di risorse finanziarie che crescerà dagli attuali 66,7 miliardi di euro per attestarsi intorno ai 71 miliardi. Si tenga presente che, nonostante sia un problema che impatta prevalentemente sulla popolazione anziana, non è esclusivo di quest'ultima: il 7,6% della popolazione della fascia 0-14 presenta infatti una patologia cronica.

Sul versante della non autosufficienza si stima, nel nostro Paese, una quota di oltre 2,9 milioni di anziani non autosufficienti, di cui solo la metà usufruisce di assistenza sanitaria (37%) o sociale (14%); la restante quota, almeno ufficialmente, non è presa in carico dai servizi.

Fonte: 1. Università Cattolica del Sacro Cuore, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Focus 1 La cronicità in Italia. Fonte. 2. CERGIS-Università Bocconi 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care "Il futuro del settore LTC Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali" a cura di Fosti G. Notarnicola E EGEE 2019

popolazione e quelle più anziane.

Sul piano epidemiologico, questo inesorabile fenomeno demografico ha comportato un progressivo incremento della diffusione delle patologie

cronico-degenerative tipiche della vecchiaia, con cui il Ssn si è trovato a dover fare ora i conti, sebbene esso sia storicamente strutturato per rispondere alle acuzie e non alle cronicità.

La vicenda Covid-19 si è innestata su alcune criticità irrisolte del nostro sistema sanitario, prima fra tutte il sottodimensionamento dell'offerta di servizi territoriali rispetto ai bisogni. Tale carenza è corroborata dai dati sull'offerta assistenziale relativa ai due principali setting deputati alla gestione in regime extra-ospedaliero delle fragilità sociosanitarie: assistenza domiciliare e residenzialità dedicata.

Sul versante della domiciliarità (dati 2018) hanno ricevuto interventi in Adi poco più di 395.000 italiani over sessantacinque, il 2,9% della popolazione anziana rispetto a un target del 6,7% (pari a 923.500 anziani) obiettivo recentemente fissato dal Ministero della Salute. Il dato medio nazionale, estrapolato dalla Griglia Lea 2018 recentemente pubblicata, testimonia la mancanza di progressi sul fronte dell'Adi con

un incremento di appena lo 0,2% sul 2017. Un altro aspetto particolarmente critico risiede nel sottodimensionamento dell'intensità assistenziale: la media nazionale delle ore di assistenza domiciliare dedicate al singolo caso trattato, per i pazienti anziani, è pari a 17 ore mensili. Questa cifra, di per sé già inadeguata, sconta, tra l'altro, un'impressionante variabilità regionale: si passa dalle 72 ore per caso in Calabria alle 4 ore nel Veneto. Quelle 17 ore di trattamento risultano del tutto insufficienti a garantire una presa in carico efficace, se si considera che i riferimenti internazionali stimano necessarie circa 20 ore mensili di assistenza.

Non va meglio sul lato della residenzialità per anziani. Il numero di posti letto in Rsa vede l'Italia ferma a 14,4 posti letto ogni 1000 anziani (medesima incidenza registrata nel 2017) nettamente in fondo alla classifica in un benchmark con i principali partner europei (Spagna 43,7; Francia 44,9; Germania 54,4; Svezia 70,3; Olanda 72,8). Anche in questo caso si evidenziano ampie difformità regionali in termini di posti letto, con 40 posti letto ogni 1000 an-

“ IL VUOTO ASSISTENZIALE HA ALIMENTATO UN MERCATO SOMMERSO COME QUELLO DEL BADANTATO ”

ziani nelle due Province autonome e valori inferiori ai 6 nelle regioni del Meridione d'Italia.

A corollario di questo quadro, c'è da sottolineare che le famiglie hanno reagito a un simile vuoto assistenziale alimentando un mercato sommerso e poco qualificato sul piano professionale come quello del badantato, stimato nell'ordine di oltre un milione di badanti, di cui 402 mila in regola e le restanti 603 mila irregolari; con una media nazionale di 43 badanti ogni 100 abitanti over-settantacinque non autosufficienti. La zona grigia del badantato è sostenuta da un'enorme massa di denaro pubblico che offre trasferimenti monetari (indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità, ecc.) anziché alimentare servizi in natura, investimenti che consentirebbero invece di infrastrutture reti assistenziali, con evidente convenienza per lo Stato in termini di sviluppo occupazionale e di gettito di ritorno.

Tali reti stentano tuttavia a decollare, con un ritardo al quale non è più in grado di sopperire neanche l'ospedalità, che per molto tempo ha esercitato una funzione di "supplenza" nei confronti del

Il ritardo dell'Assistenza Domiciliare Integrata appare tanto più evidente alla luce del confronto con i principali partner europei: a fronte del 2,9% italiano, si registra il 5,9% della Francia, l'8,8% della Spagna, l'8% olandese, il 13,1% e il 12,4% rispettivamente della Germania e della Svezia. Esistono inoltre marcate disparità regionali nell'offerta di Adi; considerando gli ultrasessantacinquenni, si va da una copertura del 5% in Molise allo 0,2% della Valle D'Aosta, con le tre regioni più popolate del Paese tutte sotto la media nazionale: Lombardia (2,5%), Lazio (2%) Campania (2,4%).

Fonte: 1. www.stats.oecd.org, anno di riferimento 2018 con l'esclusione dell'Olanda il cui dato fa riferimento al 2017. Fonte: 2. Annuario Statistico SSN Anno 2017



territorio. L'offerta ospedaliera in questi anni, per ragioni di bilancio ma anche per la volontà politica di un ritorno alla missione originaria dell'ospedale, si è fortemente contratta: dal 2007 al 2017

“ LA SOLUZIONE C'È E SI CHIAMA ASSISTENZA PRIMARIA ”

si è passati da 1.197 a 1.000 presidi ospedalieri (-16%); di conseguenza i posti letto sono diminuiti del 17% (-45mila), parimenti al personale medico e infermieristico (-12mila unità).

La pandemia, infine, ha portato alle estreme conseguenze questo processo, con la riconversione di ampie porzioni della rete ospedaliera in strutture deputate alla gestione dei pazienti affetti dal Covid-19. Questo, oltre a gravi lacune nella gestione delle acuzie non riconducibili all'emergenza coronavirus, significa lasciare senza riferimento i cittadini e soprattutto la popolazione anziana in un frangente in cui gli ospedali sono già sotto forte stress.

Da una parte quindi si pone la necessità, nei prossimi mesi, di tenere lontani dagli ospedali gli anziani, soprattutto quelli in condizioni di grave fragilità e come tali più esposti alle conseguenze esiziali di un eventuale contagio; dall'altro è fondamentale offrire loro risposte assistenziali rispetto a un'ospedalità che è tornata a occuparsi prevalentemente di acuzie.

La soluzione c'è e si chiama assistenza primaria: un sistema che dovrebbe assicurare la presa in carico delle patologie croniche e delle fragilità sociosanitarie, senza alcuna dicotomia tra medicina del territorio e ospedale ma in una logica di continuità tra i due setting, in cui la prima svolge una funzione essenziale di filtro in entrata (prevenendo ospedalizzazioni inappropriate e accessi al Pronto Soccorso evitabili) e in uscita (scongiurando, ad esempio, le ospedalizzazioni ripetute).

Gli anni trascorsi non sono in realtà passati invano. Diversi soggetti, non ultimo il Terzo Settore, hanno provato tanto a persuadere i legislatori a curare il sistema verso l'assistenza primaria, quanto a incunarsi in quel sistema per realizzare ove possibile l'esperienza dell'assistenza primaria. Nelle pagine che seguono, alcuni dei protagonisti di questa vertenza raccontano quello che è stato, ne fanno un bilancio, provano a prefigurare come il Pianeta Salute sia ormai destinato a cambiare.

Lui grande lo era e non soltanto per il ricco cursus honorum cumulado negli anni e declinato nelle diverse articolazioni delle istituzioni sanitarie nazionali. La sua dimensione si misurava sulla capacità di guardare lontano restando ancorato al presente: era quello che si potrebbe definire un concreto visionario. Finché ha potuto nella sua longeva, densa vita, ha discusso scenari: qualcuno realizzandolo, qualcuno promuovendolo, altri abbozzandoli tracciando sentieri per le generazioni a venire.

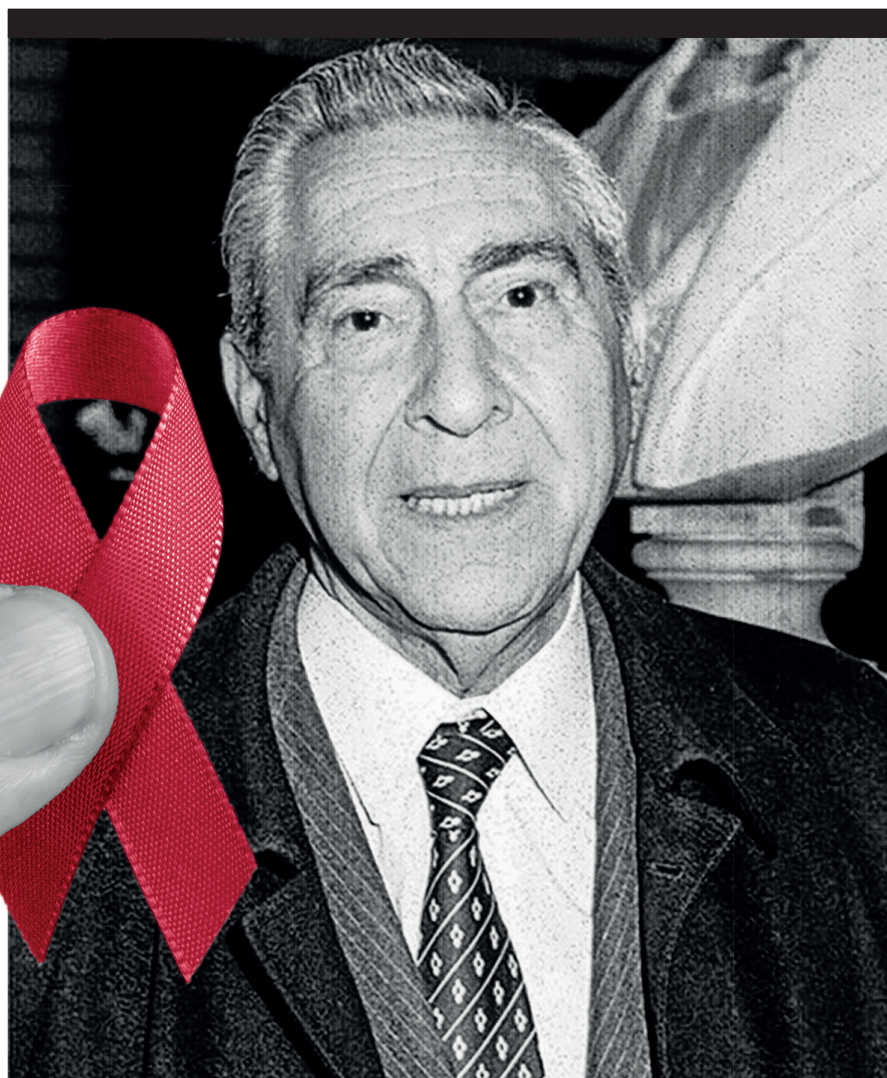
Per quanto amabile potesse essere, è stato il più coriaceo portatore di idee che abbia conosciuto, ha segnato inevitabilmente la storia della salute pubblica italiana e quindi dello stesso Paese.

Guzzanti fu accogliente e non solo nei modi, colse al volo l'occasione di implementare la legge che

Il più coriaceo portatore di idee

Andammo a trovare **Elio Guzzanti** su indicazione della nostra Università, per avanzare una proposta di assistenza nelle case di malati di Aids, allora reietti, portandoci appresso il timore reverenziale che si deve ai grandi

di GIUSEPPE MARIA MILANESE



normava l'assistenza domiciliare attraverso il coinvolgimento, fin lì inedito, della cooperazione. **Si interfacciò con l'allora Ministro della Sanità per escogitare un meccanismo che superasse le ovvie riserve dei legislatori. Fu, letteralmente, un escamotage che cambiò il corso di quella vicenda: una modifica appena percettibile (l'introduzione dell'inciso "ed organizzazioni assistenziali diverse") consentì al Terzo Settore di entrare a pieno titolo nella rete assistenziale domiciliare, nel quadro di interventi per la prevenzione e la lotta contro l'Aids.** Non potemmo, neppure a posteriori, definirlo un cooperatore, si tratterebbe di un'operazione intellettualmente non onesta. Ma la sua acutissima curiosità culturale – la curiosità si affianca sempre all'emancipazione – gli consentì di aprirsi alla cooperazione e aprire a questa dimensione i meccanismi della salute pubblica. Non fu un caso, mi si perdoni la divagazione autoreferenziale, che questo vecchio saggio presiedette il comitato scientifico dapprima della cooperativa Osa Operatori Sanitari Associati e poi di Confcooperative Sanità. Lo assillava la qualità della cura, la necessità di intervenire nelle fasi di vulne-

rabilità della vita umana con adeguata efficienza e non minore rispetto. Ma non si trattava (soltanto) di un afflato valoriale, poiché sapeva ben inquadrare il fenomeno della malattia come fattore che si riverbera sull'economia di un'intera società. Da questo assunto, il suo studio radicale sull'assistenza extraospedaliera, concepita non come altro dall'ospedale, ma come modello sussidiario all'ospedale, necessario a elaborare le prevedibili (e ampiamente previste) trasformazioni sociali, tanto sul versante della demografia, quanto su quello dell'epidemiologia. Troppo facile farlo col senno del poi: ma se Guzzanti fosse stato ascoltato, anche l'impatto di un fenomeno devastante quale una pandemia sarebbe risultato attutito. Padre – teorico e pratico – dell'assistenza primaria, oggi redivivo potrebbe ri-

tenersi sufficientemente soddisfatto e magari anche compiaciuto: il lungo Lego assemblato con la prudenza e talvolta la miopia dei decenni oggi sembra destinato a realizzarsi, perlomeno in attesa di nuovi futuri.

Siamo infatti un presente fecondo, il lascito morale e materiale del professor Guzzanti è tela pregiata su cui affrescare una evoluzione dei paradigmi della cura: proprio il Covid-19 ha funzionato da agente catalizzatore di una riforma che si attendeva da troppo tempo, mentre l'intervento di fondi europei è servito da volano per avviare la spinta riformatrice e, auspicabilmente, renderla a stretto giro operativa. Il Recovery Plan, approvato dal Parlamento, potrebbe essere stato scritto da Guzzanti stesso, tanto è esplicito – puntuale – rispetto allo stesso lessico dell'assistenza primaria:

“LO ASSILLAVA LA QUALITÀ DELLA CURA”



Leggi gli articoli dedicati a Guzzanti su Panorama della Sanità numero 30/2010

Elio Guzzanti (Roma, 18/8/1920, 2/5/2014) Specialista in malattie dell'apparato respiratorio e in igiene e tecnica ospedaliera, è stato direttore degli ospedali Santo Spirito, San Camillo e Policlinico Umberto I di Roma. Dal 1976 al 1984 e dal 1991 al 1993 è stato componente del Consiglio Superiore di Sanità. Dal 1985 al 1994 è stato direttore scientifico dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù e dal 1996 al 1998 direttore dell'Agenzia per i Servizi sanitari regionali. Autore di numerose pubblicazioni riguardanti l'organizzazione sanitaria, dal 17/1/1995 al 17/5/1996 è stato Ministro della Sanità con il Governo Dini. Presidente del comitato scientifico della Fondazione Cesare Serono. Il 28/10/2009, in seguito alle dimissioni del presidente della Regione Lazio Piero Marrazzo, è stato nominato dal Governo Berlusconi commissario ad acta per la Sanità nella stessa Regione. È stato direttore scientifico dell'Irccs Oasi di Troina (Enna).

obiettivo della missione "Salute" è "rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare"; si interverrà sull'assistenza di prossimità diffusa sul territorio e sulle cure primarie e intermedie; le case diventano "il primo luogo di cura" e via dicendo. Anche questo aspetto, questa sorta di "sdoganamento" di termini che erano stati sottaciuti perché l'urgenza stessa di procedere a questa riforma era stata tralasciata, ha un valore. Sembrerebbe che da questo nuovo protagonismo delle parole si possa ripartire verso la meta più alta, la centralità delle persone.

Un'opportunità **unica**

Se c'è qualcosa che dobbiamo alla pandemia è l'aver messo a nudo le criticità di un'assistenza territoriale che troppo a lungo ha sofferto di uno sbilanciamento verso l'ospedale; di tagli lineari alla sanità che nel corso degli anni hanno mortificato la visione d'insieme, che necessariamente deve partire dalla prevenzione e dalle cure primarie per declinarsi sulla presa in carico di prossimità, il più possibile integrata tra ospedale e domicilio, tra servizi territoriali e sociali, per dare risposta a bisogni

Digitalizzazione e assistenza domiciliare sono due componenti da sviluppare in parallelo per gestire in modo più razionale e innovativo le esigenze di salute delle non autosufficiente e delle disabilità

di PIERPAOLO SILERI

Attualmente in Italia le persone con un'età superiore ai 65 anni sono il 23%, dato destinato ad aumentare gradualmente nei prossimi anni. Inoltre, secondo le stime attuali, il numero di anziani non autosufficienti raddoppierà fino a quasi 5 milioni entro il 2030. Questi dati pongono una vera e propria sfida per i servizi di welfare e per l'assistenza sociosanitaria.

di salute complessi, alle cronicità, alle fragilità dei più anziani.

Gli investimenti individuati dal Pnrr sono una risorsa e un'opportunità unica in questo senso, in grado di colmare innanzitutto le mancanze strutturali del sistema sanitario in ambito tecnologico, le disuguaglianze regionali, le disomogeneità di accesso alle prestazioni in termini di tempistica e di complementarietà dell'offerta.

Si parla da molto tempo di telemedicina, di sanità digitale, ma solo in questi ultimi anni e ancor più in questi mesi di emergenza sanitaria si sono

realmente comprese le potenzialità dell'assistenza da remoto, della possibilità di cura e di dialogo medico-paziente anche a distanza, dell'imprescindibilità della continuità del supporto sanitario e socio-sanitario individuando la casa come primo luogo di cura.

Digitalizzazione e assistenza domiciliare sono due componenti da sviluppare in parallelo per gestire in modo più razionale e innovativo le esigenze di salute delle non autosufficiente e delle disabilità, per avvicinare le cure al paziente e soprattutto migliorarne la qualità di vita.

Nel Pnrr si fa esplicito riferimento alla popolazione



“SUPERARE LA DICOTOMIA TRA ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE”

Per le persone anziane non autosufficienti, il Pnrr introduce diverse misure, strettamente legate tra loro, sia riguardo al rafforzamento dei servizi sociali territoriali finalizzato alla prevenzione dell'istituzionalizzazione e al mantenimento, per quanto possibile, di una dimensione autonoma (Missione 5), sia attraverso il potenziamento dell'assistenza sanitaria, soprattutto radicata sul territorio (Missione 6).

Nella Missione 5, 500 milioni di euro sono stanziati per il sostegno alle persone fragili e anziane per rafforzare i servizi sociali territoriali e "di prossimità". Di questi, 300 milioni di euro riguardano la riconversione delle Rsa e delle case di riposo per gli anziani in gruppi di appartamenti autonomi. L'obiettivo è assicurare, per quanto possibile, la massima autonomia e indipendenza delle persone anziane, in un contesto nel quale viene garantita una esplicita presa in carico da parte dei servizi sociali e vengono assicurati i relativi sostegni. Questi interventi sono affiancati da una riforma tesa a introdurre



un sistema organico di interventi in favore degli anziani non autosufficienti, finalizzato all'individuazione di livelli essenziali delle prestazioni. Tale intervento è strettamente integrato con i progetti proposti nel capitolo sanitario del Piano (Missione 6), in particolare con la riforma dei servizi sanitari di prossimità e con l'investimento sull'assistenza domiciliare. In questa linea di intervento sono infatti stanziati fondi per il potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale. In particolare, 2 miliardi di euro saranno investiti per l'attivazione di 1.288 Case della Comunità, cioè punti di assistenza continuativa per la popolazione, in particolare per le persone fragili e gli anziani. Altre risorse sono invece stanziare per il potenziamento dei servizi domiciliari e la telemedicina.

Tali investimenti hanno l'obiettivo di rafforzare i servizi sanitari di prossimità e domiciliari al fine di garantire un'assistenza sanitaria più vicina ai soggetti più fragili, come gli anziani non autosufficienti, riducendo così la necessità di istituzionalizzarli, ma garantendo loro tutte le cure necessarie in un contesto autonomo e socialmente adeguato.

Fonte: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

anziana e non autosufficiente, per la quale sono pensate specifiche misure in missioni diverse, a testimonianza dell'attenzione verso la longevità e la promozione di un invecchiamento attivo, nonché della transizione dalla residenzialità ai servizi erogati sul territorio. In questo processo sarà cruciale valorizzare i presidi territoriali già esistenti come le Case di Comunità, che il piano italiano del Next Generation Euprevede di portare a 1.288 nel 2026. Ma sarà altrettanto funzionale migliorare tutti i luoghi in cui privilegiare le cure primarie, gli interventi clinici a bassa intensità, il trattamento delle post-acuzie, con il duplice vantaggio di sgravare le strutture ospedaliere e il Pronto Soccorso e inter-

venire più capillarmente e stando "vicino" al paziente.

Anche gli Ospedali di Comunità potranno contribuire a ottimizzare la rete di prossimità, così come lo sviluppo delle farmacie dei servizi, soprattutto nei contesti geograficamente più svantaggiati.

Per un welfare territoriale che davvero sia al passo con i tempi e in linea con le esigenze di salute dei cittadini sarà necessaria una riforma incisiva, che adegui l'attuale assetto istituzionale intervenendo in primis nella definizione di standard condivisi per la definizione dei requisiti della qualità dei servizi e dei percorsi di cura. Si tratta di costruire un modello

organizzativo basato sul "continuum assistenziale", tanto più necessario per i pazienti cronici e anziani, che preveda un "gioco di squadra" coordinato tra tutti i soggetti deputati all'erogazione delle prestazioni al singolo e che possibilmente si misurabile e valutabile nell'output generato per un'ottimale programmazione sanitaria.

Non solo, sarà fondamentale che l'integrazione dell'offerta assistenziale tra ambito domiciliare, semiresidenziale e residenziale – per citare l'esempio della presa in carico delle cronicità dei più anziani – **sia calibrata proporzionalmente, affinché sul territorio vi sia la giusta continuità di pre-**

stazioni, misurata sull'effettiva epidemiologia delle non autosufficienze e delle fragilità lì presenti. Superare la dicotomia tra assistenza sanitaria e sociale è un'altra leva che favorirà il passaggio da una sanità "per prestazioni" a una "di continuità". Insieme all'accreditamento di tutti quei soggetti, anche privati, che hanno in carico la cura del paziente nel suo domicilio e che devono rispondere a requisiti basati su indirizzi nazionali e condivisi a livello regionale. Medesimi standard per operatori accreditati pubblici e privati garantiranno un'offerta qualificata e ramificata e consentiranno anche una migliore valutazione, in un processo di verifica dell'assistenza partecipato e democratico.



Si intreccia sul territorio la possibilità di una sanità più efficiente e centrata sulla persona, con il valore aggiunto di umanizzare i quartieri, diffondendo servizi proattivi, riqualificando e rigenerando l'habitat

di VINCENZO PAGLIA

Il Covid-19 ha fatto venire alla luce contraddizioni già presenti ormai da alcuni decenni nella società, tra cui l'incapacità a rispettare il diritto di ogni persona a vivere in maniera degna gli ultimi anni della propria vita, nel proprio habitat, circondata dall'affetto dei propri familiari

e dalla cura della intera società. È venuto il momento di ripensare dalla radice un nuovo modello di prossimità agli anziani. Non si tratta di riformare qualche regolamento, di introdurre normative un po' più stringenti o standard più severi. Ma di un nuovo modello da individuare e realizzare: si deve

capovolgere il paradigma e passare da un'assistenza agli anziani basata sulla istituzionalizzazione ad un modello di assistenza domiciliare integrata. Gli anziani – come tutti, del resto – debbono restare nella loro abitazione dove da sempre vivono. Nel settembre 2020 il ministro della Salute Roberto Spe-

ranza, ha voluto affidarmi la presidenza della Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana. E ci siamo trovati subito d'accordo, in Commissione, sulla necessità di passare dalla residenzialità a servizi erogati sul territorio. Si chiarì: **una riforma del modello di assistenza non significa dismettere le case di riposo, lasciando senza lavoro gli operatori sanitari. Tutt'altro.** Un ripensamento del modello significa esattamente il contrario: moltiplica la richiesta di figure professionali, ma dislocate sul

territorio, in prossimità dei luoghi dove gli anziani vivono. Una nuova sanità su base territoriale eleva la qualità delle cure ed è strumento per spendere meno e meglio. E c'è di più: si intreccia sul territorio la possibilità di una sanità più efficiente e centrata sulla persona, con il valore aggiunto di umanizzare i quartieri, diffondendo servizi proattivi, riqualificando e rigenerando l'habitat. I dati che abbiamo dicono che, ad esempio, centinaia di migliaia di over 75 vivono con gravi difficoltà motorie isolati in abitazioni senza ascensore. I disabili che vivono da soli o con un anziano convivente e senza aiuto alcuno sono circa un milione. Se la loro richiesta di aiuto sociale (ed economico) non avrà risposta, si trasformerà inevitabilmente in domanda sanitaria, inappropriata e insostenibile.

Dunque, è necessario un nuovo modello, per dare vita ad un continuum assistenziale, uno spettro di servizi realmente disponibili, ampio e diversificato. Ecco perché serve un modello differente, di cui devono essere chiari i vantaggi in termini di qualità ed efficienza e di ricaduta positiva sul mondo del lavoro in termini di personale specializzato e servizi dedicati. Ma decentrati,

sul territorio. Una vera e propria rivoluzione culturale per il nostro Paese. Si tratta di realizzare quello che gli anglosassoni chiamano un continuum assistenziale prendendosi in carico la cura degli anziani, dove il servizio pubblico è chiamato a svolgere un ruolo pilota ma non esclusivo. **Oltre a forme di assistenza residenziale si prevede anche un'offerta semiresidenziale ampia, con centri diurni ed un'assistenza domiciliare di tipo sociale e sanitario.** Vanno inclusi ovviamente servizi di telemedicina e telepresenza e attività preventive, di inclusione e lotta alla solitudine ed all'isolamento sociale su base territoriale, di quartiere, di comunità locali. Il modello di assistenza domiciliare integrata e continuativa, secondo la proposta della Commissione,

“ OCCORRE COSTRUIRE UN CONTINUUM DI SERVIZI ”

prevede per ogni anziano 20 ore al mese per ogni anziano bisognoso al posto delle attuali 18 ore annue. Cioè un reale servizio domiciliare, risparmiando in termini di costi ospedalieri ma aumentando i benefici per i pazienti.

Con i servizi di prossimità si aumenta la qualità e si risparmia sui costi. E in estrema sintesi una riforma di questo tipo non conviene solo agli anziani. Conviene a tutti, tutti potremmo allora beneficiare da una società che finalmente decide di non lasciare indietro nessuno e dunque anche noi, anche ognuno di noi, a tempo opportuno, vivrà una vecchiaia custodita e protetta.

Scrivo al presidente del Consiglio Mario Draghi, “...si deve

traversare una volta per tutte quella sottile ma profondissima linea di demarcazione che vorrebbe i nostri anziani espulsi dal tessuto sociale, familiare e domestico, per concentrarli in quei 'non luoghi' rappresentati dagli istituti, secondo un malinteso senso della loro custodia e tutela che tanti danni ha fatto sinora...”.

“...la discriminazione è sotto i nostri occhi: le Asl garantiscono il pagamento di una quota importante della retta per le Rsa ma non assicurano nella stessa misura le cure domiciliari. È molto semplice finire in una casa di riposo ma molto più difficile ottenere un aiuto per rimanere presso la propria dimora. Caro presidente, mi appello oggi a lei, perché è necessario che il Ssn sappia compiere quell'ultimo miglio, il tragitto fino alla casa!”

Consenso unanime sul documento di impostazione proposto dalla Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana: “La Commissione – si legge nella nota sull'approvazione del documento – congiuntamente ai diversi portatori di interessi – associazioni, sindacati, aziende, mondo del volontariato – sente la necessità di ribadire con forza alcune importanti questioni: la pandemia ha rivelato, come abbiamo più volte sostenuto, sostanziali fragilità di sistema che sono alla base della strage di anziani e dei più deboli. È ora di compiere un salto ed un passaggio culturale di grande importanza: il Covid-19 ci ha insegnato che il territorio è decisivo, che le case delle persone anziane sono il teatro vero della battaglia per una sanità diversa, leggera, proattiva, che non aspetta i pazienti comodamente seduta al riparo delle istituzioni, ma li cerca e si muove verso di esse”.



#COVER
STORY

IL NOSTRO PIANO

Per rivoluzionare la Medicina territoriale è necessario abbandonare la logica “a silos”, che rende difficile il lavoro in team, l’interazione tra i professionisti, la sinergia delle competenze, e che è sostanzialmente passata indenne attraverso le varie riforme

di FILIPPO ANELLI

Addio al "vecchio" medico di famiglia, che visita da solo nel suo studio, armato di sfigmomanometro, fonendoscopio e della sua esperienza di clinico: la medicina territoriale del futuro si farà in team multiprofessionali. E, portando i professionisti "al letto del paziente", migliorerà la presa in carico degli assistiti. È questa la visione della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici, Fnomceo, così come è uscita dal documento partorito dal Gruppo "Medicina Territoriale" – e approvato poi dal Comitato Centrale – del "Cantiere per le Riforme del Servizio sanitario nazionale", messo in campo durante la pandemia di Covid. Una visione condivisa, nella sostanza, anche dal ministro della Salute, Roberto Speranza, che ha più volte ribadito come la parola chiave del Recovery Plan dovesse essere "prossimità".

Il nostro è un piano articolato e complesso, che prende in esame criticità attuali e propone soluzioni possibili su diversi versanti. Dalla medicina di famiglia alla continuità assistenziale, dalle Usca agli ospedali di comunità, dalla medicina

“ LA MEDICINA SCOLASTICA PUÒ ESSERE PRESIDIO IMPORTANTE DI PREVENZIONE ED EDUCAZIONE SANITARIA ”

scolastica alla formazione e al ricambio generazionale, la Medicina territoriale viene presa in esame in tutte le sue declinazioni.

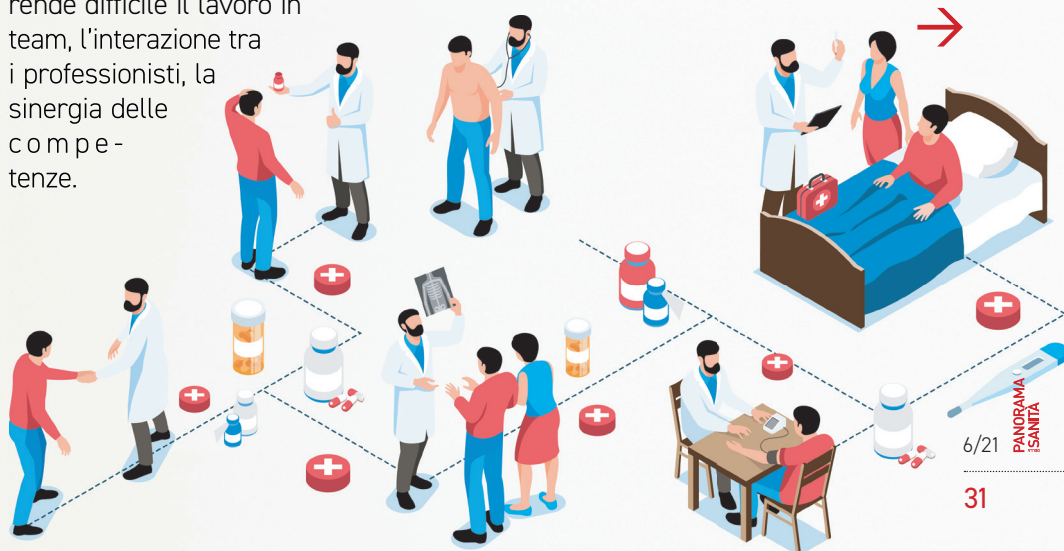
Appare necessario pensare a una sanità territoriale "nuova", ispirata a una vision in grado di rispondere alla domanda di salute presente e futura del Paese, che possa essere realmente integrata da un punto di vista organizzativo sia al suo interno sia con le strutture ed equipe ospedaliere e che possa essere in grado di valorizzare le specificità di tutti i suoi attori, pur nelle diverse peculiarità, al fine di rispondere al crescente bisogno di salute della popolazione nel nostro Paese. L'attuale organizzazione, diversa nelle varie Regioni, è accomunata da una logica "a silos", sostanzialmente passata indenne attraverso le varie riforme, che rende difficile il lavoro in team, l'interazione tra i professionisti, la sinergia delle competenze.

L'organizzazione dovrà essere rafforzata rispetto alle modalità di lavoro più vicine alla realtà della popolazione, privilegiando un'integrazione tra le diverse figure professionali, per poter stabilire un reale rapporto fiduciario con i cittadini. L'unità di base sarà quella del microteam, composto da medico

di medicina generale, specialisti, infermieri, assistenti di studio. All'interno di tale modalità di lavoro diventa essenziale tener conto delle spinte motivazionali dei professionisti. Il medico di famiglia ha come proprio obiettivo lavorativo il rapporto continuativo con il cittadino, con il quale stabilisce un rapporto di fiducia, con un approccio mirato non alla semplice intercettazione dei problemi, ma al "problem solving". Il medico di medicina generale si rapporta con le altre figure professionali integrandosi con le loro specifiche competenze e autonomie. L'infermiere e l'assistente sanitario svolgono la funzione di "case manager" mentre al medico di medicina generale è attribuita la funzione di "clinical manager". Tale funzione può essere svolta con efficacia con

Secondo le stime della Federazione dei medici di medicina generale (Fimmg) in Italia i medici di medicina generale sono troppo pochi e diminuiranno ulteriormente in futuro.

Nei prossimi 5 anni smetteranno di lavorare 14.908 medici di famiglia e 14 milioni di italiani potrebbero rimanere senza medico di famiglia; il trend sarà poi destinato a peggiorare ulteriormente nel 2028, quando mancheranno 33.392 medici di famiglia.



un approccio che veda la presenza dell'infermiere e dell'assistente sanitario come componenti di un microteam insieme al medico. In tal senso il rapporto di convenzione comune per tutti i professionisti del team appare il più rispondente a questo modello di presa in carico basato sulla condivisione di azioni, obiettivi, risultati anche economici rafforzato dal rapporto di fiducia con i propri pazienti. Lo specialista ambulatoriale interno deve integrarsi nel microteam, laddove possibile, in alcuni casi con presenze decentrate ambulatoriali e domiciliari, ordinariamente nei presidi territoriali, ma anche utilizzando gli strumenti di telemedicina, collaborando al telemonitoraggio e mettendo in campo una disponibilità non solo prestazionale, ma di presa in carico attraverso il rapporto continuativo "a tre" con il paziente e il suo medico di medicina generale.

Tra gli altri target di intervento, la medicina scolastica, che, organizzata e gestita dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, può essere presidio importante di prevenzione ed educazione sanitaria. E poi, la conti-

PAZIENTI CRONICI

La nostra proposta è quella di un modello organizzativo articolato in quattro aree di presa in carico, secondo la loro stratificazione statistico-epidemiologica:

- a) un'area per la gestione di uno strato della popolazione "sana o apparentemente sana"** con un'attività di prevenzione, educazione e promozione della salute, a carico principalmente del Micro-team della medicina generale o pediatria di libera scelta, con la gestione delle cosiddette "acuzie semplici" attraverso una attività consulenziale da parte dello Specialista Ambulatoriale Interno, presso lo studio Mmg, ambulatori o il domicilio;
- b) un'area di presa in carico delle cronicità "semplici"** sulla base di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (Pdta) di tipo specialistico territoriale, attuabile sempre presso lo studio Mmg/Pls, ambulatori o il domicilio;
- c) un'area di gestione della cronicità "complessa"** di tipo prettamente specialistico territoriale per la gestione di pazienti complessi (cardiopatici, pneumopatici, neurologici, diabetici, ecc.) sul territorio che non richiedano ricovero e siano gestibili nell'ambito dei percorsi strutturati di cure domiciliari, in Rsa, ambulatori, presso Centri/Nuclei di Cure Intermedie;
- d) un'area avanzata per casi gravi,** terminali di cure palliative presso il domicilio (Adi/Uocp) Hospice, Rsa o Nuclei dedicati (Sla, Alzheimer, ecc.).

Lo strumento elettivo per la realizzazione della presa in carico secondo tale modello è costituito dal Piano Assistenziale Individuale (Pai) elaborato dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, con l'apporto delle necessarie consulenze specialistiche, monitorato individualmente e rimodulato secondo le necessità e le modalità evolutive del paziente, con il supporto degli adeguati mezzi tecnologico-digitali (electronic health records e telemedicina) particolarmente per le aree disagiate del Paese.

nuità assistenziale, che andrebbe estesa anche alle ore diurne; l'esperienza maturata dalle Usca; gli Ospedali di Comunità, gli Hospice, le Rsa; le equipe specialistiche multipro-

fessionali; la telemedicina. Infine, ma alla radice del tutto, la formazione e il necessario ricambio generazionale.

La scarsa disponibilità di Mmg, dotati dei requisiti

professionali necessari allo svolgimento dell'attività e l'importante ricambio generazionale in atto devono far prevedere un adeguamento degli accessi e delle relative borse di studio al corso di formazione specifica in medicina generale, tuttora insufficienti, da decidere in accordo con la Fnomceo sulla base di un'accurata programmazione di demografia professionale. Andranno equiparati i contenuti economici delle borse di studio a quelle previste per le specialità universitarie, anche attraverso meccanismi retributivi legati all'inserimento in convenzione dei medici del corso di formazione specifica in medicina generale, compatibilmente con le esigenze dell'attività didattica e a integrazione della stessa.

Ora è il momento dell'azione e della ricostruzione: occorre riconoscere e valorizzare l'impegno di tutti i medici. Non solo adeguando finalmente le loro retribuzioni – e le loro condizioni di lavoro – agli standard europei. Ma anche coinvolgendoli, come richiedono a gran voce, nei processi decisionali: chi, meglio di un medico, sa cosa occorre, ai medici e ai pazienti, perché il sistema di cure funzioni con efficienza, efficacia e qualità?

“ORA È IL MOMENTO DELL'AZIONE
E DELLA RICOSTRUZIONE”



La rete delle farmacie italiane è oggi uno dei più importanti attori impegnati nel rafforzamento della sanità territoriale e, in prospettiva, **nello sviluppo del domicilio quale primo luogo di cura**

di MARIA GRAZIA MEDIATI

Primo **avamposto**

L nuovo corso della farmacia, vissuta come luogo in cui i "servizi" diventano parte integrante dell'offerta, la vede e la vedrà protagonista nella sfida dei prossimi anni, che dovrà essere quella di ridefinire il sistema sanitario in un'ottica di sviluppo della prossimità assistenziale. Già oggi le farmacie sono parte integrante e fondamentale del Ssn, ma possono rafforzarne ulteriormente l'efficacia, ottimizzando le attività assistenziali di prossimità. Per questo i farmacisti puntano ad andare oltre la dispensazione del farmaco, compito che già svolgono in maniera

competente e professionale, assicurando ai cittadini quei "nuovi servizi in farmacia", disciplinati dai decreti Fazio, che vanno dall'esecuzione di test diagnostici di prima istanza, agli screening preventivi, dalla telemedicina alle attività di Centro Unico di Prenotazione. Una dimensione evoluta che trasforma la farmacia tradizionale in "farmacia dei servizi", cioè in un Punto Unico di Accesso in cui il cittadino può pre-

notare sotto casa un esame presso una struttura accreditata, richiedere una visita medica specialistica ovvero l'assistenza infermieristica o sociale a domicilio per un proprio familiare.

Nei primi drammatici mesi della pandemia, la rete delle farmacie ha sperimentato questa dimensione di vicinanza alle persone e di supporto al Servizio sanitario nazionale, rassicurando i cittadini nella fase acuta

La completa dematerializzazione della ricetta, tra le novità introdotte dalla pandemia, a detta del 66,5% dei farmacisti ha portato prevalentemente vantaggi e quasi il 90% ritiene che dovrebbe diventare una prassi. Una prospettiva che trova d'accordo il 90% dei cittadini

dell'emergenza e adottandosi in attività di vera prossimità sociale come la consegna domiciliare del farmaco. Ha inoltre collaborato in maniera fondamentale al contenimento della pandemia offrendo la possibilità di effettuare i tamponi antigenici in maniera semplice e veloce presso le proprie strutture. Nel solo Lazio, le farmacie hanno eseguito ad oggi oltre 1 milione e 300 mila tamponi naso-faringei, contribuendo a decongestionare le altre strutture pubbliche presenti sul territorio, in sofferenza per la troppa affluenza. Inoltre, grazie al decreto legge Sostegni, è stata ormai aperta al farmacista la possibilità di vaccinare all'interno dei propri esercizi. Ciò rappresenta un'ulteriore importante collaborazione con il Servizio sanitario nazionale e costituisce un fondamentale contributo all'accelerazione della campagna vaccinale in atto.

Un altro esempio virtuoso di tutto ciò, già oggi realtà, è rappresentato dall'esperienza di Cap - Consorzio di Assistenza Primaria - modello di matrice cooperativa che ha superato il traguardo della prima decade di vita. Una formula,



I numeri del Consorzio di Assistenza Primaria Cap

Nel corso degli ultimi tre anni il Consorzio di Assistenza Primaria Cap – nato su iniziativa di alcuni dei principali operatori sociosanitari sul territorio nazionale quali Concooperative Sanità, Cef e Federfarma – ha effettuato oltre 5.000 prenotazioni, principalmente rivolte alla somministrazione delle terapie per via intramuscolare, all'assistenza di base alla persona, all'assistenza infermieristica, al prelievo venoso e alla somministrazione di fleboclisi. In merito alle prestazioni, circa il 50% di quelle erogate presso strutture convenzionate con il Consorzio riguardano le visite specialistiche. Seguono gli esami specialistici (23%), le ecografie (10%), le radiografie (9%) e gli esami endoscopici (8%). Parlando di prestazioni domiciliari, il 68% è occupato dall'assistenza di tipo infermieristico, seguita dagli esami diagnostici a casa (10%), dall'assistenza di base (8%), dall'intervento di un medico specialista (7%) e, infine, dalla prestazione fisioterapica (7%).

quella rappresentata da Cap, che dimostra come si possa mettere la farmacia al servizio del cittadino, offrendo prestazioni qualificate e diversificate in ambito sanitario e sociale, unendo in rete professionisti diversi, quali medici di medicina generale, farmacisti, infermieri, operatori sociosanitari e fisioterapisti.

Un progetto pilota nato nel Lazio in attuazione della legge 69 del 2009 che ha, di fatto, ampliato le potenzialità delle farmacie, offrendo loro la possibilità di garantire ai pazienti prestazioni di primo e secondo livello, cure domiciliari, prenotazioni di interventi di assistenza specialistica e molto altro. Con Cap, che oggi costituisce una vera e propria rete nazionale, la farmacia assume pienamente quel ruolo di primo avamposto a sostegno del cittadino in presenza di un bisogno sanitario. All'interno del progetto del Consorzio di Assistenza Primaria, infatti, la farmacia rappresenta lo snodo di accesso e di presa in carico del paziente: ne ascolta i bisogni, propone una risposta immediata a

quelle che sono le singole esigenze di salute, garantisce anche una funzione di controllo della gestione del servizio fornito grazie a una piattaforma informatica, realizzata in base alle caratteristiche dei componenti della rete, per erogare le prestazioni nel modo migliore possibile e a prezzi calmierati.

La farmacia si conferma, anche in questo modello, presidio territoriale di prossimità riconosciuto come affidabile da chi richiede la prestazione e con la capacità di gestire i bisogni sanitari in modo professionale, con una presenza capillare e continua, specialmente in quelle comunità e in quelle aree rurali in cui può capitare di avere la presenza del farmacista e magari non del medico.

È evidente quindi come le farmacie, in termini di capillarità, tecnologie, competenze e affidabilità possano rappresentare un centro fondamentale per la presa in carico degli assistiti, specialmente quelli con problemi di cronicità e non autosufficienza, favorendo l'accesso ad alcune prestazioni che rientrano nel percorso dia-

gnostico e terapeutico, in affiancamento e collaborazione con la medicina di base. La farmacia rappresenta inoltre il punto di riferimento fondamentale della sorveglianza, per esempio, in materia e di aderenza alla terapia; è in grado inoltre di favorire lo sviluppo della sanità territoriale collaborando sempre di più con il Servizio sanitario regionale e alleggerendo parte di quelle che oggi sono esclusive competenze ospedaliere.

Basti pensare agli sviluppi connessi al ricorso sistematico alle tecnologie digitali: ad esempio l'accesso del farmacista, in affiancamento ai medici e agli altri operatori sanitari, all'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico e al Dossier Farmaceutico, può rafforzare l'assistenza territoriale con una possibilità di interconnessione digitale e di condivisione di percorsi tra i vari attori della sanità territoriale e ospedaliera. Rimane quindi chiaro l'orizzonte verso cui tende la farmacia nei prossimi anni, una farmacia alla quale si riconosce il ruolo di centro socio-sanitario polifunzionale a servizio della comunità, raccordo tra ospedale e territorio e front office del Servizio sanitario nazionale.

“ 18.500 PUNTI SUL TERRITORIO A CUI ACCEDONO
OGNI GIORNO 4 MILIONI DI CITTADINI ”

UNA BASE SOLIDA

Da anni si parla di rafforzare l'assistenza primaria per affiancarla al sistema ospedaliero, anche in una logica di **CONTINUITÀ TERRITORIALE**. Ora, anche grazie alle risorse del Recovery Fund, sembra sia concreta la possibilità di fare sul serio

di ANTONIO TOMASSINI

La pandemia ha colpito la sanità pubblica, nazionale e regionale, nel mezzo di una transizione che dopo gli indirizzi legislativi, soprattutto rivolti agli ospedali e alla medicina per gli acuti, ha visto emergere, come priorità, l'aspetto delle cure territoriali, complementari e indispensabili. Senza perdersi nella notte dei tempi **va detto che c'è stato un percorso importante, sicuramente virtuoso negli intenti, di leggi nazionali per arrivare al giorno d'oggi**. La legge più antica che innescò la dignità dei medici fu la legge Mariotti, del 1968, quindi, dieci anni dopo, arrivò la 833, fon-

damentale istitutrice del Servizio sanitario nazionale. Quindi, negli anni 1992 e 1993, le leggi 502 e 517 (Di Lorenzo e Garavaglia ministri) e, ancora, la legge Bindi 229 del 1999, la variazione del Titolo V (2001) con l'azione di poteri ceduti alle Regioni (cosiddette legislazioni concorrenti) per arrivare, infine, alle attuali diversità regionali. Tutte queste norme sono tuttora operative, non abrogate, non completamente applicate e talvolta in aperta contraddizione l'una con l'altra.

È quindi evidente che la pandemia abbia colpito, in maniera inaspettata e violenta, quando alcune Regioni virtuose stavano ricreando un buon siste-

ma territoriale, su tutte Emilia Romagna, Veneto e anche Lombardia con la legge 23.

Con alcuni nodi irrisolti, però, che sono legati ad alcuni interventi importanti e urgenti mai attivati: la digitalizzazione, ben lontana dall'essere decisa e applicata, la diversa dignità tra le attività mediche (l'ospedale per gli acuti, il territorio, la riabilitazione) e infine la profonda disomogeneità interpretativa della sanità nelle varie Regioni, che evidenzia come sarà fondamentale riportare a interesse nazionale alcuni temi fondamentali come l'emergenza urgenza, i trapianti, le trasfusioni. In questo scenario da anni si parla di rafforza-

re l'assistenza primaria per affiancarla al sistema ospedaliero, anche in una logica di continuità territoriale. Ora, anche grazie alle risorse del Recovery Fund, sembra sia concreta la possibilità di fare sul serio. È innegabile che molte iniziative dell'assistenza primaria siano state attivate in maniera virtuosa da alcune Regioni, ma è altrettanto vero che non vi sia ancora un sistema di coordinamento tra loro. Siamo quindi a un punto fermo che può essere però interpretato come un ottimo trampolino per una nuova partenza.

Se dovessi sintetizzarlo con uno slogan, direi:



Servizi domiciliari nel Pnrr

Il potenziamento dei servizi domiciliari è uno degli obiettivi fondamentali della Missione 6 del Piano di Ripresa e Resilienza. L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee). L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

Investimento stimato 4 miliardi di euro
2,72 miliardi

Costi derivanti dal numero crescente di pazienti

0,28 miliardi

Istituzione delle Centrali Operative Territoriali

1 miliardo

Telemedicina

L'investimento mira a: **Identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure** domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione); **Realizzare un sistema informativo**, presso ogni Azienda sanitaria locale (Asl), in grado di rilevare dati clinici in tempo reale; **Attivare 602 Centrali operative territoriali (Cot)**, una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza; **Utilizzare la telemedicina** per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche.

"No all'ospedale sotto casa, ma le cure a casa tua". Il percorso evolutivo dell'assistenza domiciliare, infatti, dovrebbe partire non più dall'ospedale per acuti o dallo specialista che ha curato il paziente, bensì proprio da casa. Oggi esiste un sistema di strumenti e di "device" talmente perfezionato che si può fare

in loco, al letto di una persona, moltissimo e anzitutto con l'aiuto della telemedicina. Il presidio domiciliare dovrebbe avere strette connessioni con la farmacia di servizi prossimali e con l'unità di cure primarie (o Case

della Salute come detto da altri). Nel territorio ci dovrebbe anche essere la possibilità di controlli clinici e di brevi degenze per aggiornare e adeguare terapie e farmaci. Collegati "a due braccia" con questa unità territoriale, da un lato l'ospedale per gli acuti e dall'altra i reparti di riabilitazione per i cronici. **Il tavolo della sanità sarebbe così ben equilibrato su quattro gambe: le cure domiciliari, il territorio, le cure per gli acuti, i centri di riabilitazione. Le quattro gambe devono avere pari dignità nei finanziamenti, nelle decisioni e nelle esecuzioni dei piani sanitari.**

Va chiarito poi il ruolo dei soggetti privati, professionisti presenti da anni sui territori, e il ruolo dello Stato per coinvolgerli nel processo di trasformazione. Innanzitutto ritengo che uno dei contrasti ideologici meno utile o, anzi, più dannoso per tutti sia, nel campo della salute, la contrapposizione fra pubblico e privato. Già solo per le dimensioni il pubblico è vasto e il privato non potrà mai sostituirlo. Il privato potrebbe però

essere sinergico e strategico soprattutto in alcune condizioni di grande necessità di adattamento e capacità di risolvere i problemi: proprio nelle terapie territoriali domiciliari il privato potrebbe, ad esempio, avere un ruolo determinante, come già alcune sperimentazioni hanno dimostrato.

È evidente che il privato sociale può, dunque, rappresentare la punta avanzata per questi obiettivi. Da ultimo, ma non ultimo, il Recovery Fund e quanto collegato ci offrono la vera occasione per rendere moderna e attuale la nostra sanità: poiché a questo si lega anche un profondo snellimento e miglioramento di tutto quello che riguarda la formazione del personale sanitario, a emergere è l'assoluta necessità di percorrere questo cammino con decisione, unione e determinazione. Chiudo con un pensiero al professor Elio Guzzanti, mio maestro e mio ispiratore. Mi piace pensare che oggi si possa ragionare su questi scenari soprattutto grazie a quanto lui ha costruito.

“**UNO DEI CONTRASTI IDEOLOGICI MENO UTILE È LA CONTRAPPOSIZIONE FRA PUBBLICO E PRIVATO**”

Grazie all'Health Technology Assessment è possibile analizzare e valutare gli effetti, dovuti all'introduzione, futura ed eventuale, di una "tecnologia sanitaria". **L'Hta per la piena integrazione della telemedicina nel Ssn**

La chiave di volta

di PIETRO DERRICO, MATTEO RITROVATO

Il trattamento dei nuovi bisogni assistenziali, originati dall'aumento della popolazione anziana, dalla crescita di patologie croniche, dalla progressiva diffusione di condizioni di fragilità e di non autosufficienza soprattutto tra i pazienti anziani affetti da diverse comorbidità, richiede frequentemente il contributo di più attori all'interno di un sistema inter-professionale, inter-disciplinare e multi-disciplinare che deve tenere necessa-

riamente in considerazione il significativo sviluppo e la sempre più crescente diffusione di tecnologie che permettano agli assistiti di vivere in casa, migliorando la loro autonomia, facilitando le attività quotidiane, garantendo, attraverso il monitoraggio continuo, il miglioramento delle condizioni di sicurezza e salute. La telemedicina a supporto della deospedalizzazione, i servizi di assistenza in remoto, tecnologie assistive, robotica, ecc. han-

no registrato enormi sviluppi in termini di ricerca applicata e traslazionale, favorendo un sostanziale abbattimento di costi, una crescente personalizzazione delle soluzioni e una loro integrazione. Una recente review conferma che la telemedicina è utilizzata principalmente nel monitoraggio domiciliare di pazienti con malattie croniche (ad

L'Hta è definito come un processo multidisciplinare in grado di sintetizzare le informazioni sugli aspetti sanitari, tecnologici, sociali, economici, organizzativi, etici e giuridici legati all'uso di una tecnologia sanitaria in modo sistematico, trasparente, obiettivo e robusto per supportare la formulazione di politiche sanitarie sicure, efficaci e incentrate realmente sui pazienti. Ciò vale, senza dubbio, anche nell'ambito dell'e-Health, e in questo caso particolare per la telemedicina.



#COVER STORY

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Composizione del Pnrr Missione Salute

Miliardi di euro

M6. SALUTE	Pnrr (a)	React B.J (b)	Fondo complementare (c)	Totale (d)=(a)+(b)+(c)
M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	7,00	1,50	0,50	9,00
M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	8,63	0,21	2,39	11,22
Totale Missione 6	15,63	1,71	2,89	20,22

Di recente il Consiglio dell'Unione europea ha approvato un'importante Conclusione. Si tratta del documento **Diritti umani, partecipazione e benessere delle persone anziane nell'era della digitalizzazione, un modo per affrontare a 360° il benessere e l'inclusione sociale degli anziani nell'era digitale**. Ricorda che la digitalizzazione ha aiutato a raggiungere le persone anziane durante la crisi Covid-19, ma anche che il divario digitale tra le generazioni è significativo e aumenta con l'età.

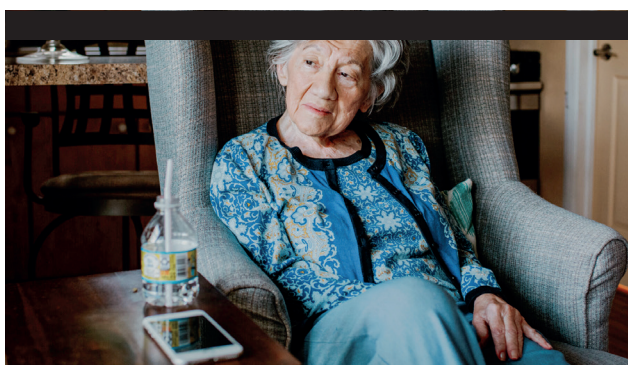
es. diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) o malattie cardiache).

Il rafforzamento delle prestazioni erogate sul territorio e della telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale è previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Pnrr) approvato dal Governo con uno stanziamento, all'interno della "Missione Salute" di 7 miliardi di euro (sui 15,6

totali previsti).

Nonostante i potenziali vantaggi che l'introduzione di queste tecnologie innovative potrebbe apportare in special modo a quella parte della popolazione così definita "fragile", numerosi elementi di criticità potrebbero emergere nel momento in cui due "mondi" molto distanti tra loro, la popolazione anziana e le tecnologie innovative appunto, sono chiamati a interagire, pur a fronte dell'aumentata alfabetizzazione digitale registrata negli ultimi anni. Inoltre rispetto all'applicazione di tecnologie di supporto al soddisfacimento dei bisogni della popolazione anziana (health big data, algoritmi di intelligenza artificiale (machine-learning), bio-robotica e dispositivi per il telemonitoraggio) è indispensabile analizzare innanzitutto la reale uti-

lità ed "efficacia clinica" insieme alla proporzionalità tra i benefici ricercati e i rischi prevedibili. Al fine di modellare un sistema più efficace ed efficiente di presa in carico del paziente attraverso la telemedicina, un valido supporto arriva dall'Health Technology Assessment (Hta), strumento metodologico diffuso e consolidato a livello internazionale da alcuni decenni, attraverso il quale è possibile **analizzare e valutare gli effetti, diretti e indiretti, a lungo e a breve termine dovuti all'introduzione, futura ed eventuale, di una "tecnologia sanitaria" quale appunto può considerarsi l'erogazione di un atto medico tramite piattaforme di telemedicina e medical device annessi** in un particolare e delicato contesto organizzativo come quello sopra rappresentato.



“ ANZIANI E TECNOLOGIE INNOVATIVE, DUE MONDI DISTANTI ”

Ogni analisi Hta, infatti, è basata su evidenze scientifiche, con lo scopo di individuare e definire i parametri di misura in grado di descrivere in modo quantitativo l'impatto che le nuove tecnologie, implementate per il soddisfacimento della popolazione anziana, potranno avere sul Servizio sanitario nazionale. Tali evidenze vengono raccolte attraverso una revisione sistematica di letteratura, integrata con consultazione dei principali siti di Agenzie di Hta, l'opinione di esperti e dei principali stakeholder, nonché con una dettagliata e accurata analisi di contesto, ed eventualmente la raccolta di dati sperimentali generati sul campo. A supporto di tale esigenza la rete europea dell'Hta (EUnetHta) ha sviluppato un modello, denominato Hta Core Model®, con il quale è possibile valutare la tecnologia in termini di: problema di salute, uso corrente, caratteristiche di sicurezza ed efficacia, costi e valutazione economica, aspetti etici, organizzativi e sociali e, infine, gli aspetti legali. A partire proprio dal Core Model, alcuni anni fa è stato realizzato, per il particolare ambito della telemedicina, un

framework strutturato, denominato Model for Assessment of Telemedicine (Mast) allo scopo di valutare l'efficacia delle prestazioni erogate "a distanza".

Questo schema di valutazione è stato poi richiamato anche nelle Linee Guida italiane per la telemedicina del 2014. In tale prospettiva appare evidente come i sistemi sanitari debbano avvalersi dell'Hta per supportare scelte di valore a garanzia della salute dell'intera popolazione.

Accanto allo studio dei dati relativi all'efficacia delle prestazioni erogate in telemedicina, ambiti di indagine particolarmente rilevanti risultano l'impatto che può avere sulla qualità di vita dei pazienti e l'equità di 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. La riduzione dei ricoveri e dei giorni trascorsi in istituti di cura non favorisce solo l'aspetto economico, ma promette importanti benefici ai pazienti in termini di miglioramento della qualità di vita e in-

“ OCCORRE POTENZIARE IL PATIENT ENGAGEMENT ”

dipendenza. Ad oggi, in Italia, ciò è avvenuto per la meritoria attività posta in essere dagli ospedali, dove si evincono la gran parte delle esperienze di telemedicina, mentre c'è ancora molto da migliorare in merito all'erogazione di prestazioni di telemedicina da parte delle entità (Asl, distretti, Mmg, ecc.) statutariamente deputate delle attività sanitarie sul territorio.

Inoltre, un ruolo cruciale in questo contesto di valutazione assumono i modelli organizzativi per la gestione delle cronicità che non possono essere pensati a prescindere dalla specifica tecnologia, ma, al contrario, dovrebbero integrarla nella progettazione dei nuovi processi assistenziali technology based. L'innovazione digitale, infatti, offre un duplice vantaggio: da una parte garantisce supporto avanzato per le cure dei pazienti e dall'altro è abilitante per la gestione multidisciplinare del paziente cronico che coinvolge diversi attori e richiede l'integrazione tra ospedale e servizi territoriali. Tuttavia l'utilizzo della telemedicina è ancora poco diffuso a cau-

sa di molteplici elementi critici e barriere che ne ostacolano l'adozione su larga scala. In particolare, oltre alle storiche problematiche ad essa correlate (valutazione, misura e monitoraggio di efficacia ed esiti; interoperabilità dei sistemi; specifiche definizioni tariffarie; responsabilità degli attori; ecc.), perché questa possibilità diventi sempre più concreta e applicabile in maniera diffusa, **occorre potenziare il patient engagement tramite, ad esempio, l'utilizzo di un linguaggio chiaro e l'effettuazione di poche e semplici operazioni con i dispositivi hardware e software necessari al funzionamento** (a cura dello stesso paziente o del suo caregiver).

In conclusione, l'adozione di questi strumenti di sanità digitale potrà essere favorita se le nuove tecnologie di telemedicina saranno in grado di essere "ospitate a casa del paziente" in modo "discreto e invisibile" e adattarsi ai ritmi di vita e alle abitudini quotidiane delle persone, ciò a vantaggio di un servizio sanitario più equo, accessibile, moderno e sostenibile.

Ne è derivato un serrato impegno sul piano tecnico-legislativo che ha esitato in un processo di riqualificazione delle cure domiciliari, con il passaggio dal precedente sistema, incentrato sulle gare d'appalto, all'accreditamento istituzionale, al pari delle altre tipologie assistenziali ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Fino all'applicazione di questa riforma, infatti, l'assistenza domiciliare nel Lazio veniva assicurata dalle diverse Asl o mediante l'erogazione diretta di prestazioni effettuate da personale dipendente o attraverso il ricorso, totale o parziale, a erogatori esterni selezionati tramite contratti di affidamento del servizio conseguenti a gare d'appalto. Ne risultava un quadro caratterizzato da una marcata eterogeneità; ogni Asl della regione ha infatti avuto a che fare, negli anni, con erogatori differenti e con diverse modalità di remunerazione delle prestazioni, alcune valorizzate in accessi, altre in tempi standard di esecuzioni. E ciò avveniva nonostante precisi atti regionali (le Dgr 325 e 326 del 2008) avessero introdotto in precedenza modalità

Percorso virtuoso

A partire dall'anno 2017, ben prima che la pandemia imponesse alla ribalta della cronaca il tema della domiciliarità delle cure, la Regione Lazio ha avviato un percorso evolutivo e di rafforzamento del proprio servizio di Adi

di ALESSIO D'AMATO

organizzative e tariffe di riferimento regionali, che di fatto non sono mai state pienamente applicate.

La svolta, come già accennato, c'è stata nel 2017, quando sono stati definiti i requisiti di accreditamento necessari per poter esercitare l'attività domiciliare e, nell'anno successivo, con la definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni e di classificazione dei soggetti erogatori in tre diverse fasce di qualificazione, in funzione delle capacità organizzative e produttive dichiarate in sede di verifica dei requisiti di accreditamento.

Tali norme hanno pertanto sanato la disomogeneità di erogazione del servizio e delle valorizzazioni delle relative prestazioni; tuttavia la transizione da un

regime all'altro ha richiesto del tempo, tantoché è stato necessario, per una prima loro applicazione, attendere il 1° gennaio 2020, quando è stato avviato nel Lazio il sistema provvisorio di attuazione della riforma, che prevede la contrattualizzazione da parte delle Aziende degli erogatori accreditati con una remunerazione del servizio U00012/2020.

Uno dei principi che ha ispirato l'impianto della riforma è stato, senza dubbio, "il criterio della libera

scelta da parte dell'utente", che può esprimere la preferenza relativamente al soggetto erogatore al quale affidarsi. Tale opportunità di fatto esalta la libera concorrenza tra gli erogatori che, contrariamente al passato, in cui godevano di fatto di una situazione di monopolio nel proprio territorio di riferimento, vengono ora stimolati a offrire prestazioni di qualità



sempre crescente.

Non meno valore è stato dato al principio della tempestività del servizio, con gli erogatori tenuti ad assicurare obbligatoriamente la presa in carico entro le 72 ore dall'inizio del Pai. Non accade più come in passato, soprattutto per le prestazioni di fisioterapia, che si creino liste di attesa anche di mesi, perché l'aumentata offerta di soggetti erogatori permette di assicurare una pronta risposta e relativa presa in carico anche con un aumento numerico dei soggetti ai quali è finalmente assicurata l'assistenza dovuta.

Un' particolare attenzione è stata poi riservata ai pazienti in alta complessità

assistenziale attraverso il rafforzamento dell'assistenza "di sollievo", con lo scopo di migliorare la qualità della vita anche dei familiari/caregiver e di consentire loro la ripresa di attività lavorative, il riposo quotidiano, ecc. Un impegno doveroso che prosegue, tanto che recentemente si è intervenuto con una serie di provvedimenti che ne perfezionano l'applicabilità, i contenuti, le modalità applicative.

La Regione intende monitorare e supportare la validità del sistema, e la relativa coerenza tariffaria, attraverso la valutazione di un tavolo tecnico nel quale sono presenti, oltre ai tecnici dei competenti uffici re-

gionali e delle Asl, anche i rappresentanti dei diversi stakeholder del settore, comprese le associazioni dei pazienti e dei loro familiari.

Tale tavolo, a causa della pandemia che ha rallentato molti dei processi organizzativi in favore della gestione dello stato emergenziale, è in fase di avvio e sarà investito sostanzialmente di tre compiti: monitorare l'attività assistenziale erogata nell'ambito del nuovo sistema di cure domiciliari, verificandone la congruità e rappresentando all'amministrazione eventuali ambiti o aspetti di criticità; fornire elementi utili all'amministrazione per regolamentare l'accesso alle cure domiciliari e la presa in carico per gli assistiti caratterizzati da un elevato impegno assistenziale, anche in coerenza con il nuovo sistema valutativo multidimensionale; fornire un contributo specifico ai fini della verifica e del monitoraggio dell'utilizzo delle risorse, anche finanziarie.

Come strumento chiave per questa finalità è stata altresì avviata l'implementazione informatica del sistema di valutazione multidimensionale per persone

I numeri dell'Adi nel Lazio

Nel 2020, anche grazie alle ulteriori risorse investite nel settore, sono state effettuate poco più di 40.000 prese in carico. In particolare con il sopraggiungere della pandemia, grazie ad addendum contrattuali sottoscritti ad hoc tra le Asl e gli erogatori Adi, è stato possibile garantire la continuità assistenziale anche a pazienti Covid-19, per terapie usualmente assicurate in regime di day hospital, come trasfusioni ematiche per soggetti talassemici o somministrazione di farmaci biologici per particolari patologie autoimmuni. Inoltre, il numero di soggetti ultrasessantacinquenni che ha avuto almeno una presa in carico complessa è stato di 26.600, pari al 2,13% della popolazione over 65 della regione, con un trend in crescita rispetto agli anni precedenti (1,8% nel 2019) in linea con gli obiettivi fissati per gli adempimenti Lea.

fragili, non autosufficienti e persone necessitanti di cure palliative, che integra l'attuale Sistema Informativo Assistenza Territoriale (Siat). Esso dovrebbe consentire una categorizzazione più oggettiva della intensità dei Pai, del relativo assorbimento di risorse e conseguentemente la possibilità di ridefinire un sistema tariffario congruo. Concludendo, riteniamo di avere avviato un percorso virtuoso, che consentirà alla Regione Lazio di potenziare e uniformare l'attuale offerta di cure domiciliari, migliorando al tempo stesso la qualità dei servizi resi sull'intero territorio regionale, anche mediante l'ottimizzazione dei fondi disponibili, sia a livello regionale che nazionale.

ROAD MAP

legislativa accreditamento ADI LAZIO

Dca U00256/2017 definisce, in applicazione del Dpcm 12/01/2017 di aggiornamento dei Lea, i criteri di eleggibilità e i livelli di intensità assistenziali

Dca U00283/2017 e smi individua requisiti, la proposta di determinazione delle tariffe, il percorso di accreditamento e le modalità di selezioni del contraente

Dca U00095/2018 definisce le tariffe, le fasce di qualificazione e i pesi ponderali per la selezione del contraente nonché un modello esemplificativo per la valutazione della performance

Dca U00525/2019 regola il periodo transitorio del percorso di riorganizzazione e riqualificazione delle Cure domiciliari - Adi

Dca U00012/2020 provvede all'adozione delle tariffe per l'anno 2020

Dca U00036/2020 istituisce il tavolo tecnico e prevede modifiche parziali nelle modalità di erogazione per l'alta complessità assistenziale

Dca U00047/2020 chiarisce e rafforza le modalità di intervento a favore dei Pazienti ad alta complessità ed elevata intensità assistenziale

“ UNO DEI PRINCIPI CHE HA ISPIRATO LA RIFORMA È STATO IL CRITERIO DELLA LIBERA SCELTA DA PARTE DELL'UTENTE ”

#COVER STORY

Ragionando sull'integrazione tra ospedalità e cure territoriali una premessa, per quanto scontata, è d'obbligo. I baby boomer hanno oramai superato la soglia dei 65 anni, generando un enorme aumento della domanda sanitaria relativa alla gestione della cronicità, che preme con forza verso la ricerca e il continuo adattamento di modelli sanitari in grado di rispondere alle complesse esigenze di continuità di cura dei pazienti anziani (e non solo).

In particolare i bisogni di salute della persona anziana, associati ai cambiamenti della sfera emotiva, relazionale e socio-economica che caratterizzano questa fase della vita, spingono per l'individuazione di soluzioni innovative che consentano al paziente di ricevere la migliore assistenza sanitaria disponibile nel luogo più adatto e confortevole. Tale luogo, per la grande maggioranza degli anziani italiani, resta il proprio domicilio.

La pandemia da Covid-19 è stata un potente catalizzatore di questo processo: da una parte ha forzato e accelerato il decentramento delle cure dagli

L'Assistenza Domiciliare può offrire risposte evolute e di sistema ai pazienti, aiutandoli a completare il loro percorso di cura nel luogo più accogliente, familiare e sicuro: la propria abitazione

di ROBERTO BERNABEI

AMBULATORIO a domicilio

ospedali, sempre più luoghi dedicati alla cura delle malattie acute per il tempo strettamente necessario al raggiungimento della stabilizzazione clinica; dall'altra ha favorito l'affermazione del domicilio quale primo luogo di cura dove, grazie anche alle tecnologie attualmente a disposizione degli operatori sanitari, è possibile effettuare interventi diagnostici e terapeutici, in presenza e da remoto, secondo precisi piani di assistenza individuali personalizzati per il singolo paziente.

Accanto ai crescenti bisogni di salute delle persone anziane è tuttavia fondamentale rilevare le notevoli criticità organizzative ed economiche che pesano sul Servizio sanitario nazionale e tutte le esigenze, per nulla trascurabili, degli altri attori coinvolti nell'assistenza degli anziani, ovvero caregiver, familiari e operatori sanitari. Basti pensare alle molte regioni italiane in cui si avverte fortemente un ritardo nel campo della gestione dei pazienti in assistenza domiciliare, aspetto che come Associa-

zione Italia Longeva non manchiamo mai di evidenziare nel nostro appuntamento annuale dedicato alle Long Term Care.

In questo panorama, al fine di colmare i suddetti vuoti assistenziali e contribuire all'avvicinamento tra le cure ospedaliere e quelle territoriali, il 20 dicembre 2018 è stata costituita la società "Gemelli a Casa" (Gac), nata dalla collaborazione tra la Fondazione Policlinico Agostino Gemelli Irccs e Osa Cooperativa sociale, uno dei principali operatori italiani nel settore



dell'assistenza domiciliare integrata. Lo scopo di Gac è offrire servizi sanitari altamente qualificati e specializzati – a 360° – secondo un modello di presa in carico globale e integrata dei pazienti, portando direttamente a casa loro gli operatori, gli specialisti e le tecnologie sanitarie proprie di una realtà ospedaliera di alto livello come il Policlinico Gemelli. Cuore del modello è la Centrale Operativa, che coordina il personale sanitario appositamente qualificato per operare in un contesto domiciliare e garantisce l'approvvigionamento del materiale necessario allo svolgimento delle prestazioni sanitarie. Inoltre, gestisce la complessità della tecnoassistenza, ossia di tutte le informazioni e attività correlate con l'utilizzo delle tecnologie al servizio della salute.

L'assistenza avviene attraverso l'intervento di una équipe multidisciplinare che valuta, con la metodologia e i software più "updated", i bisogni clinici e assistenziali complessi dei pazienti e delle loro famiglie nel luogo in cui vivono abitualmente, con l'obiettivo di individuare un piano assistenziale personalizzato e di monitorarlo nel tempo. Medici, infermieri, fisioterapisti,

operatori socio-sanitari cooperano per realizzare tale piano e garantire al paziente le cure e gli interventi di prevenzione efficaci per la gestione delle multimorbidità e l'ottimizzazione della salute.

Tale modello di presa in carico, essendo radicato all'interno dell'ospedale, qualora ce ne fosse la necessità, può essere anche attivato al momento della dimissione per i pazienti ricoverati, in modo da garantire la continuità delle cure senza interruzioni nell'assistenza e con passaggi di consegna facilitati. Un processo che può avere anche il vantaggio di garantire una maggiore efficienza delle degenze, contribuendo ad evitare che i pazienti restino in ambiente ospedaliero oltre il tempo necessario alla stabilizzazione della malattia

acuta. **È ormai evidente, infatti, che l'ospedale per acuti non rappresenta il regime di assistenza ideale per la multimorbidità tipica del paziente anziano moderno; anzi, spesso una degenza prolungata può avere effetti devastanti sulle sue capacità funzionali e la sua autonomia.** Non solo: grazie alla rapidità di attivazione del servizio per i pazienti in dimissione dall'ospedale, Gac può svolgere anche una funzione di ponte tra il ritorno del paziente al domicilio e l'attivazione degli eventuali servizi territoriali erogati dalle Asl di appartenenza, qualora i tempi di attivazione di questi si prolunghino per svariati motivi, garantendo al paziente un più rapid rientro presso il proprio contesto di vita e familiare. Anche nel quadro della

pandemia Gac ha operato per portare, in tutta sicurezza, assistenza a casa dei pazienti affetti dal Covid, effettuando tamponi molecolari per la ricerca del virus Sars-CoV-2, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche (internistiche, pneumologiche). Infine, sempre in collaborazione con il Policlinico Gemelli e con la Regione Lazio, ha gestito con i propri operatori sanitari, esperti nel lavoro di équipe e nella valutazione multidimensionale, due Strutture Alberghiere di Ospitalità Protetta per pazienti positivi al Covid. In sintesi, Gemelli a Casa rappresenta un'esperienza che di fatto rafforza e contribuisce a realizzare due esigenze prioritarie del panorama sanitario attuale e del prossimo futuro: la prima è il decentramento dell'assistenza sanitaria, soprattutto al paziente anziano, dagli ospedali e dai centri ultraspecializzati verso il proprio domicilio; la seconda è quella di stringere le maglie della collaborazione tra questi due setting di erogazione delle cure, che possono potenziarsi a vicenda garantendo migliori cure nell'ambiente più appropriato e assicurando la continuità della presa in carico.

La dimensione della cronicità e della policronicità

Si raggiungono numeri importanti con l'avanzare dell'età: già dopo i 65 anni e prima dei 75, più della metà delle persone convive con una o più patologie croniche fra quelle indagate e questa quota aumenta con l'età fino a interessare complessivamente i tre quarti degli ultra 85enni, di cui la metà è affetto da due o più patologie croniche. La prevalenza per singole patologie croniche cambia notevolmente con l'età e se prima dei 55 anni la più frequente riguarda l'apparato respiratorio e coinvolge mediamente il 6% degli adulti, dopo questa età e all'avanzare degli anni aumenta considerevolmente anche la frequenza di cardiopatie e di diabete, che raggiungono prevalenze intorno al 30% e al 20% verso gli 80 anni. La prevalenza dei tumori raggiunge il suo valore massimo (circa 15%) intorno agli 80 anni. I casi con eventi pregressi di ictus e ischemie cerebrali, così come i casi con insufficienza renale, numericamente più contenuti, iniziano ad aumentare dopo i 70 anni, mentre la prevalenza di malattie croniche del fegato non supera mai il 5%, neanche in età più avanzate.

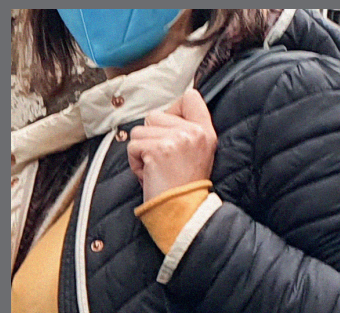
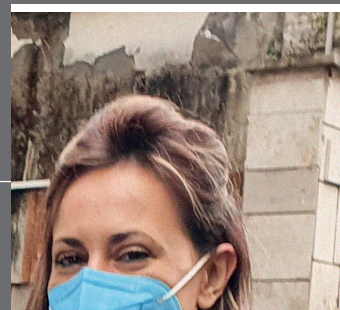
Fonte: Patologie croniche nella popolazione residente in Italia. Passi 2015-2018 (18-69 anni) e Passi d'Argento 2016-2018 (ultra 65enni). Le analisi nel documento si basano su un campione nazionale di circa 130 mila adulti e su un campione di circa 40 mila anziani

#COVER
STORY

Come una di famiglia

Francesca Marchetti da 14 anni lavora come infermiera nell'assistenza domiciliare integrata per la Cooperativa Osa. Seguirla nella sua giornata di lavoro è un viaggio alla scoperta della sofferenza e dell'umanità custodite in diverse case di Roma

di COSIMO SARACINO



Ore 9 di mercoledì, il tempo promette pioggia e il sole sembra non volerne sapere di uscire fuori. Uno sguardo all'applicazione sviluppata da Osa con le indicazioni delle vie e le tipologie di intervento dei pazienti e poi giù in garage per prendere la sua Smart azzurra e caricare la borsa medica.

A bordo con lei salgono l'amore per il lavoro che fa e l'infinita disponibilità all'ascolto. **FRANCESCA HA LE CHIAVI DEL CUORE DI OGNI ASSISTITO CHE LE È STATO AFFIDATO E, IN QUALCHE CASO, ANCHE QUELLE PER ENTRARE NEI CORTILI E NEGLI ANDRONI DEI PAZIENTI.** La zona di lavoro è quella del quartiere Fleming. Verde ovunque, condomini di lusso, mille automobili e un brulicare di vite che si incrociano. La mobilità sostenibile in queste zone è davvero una necessità, trovare un parcheggio è più improbabile di un terno a lotto. Per questo, il rapporto con le famiglie e la fiducia diventano fondamentali per un'operatrice che deve concentrare il suo tempo per dare la giusta attenzione ad ogni paziente. In scaletta ci sono una decina di visite, tutte però vengono organizzate in funzione di due appuntamenti fondamentali: la merenda di Tommaso e il pranzo di Francesco. Sono due bambini che frequentano rispettivamente la prima e la seconda elementare affetti da diabete di tipo 1. A loro va somministrata a orario preciso la giusta dose di insulina e la Regione Lazio garantisce alle famiglie questo servizio. **FRANCESCA NON PUÒ MANCARE ALL'APPUNTAMENTO.** Se il traffico aumenta o i primi interventi necessitano di più tempo, l'infermiera riorganizza le prestazioni in funzione dei due campioni. Telefono alla mano contatta le badanti, parla con i parenti



“È ORA DI RECARS DA FRANCESCO PER L'INSULINA DEL PRANZO”

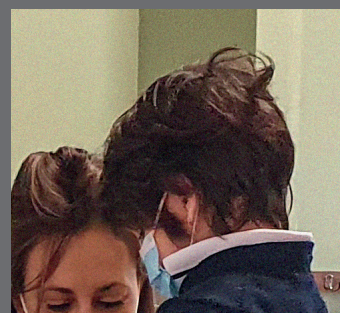
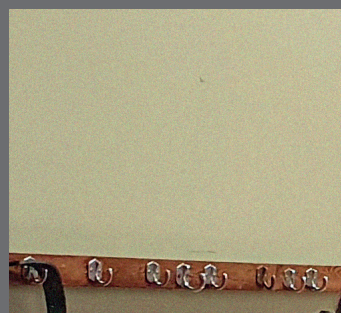
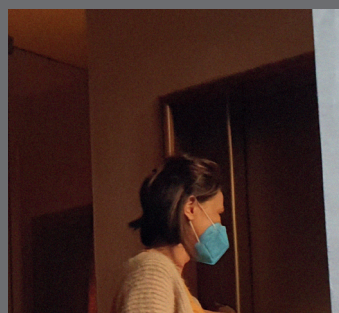


e fa slittare il suo arrivo. Il percorso da seguire, un po' in ordine sparso, è un dedalo di strade della stessa zona: via Flaminia, via Angelo Massedaglia, Corso Francia, via di Vigna Stelluti, via della Farnesina e via Cortina D'Ampezzo. “La Smart è stato l'investimento migliore che io abbia fatto per il mio lavoro”, confessa sorridendo dietro a una mascherina azzurra. Sarà che il colore le piace e richiama alla calma. Alla guida, però, è un'anguilla. Primo appuntamento: fa uno squillo al portiere del condominio, si alza la sbarra, entra con sicurezza. Donato le indica il posto auto libero. Da napoletana verace ha affascinato anche lui che le riserva un sorriso enorme. Secondo piano, **FRANCESCA ENTRA IN CASA COME UNA DI FAMIGLIA**. Orsola, 90enne, ha una piaga sacrale che necessita di essere medicata ogni giorno. La fretta la lascia fuori dall'uscio e comincia a muoversi con estrema calma. Si ferma a parlare con la badante per istruirla sulla cura da tenere nelle prossime ore. Saluta con una carezza Orsola ed è già giù a riprendere il percorso. Pochi isolati più in là c'è Giovannino ad attenderla. Nel mazzo di chiavi sceglie quella giusta, apre il cancello, entra e parcheggia come se abitasse lì. Lui, 65anni, vive con la mamma 80enne. Il suo corpo ha bisogno di attenzioni continue. Ha una piaga sulla schiena che proprio non guarisce, **FRANCESCA È PREOCCUPATA** ma quando arriva si accende una speranza. Calza i guanti, apre la borsa medica e chiede i medicinali che aveva raccomandato di comprare. “Questa mattina Giovannino non si sente bene e non si vuole alzare”, la vecchia mamma siciliana l'accoglie così mentre è seduta al tavolo da pranzo vicino alla finestra intenta a fare colazione. “Giovannino, un po' di latte lo devi mangiare”, incalza Francesca. Lui accenna a una protesta. Molti indizi raccontano l'origine siciliana della famiglia. Il pupo appeso vicino alla finestra, i fichi d'india piantati nel giardino e il mozzo di una ruota di carretto diventato paralume. **“HO QUASI FINITO. UN PEZZETTINO DI CEROTTO E POI TI LASCIO IN PACE”**, rassicura l'infermiera. L'orologio corre ed è quasi arrivato il momento della merenda. Non c'è

#COVER STORY

“CALZA I GUANTI, APRE LA BORSA MEDICA E CHIEDE I MEDICINALI CHE AVEVA RACCOMANDATO DI COMPRARE”

tempo per un altro intervento: direzione Corso Francia. Tommaso è in classe, siede al primo banco affianco alla porta. La maestra spiega alla lavagna interattiva e tiene sotto controllo il cellulare su cui si leggono i parametri di glicemia del piccolo. **FRANCESCA È GIÀ IN COLLEGAMENTO TELEFONICO CON LA MAMMA DI TOMMY E INSIEME VALUTANO IL DOSAGGIO DI INSULINA.** Prima di stabilire il quantitativo, apprende da un quaderno appeso alla porta ciò che il piccolo dovrà mangiare a merenda. Si accovaccia davanti a una sediolina, aspetta il suono della campanella, poi programma il dosatore automatico con il quantitativo di insulina necessario. Tommaso è contento di poter gustare un ovetto di cioccolato e dei biscotti preparati con amore dalla mamma e con Francesca scherza sull'ultima marachella fatta in classe. **“CI VEDIAMO DOMANI”**, saluta così il piccolo campione. La cura di Tommaso è metodica e amorevole. La Regione Lazio garantisce questo tipo di attenzione nei confronti dei bambini con diabete di tipo 1 e gli infermieri si alternano nelle ore della giornata in cui sono a scuola permettendo ai loro genitori di mantenere una vita professionale tranquilla. **“IO VENGO DA NAPOLI E SO PER CERTO CHE QUESTE COSE NON ACCADONO NELLA MIA REGIONE. QUESTO È INGIUSTO PERCHÉ TUTTI I BAMBINI DEVONO AVERE LE STESSE OPPORTUNITÀ”.** Di nuovo a bordo della Smart e via verso casa di Pasquino. Dietro la porta attende la moglie Santina. È il giorno del loro anniversario di matrimonio: 59 anni di vita insieme. Il televisore è acceso su Canale 5 e il giudice di Forum litiga con l'imputata. Santina e Pasquino, invece, sono sereni e innamorati. Francesca come una figlia rovista tra i medicinali posati sul tavolo insieme allo sfigmomanometro prima di mettersi all'opera. Un po' più in là, tanti ninnoli, l'argenteria, le foto dei figli e





“FRANCESCA È PREOCCUPATA MA QUANDO ARRIVA SI ACCENDE UNA SPERANZA”



dei nipoti oltre alle bollette delle utenze. “Abbiamo lavorato una vita”, sorride Santina, “adesso ci vogliamo bene così”. **FRANCESCA CON DELICATEZZA CONSUMA L'INTERVENTO E PASQUINO SI LAMENTA.** “Dai Pasquino, oggi è la vostra festa”, ride: “Che cosa hai regalato a tua moglie?”. La risposta di Pasquino denota confidenza e coinvolgimento emotivo. Santina, divertita, consegna all’infaticabile infermiera una goccia di saggezza: “Goditi la vita, non pensare sempre al lavoro”. **FRANCESCA RIPRENDE L'ATTREZZATURA E GIÙ CON L'ASCENSORE VERSO CASA DI EUFELIA.** Oltre la porta insiste un mondo fermo agli anni Settanta. Nella camera riecheggia musica peruviana. Silvia, la badante, ascolta l’infermiera che spiega come far guarire le ferite della nonnina. Francesca armeggia con garze, connettivina, spray e pomate. I suoi movimenti tornano ad essere lenti, amorevoli e sicuri. Eufelia ha gli occhi chiusi e non parla, ogni tanto richiama tutti ai suoi dolori. Francesca capisce e la consola. Il corpo è raggomitato, Silvia con amore segue l’infermiera nel suo lavoro: “Vorrei diventare una Oss ma sono troppo grande per iniziare a studiare”, confida. “Il successo dei nostri interventi sta tutto nei caregiver” riflette Francesca sapendo di aver lasciato in buone mani la nonnina. “Sono loro che devono avere l’accortezza affinché una piaga da decubito non si infetti”. Le campane rintoccano il mezzogiorno, è ora di recarsi da Francesco per l’insulina del pranzo. Dieci minuti e la Smart si ferma davanti alla scuola primaria “Mengotti”. Ad attendere c’è mamma Antonella. Qui tutti conoscono l’infermiera di Osa come conoscono il piccolo Francesco. **“SONO QUASI TRE ANNI E MEZZO CHE FRANCESCA SEGUE MIO FIGLIO”,** racconta Antonella. “Lei ha una personalità eclettica e riesce ad affrontare qualsiasi situazione. Nel tempo è riuscita a creare un rapporto straordinario con il mio Francesco tanto da farlo diventare tifoso del Napoli. **QUANDO SO CHE È IN TURNO, SONO TRANQUILLA PERCHÉ È CAPACE DI AFFRONTARE QUALSIASI COSA.** Il diabete è una malattia che ha molteplici fattori, bisogna valutare ogni aspetto prima di decidere la quantità di insulina. Francesca ne è capace”. Il piccolo, pronto per il pranzo, esce nel cortile a salutare la mamma. Un bacio, uno scatto e via verso gli altri amichetti che lo aspettano. La giornata sta per terminare, **FRANCESCA DEVE CONCLUDERE IL GIRO CON LA VISITA AD ANNAROSA, UNA NONNA ULTRA 90ENNE** che l’aspetta prima di pranzare. Davanti al desco pronto, Francesca interviene per una flebo, accarezza la mano di Annarosa, si scambiano delle battute e si danno appuntamento al giorno successivo, come con una figlia.

Curarsi a casa: il melting pot europeo

Spunti di riflessione su strategie di assistenza sanitaria domiciliare in Europa. Un fondamentale fattore di divergenza è il rapporto fra cure domiciliari di tipo sanitario e sociale

di MARTINA CONTERNO

La speranza di vita in Europa, come in Italia, si allunga, ma una popolazione sempre più anziana porta inevitabilmente a nuove sfide nella gestione della non autosufficienza e della cronicità. In risposta a questi cambiamenti demografici in tutta Europa attualmente viene enfatizzata l'importanza di potenziare strategie di assistenza sanitaria a domicilio, in una tendenza generale alla "deistituzionalizzazione" delle cure.

In Italia abbiamo l'assistenza domiciliare integrata (Adi). E in Europa? Il quadro che si presenta è frammentato ed estremamente eterogeneo.

Si passa dai Services de soins infirmiers à domicile francesi, alla häusliche Krankenpflege tedesca, alla nursing home care nel Regno Unito. Manca sul territorio europeo una visione unitaria per la gestione della long term care -domiciliare e non-, proprio per la natura spesso molto diversa dei servizi offerti, non esistono indicatori condivisi ed è difficile fare un confronto diretto dei dati.

I motivi sono da cercare

Secondo il Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe (Share), quasi il 40% delle persone nell'Ue di età superiore ai 65 anni soffre di almeno due patologie croniche, e quasi il 30% presenta limitazioni nelle attività della vita quotidiana (Adl, IadLL).

Fonte: OECD Health Statistics 2020

I Paesi dell'Ue dedicano alla long term care, in media, il 12% della propria spesa sanitaria e la long term care è stata, nell'ultimo decennio, l'unico settore della spesa sanitaria europea a mostrare un costante tassodi crescita.

Fonte: OECD Health Statistics 2020

nel vissuto politico e socio-culturale degli stati nazionali. L'assistenza sanitaria domiciliare è stata fin dalla sua nascita indissolubilmente legata ad una complessa interazione fra sistemi di welfare, sicurezza sociale e sistemi sanitari nazionali. Questo ha portato a una grande variabilità di approcci e strategie. Da Paese a Paese cambiano i finanziamenti, il rapporto fra pubblico e privato, le istituzioni coinvolte, l'integrazione con i servizi socio-assistenziali, la differenziazione territoriale ed il rapporto fra servizi e trasferimenti monetari diretti.

Un melting pot di modelli in continua evoluzione, dunque, in cui però si possono individuare trend e necessità condivise, così come radicali differenze. Paesi come Olanda, Svezia e Danimarca, che hanno formalizzato un sistema di assistenza strutturato per la popolazione anziana e non autosufficiente, allocano più di un quarto della loro spesa sanitaria per la long term care, mentre molti Paesi del sud ed est Europa, che si basano su un sistema di assistenza più informale, vi dedicano quote molto più ridotte (Fonte: Oecd

Health Statistics 2020).

Un fondamentale fattore di divergenza è il rapporto fra cure domiciliari di tipo sanitario e sociale.

Paesi come Francia, Spagna e Regno Unito si basano, come l'Italia, su un modello che separa le componenti sanitaria e socio-assistenziale dell'assistenza, mentre nei Paesi scandinavi – Finlandia, Svezia, Danimarca – queste due componenti sono integrate in un unico sistema, finanziato dai comuni locali. Germania e Olanda optano infine per un modello centralizzato, basato sul finanziamento dell'assistenza sanitaria e sociale su base assicurativa nazionale.

La maggior parte dei nostri vicini europei – a differenza dell'Italia – vincola direttamente i trasferimenti monetari previsti (assegni, voucher) ai servizi erogati, in una generale tendenza alla privatizzazione e all'introduzione di strategie di quasi-mercato, che hanno l'obiettivo di stimolare la competizione, promuovere la qualità e, ultimativamente, ridurre i costi.

L'anno di pandemia ha reso ancora più evidente l'importanza di sostenere un'assistenza domiciliare efficiente, per

ESEMPI DI ASSISTENZA SANITARIA DOMICILIARE IN EUROPA

Più di un quinto della popolazione dell'Unione europea è composto da persone di età pari o superiore ai 65 anni. E il trend di invecchiamento è in crescita – l'Eurostat stima che al 2050 in Europa gli ultracentenari saranno quasi mezzo milione, e che al 2100 la quota di ultraottantenni sarà più che raddoppiata.

Fonte: Eurostat 2020

FRANCIA

Modello separazione cure sanitarie e socio assistenziali

Criteri accesso principio di gradualità

Finanziamento fiscalità generale

Servizi cash vincolati ai servizi sì

Offerta cure pubblico + privato + caregiver informali

Differenziazione territoriale medio bassa

SPAGNA

Modello separazione cure sanitarie e socio assistenziali

Criteri accesso principio di gradualità

Finanziamento fiscalità generale, nazionale e regionale

Servizi cash vincolati ai servizi sì

Offerta servizi pubblico + privato + caregiver informali

Differenziazione territoriale elevata

GERMANIA

Modello integrazione fra cure sanitarie e socio assistenziali

Criteri accesso principio di gradualità

Finanziamento assicurazione obbligatoria

Servizi cash vincolati ai servizi sì, stretto rapporto assegni prestazioni

Offerta cure prevalentemente privato

Differenziazione territoriale media

SVEZIA

Modello integrazione fra cure sanitarie e socio assistenziali

Criteri accesso principio di universalità

Finanziamento fiscalità generale (fondi locali)

Servizi cash vincolati ai servizi sì, minore rilevanza dei servizi monetari

Offerta cure prevalentemente pubblico, privato in aumento

Differenziazione territoriale elevata

garantire la salute degli assistiti e alleviare la pressione sugli ospedali. Sull'onda della pandemia la Germania, per fare un esempio, ha recentemente approvato una riforma del sistema sanitario-assistenziale domiciliare, che dovrebbe muoversi in questo senso. Che effetto avrà a lungo termine la

pandemia sulle policy di home care sanitaria dei singoli paesi dell'Unione Europea, è ancora difficile a dirsi, ma di certo sarà nella sua drammaticità uno stimolo unico per il loro potenziamento.

“ VIVERE PIÙ A LUNGO NON SIGNIFICA PER FORZA VIVERE MEGLIO ”