

a cura di  
CERGAS - Bocconi

# Rapporto OASI 2019

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
School of Management

 Egea

**Collana CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

## 5 **La rete dei servizi di LTC e le connessioni con l'ospedale: quali soluzioni per la presa in carico degli anziani non autosufficienti?**

*di Sara Berloto, Giovanni Fosti, Francesco Longo, Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli, Andrea Rotolo<sup>1</sup>*

### 5.1 **Introduzione**

Il presente capitolo intende fornire una rappresentazione aggiornata del settore sociosanitario, offrendo una disamina dei dati riguardanti la rete dei servizi di Long Term Care (LTC) per anziani non autosufficienti con la finalità di stimare la capacità del sistema pubblico di dare risposta ai fabbisogni (paragrafo 5.2). I dati sono presentati prima in prospettiva nazionale e poi regionale (dal paragrafo 5.2.8 in poi), proponendosi di accostare ai dati riferiti al settore sociosanitario e sociale anche quelli della rete assistenziale (con Indennità di Accompagnamento erogata da INPS), informale (con badanti) e sanitaria. Si introduce così dal paragrafo 5.3 in poi il tema della relazione tra rete sociosanitaria e sociale e rete sanitaria che viene approfondita analizzando dati sul ricovero ospedaliero da parte di cittadini over 65 e over 85, rispetto ai quali si presentano alcune interpretazioni sul fenomeno (paragrafo 5.4) utilizzate per illustrare il modello degli snodi critici del *transitional care* per gli anziani non autosufficienti (paragrafo 5.5). Il capitolo si chiude con la presentazione di casi studio utili a individuare possibili risposte per risolvere gli snodi critici della presa in carico della LTC e conclusioni (paragrafi 5.6 e 5.7).

### 5.2 **Il sistema sociosanitario e sociale per gli anziani non autosufficienti in Italia**

La prima parte del capitolo approfondisce le caratteristiche del sistema sociosanitario e sociale per gli anziani non autosufficienti. L'obiettivo è quello di

---

<sup>1</sup> Nonostante il capitolo sia frutto del lavoro congiunto degli autori, il § 5.2 è da attribuirsi ad Eleonora Perobelli e Sara Berloto; i §§ 5.3-5.4 a Andrea Rotolo; i §§ 5.1, 5.5 e 5.6 a Elisabetta Notarnicola e il § 5.7 a Giovanni Fosti e Francesco Longo. Gli autori desiderano ringraziare il Ministero della Salute per i dati SDO.

definire una stima della copertura del bisogno assistenziale, ricostruendo a tal fine i dati relativi alla rete pubblica dei servizi e degli interventi sociosanitari e sociali, nonché una stima dei fabbisogni che emergono all'interno della popolazione italiana. Coerentemente con il focus del Capitolo, le elaborazioni e i dati sono riferiti unicamente alla popolazione anziana non autosufficiente. Questa scelta deriva anche dalla rilevanza economica e sociale di questa componente del settore all'interno dei servizi sociosanitari e sociali italiani, nonché dalla maggiore disponibilità di dati e fonti informative a riguardo.

La prospettiva di analisi adottata è duplice: in prima battuta (con i paragrafi da 5.2.1 a 5.2.7) vengono presentati i dati aggregati a livello nazionale riguardanti il settore sociosanitario e sociale; successivamente (con i paragrafi da 5.2.8 a 5.2.11) si compie un passaggio successivo adottando la prospettiva di “filiera” dei servizi, con un confronto regionale<sup>2</sup>. La lettura aggregata dell'intero paragrafo permette di ricostruire lo stato dell'arte rispetto alla capacità dei servizi pubblici di intercettare e rispondere ai bisogni espressi dalla popolazione anziana non autosufficiente, oltre alle modalità con cui l'insieme dei *setting* assistenziali formali e informali esistenti segue l'evoluzione del bisogno (o, come mostreranno i dati, non segue).

### 5.2.1 Metodo di lavoro

In continuità con quanto presentato nei Rapporti OASI dal 2016 in avanti, l'analisi del settore a livello nazionale si articola in sei fasi:

1. Definizione del fabbisogno assistenziale e delle sue caratteristiche;
2. Stima del fabbisogno tramite l'utilizzo di fonti primarie di dati, quali:
  - a. Condizioni di salute, rischio e prevenzione, 2014, ISTAT, anni di riferimento 2012-2013.
  - b. Dati sulla popolazione tratti da I.Stat.
  - c. Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi, 2015, ISTAT, anno di riferimento 2013.
3. Ricostruzione della geografia dei servizi e degli interventi pubblici. Questi sono stati suddivisi nelle categorie sociosanitario e sociale in base alla categorizzazione fornita da ISTAT rispetto al livello di assistenza sanitaria: se “basso”, “medio” o “alto” i servizi e gli interventi sono stati classificati come sociosanitari, se “assente” come sociali. I servizi e gli interventi individuati sono stati di seguito ulteriormente suddivisi in residenziali, semiresidenziali e domiciliari (SAD e ADI);
4. Stima della capacità di risposta complessiva del sistema, considerando sia la

<sup>2</sup> Alla luce della regionalizzazione della sanità, il livello regionale appare il più adeguato per avanzare riflessioni e ragionamenti di governance del sistema.

dotazione di posti letto nelle strutture di tipo residenziale e semiresidenziale, sia le ore erogate nei servizi domiciliari. Per la mappatura sono state utilizzate fonti primarie nazionali quali:

- a. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, 2019, Ministero della Salute, anno di riferimento 2016.
  - b. Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari, Dati I.Stat, anno di riferimento 2015.
  - c. Spesa per interventi e servizi sociali, Dati I.Stat, anno di riferimento 2016.
5. Individuazione del numero di utenti in carico ai servizi, tramite l'utilizzo delle fonti di cui ai punti precedenti;
  6. Comparazione fra dati riferiti al fabbisogno e utenti in carico ai servizi per la stima del grado di copertura del bisogno.

L'obiettivo dell'analisi è quello di determinare una stima il più possibile vicina alla reale copertura del bisogno assistenziale degli anziani non autosufficienti. Tuttavia, il sistema sociosanitario e sociale non dispone di un sistema informativo organico che permetta di associare univocamente a ciascun beneficiario il numero e la tipologia di prestazioni di cui usufruisce, né di arrivare a dare una rappresentazione completa ed esaustiva del settore. Per evitare che lo stesso utente venga "contato" più volte si è fatto ricorso ad alcuni accorgimenti di carattere metodologico.

In primo luogo, sono stati considerati nell'analisi solo servizi reali, detti anche *in kind*. Non vengono quindi inclusi i trasferimenti monetari, ai fini di ridurre i rischi di duplicazioni nel conteggio degli utenti (per esempio un anziano che benefici sia del SAD, sia di contributi economici di integrazione al reddito o assistenziali). Inoltre, dopo aver escluso dal conteggio i beneficiari di contributi economici, sono state escluse nella stima le misure tipicamente locali riconducibili al "sostegno alla domiciliarità" (come, ad esempio, l'assistenza sociale professionale, gli interventi per l'integrazione sociale, gli interventi educativo-assistenziali e quelli per l'inserimento lavorativo), includendo nell'analisi esclusivamente l'assistenza domiciliare socio-assistenziale e integrata (SAD e ADI) che hanno invece diffusione a livello nazionale. Si segnala infine che, al momento della stesura del presente Capitolo (luglio 2019), l'indagine ISTAT sui Presidi residenziali socio-assistenziali non è stata aggiornata, impedendo la revisione dei dati relativi alla dotazione di posti letto residenziali sociosanitari e sociali presentati nel Capitolo 5 del Rapporto OASI 2018.

### 5.2.2 Gli anziani non autosufficienti

Con questa definizione si comprendono le persone di età superiore o uguale a 65 anni, con limitazioni funzionali secondo la definizione proposta dalla classificazione *International classification of functioning, disability and health* (ICF). Tali limitazioni riguardano specifiche dimensioni, individuate come segue: la

costrizione a letto, su sedia o in abitazione (confinamento); le limitazioni nelle funzioni della vita quotidiana, incluse le attività di vita quotidiana (Activities of Daily Living, ADL); problemi nel camminare, usare le scale e raccogliere oggetti da terra (limitazioni nel movimento); difficoltà della comunicazione (limitazioni di vista, udito e parola). Per semplicità, nelle tabelle si definirà questo target “Non autosufficienza anziani”. Per un approfondimento su questo specifico aspetto, è possibile consultare il Capitolo 6 del Rapporto Oasi 2016.

### 5.2.3 Stima del bisogno potenziale

La Tabella 5.1 illustra la modalità di calcolo della stima del numero di persone in situazione di fragilità e il risultato ottenuto per l’anno 2016, periodo di riferimento per le fonti istituzionali più recenti. Di conseguenza, i valori relativi alla popolazione di riferimento sono aggiornati all’1.1.2017 mentre le percentuali applicate afferiscono a vari anni a seconda della disponibilità delle fonti informative da cui sono state tratte; per ognuna di esse è stato utilizzato l’anno più vicino al 2016.

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

Tabella 5.1 **Stima del bisogno potenziale (2016)**

Target	Descrizione target	Fonte	Modalità di calcolo	Pop. di riferimento (1.1.2017)	Stima
<b>NON AUTOSUFFICIENZA anziani:</b>	Anziani (≥ 65 anni) con limitazioni funzionali che vivono in famiglia	ISTAT (2014) <i>Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione</i> Anno di riferimento: 2013	19,8% della popolazione di riferimento	≥ 65 anni	2.621.762
	Anziani (≥ 65 anni) con limitazioni funzionali ospiti presso strutture	Dati I.Stat (2018) <i>Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari</i> , Anno di riferimento: 2015	Conteggio degli anziani residenti permanentemente in istituzioni da parte di I.Stat	≥ 65 anni	287.328
<b>Stima popolazione anziana non autosufficiente (anno 2016)</b>					<b>2.909.090</b>

## 5.2.4 La capacità produttiva del sistema di offerta

La Tabella 5.2 riporta il quadro, a livello nazionale, della capacità produttiva complessiva della rete di offerta rivolta agli anziani non autosufficienti. Essa comprende esclusivamente le dotazioni di posti disponibili in strutture residenziali e semiresidenziali; per ulteriori approfondimenti in base al tipo di servizio (residenziale, semiresidenziale e domiciliare, di cui si riportano le ore erogate), si rimanda alla successiva Tabella 5.3.

Dalla Tabella 5.2 si evince chiaramente come la rete dei servizi analizzata sia fortemente orientata alla fornitura di servizi di tipo sociosanitario rispetto a servizi di tipo sociale (rispettivamente, 94,5% e 5,5% del totale posti disponibili). La Tabella 5.3 permette di analizzare invece e più nel dettaglio la capacità del sistema di offerta pubblico per tipologia di servizio erogato, approfondendo le informazioni precedentemente riportate e integrandole con i dati a disposizione sui servizi di tipo domiciliare.

Come anticipato, non è possibile fare nuove considerazioni rispetto all'evoluzione della dotazione di offerta residenziale (per un approfondimento si

Tabella 5.2 **Quadro della capacità produttiva del sistema di offerta per anziani non autosufficienti**

CAPACITÀ PRODUTTIVA COMPLESSIVA DEL SISTEMA PER SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI	
SOCIOSAN	SOCIALE
285.686	16.746

Nota: rispetto alla rilevazione riportata nella precedente edizione del Rapporto, non è stato possibile aggiornare i dati relativi alla capacità produttiva di servizi di tipo residenziale sociosanitario e sociale alla luce della mancata pubblicazione di una versione più aggiornata dell'indagine ISTAT sui Presidi residenziali socio assistenziali.

Fonte: Ministero della Salute (2019) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale; Dati I.Stat riferiti all'anno 2015, Presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari.

Tabella 5.3 **Capacità produttiva complessiva del sistema per tipo di servizio erogato**

CAPACITÀ PRODUTTIVA COMPLESSIVA DEL SISTEMA		
Tipo di servizio	SOCIOSAN	SOCIALE
Residenziale	270.020	16.746
Semiresidenziale	15.666	n.d.
Domiciliare (ADI e SAD)	12.467.620*	n.d.

\* ore erogate

Fonti: Ministero della Salute (2016) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale; Dati I.Stat riferiti all'anno 2015, Presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari. Nota: rispetto alla rilevazione riportata nella precedente edizione del Rapporto, non è stato possibile aggiornare i dati relativi alla capacità produttiva di servizi di tipo residenziale sociosanitario e sociale alla luce della mancata pubblicazione di una versione più aggiornata dell'indagine ISTAT sui Presidi residenziali socio assistenziali.

rimanda al Rapporto OASI 2018). Merita invece una riflessione distinta l'andamento dell'offerta semiresidenziale e domiciliare (ADI) sociosanitaria, i cui dati derivano dall'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale e sono riferiti al 2016. Rispetto agli ultimi dati disponibili, che facevano riferimento all'anno 2013<sup>3</sup>, lo scenario è cambiato come segue:

- ▶ La disponibilità di posti in strutture semiresidenziali di afferenza sociosanitaria è aumentata del 5%;
- ▶ Le ore di assistenza domiciliare integrata erogate a pazienti over65 hanno visto un incremento del 19,9%.

Con riferimento ai dati ADI, l'importante aumento registrato nell'erogazione di ore di assistenza merita ulteriore approfondimento (Tabella 5.4)<sup>4</sup>. Se da un lato, il dato che segnala l'aumento dell'offerta a pazienti over65 è incoraggiante, dall'altro i dati mostrano che le ore dedicate in media a ciascun assistito anziano nel corso di un anno sono state 16 (con ampia variabilità regionale), aprendo il campo a riflessioni sulla limitata intensità assistenziale del servizio e sul significato che questo intervento ha assunto nel tempo nella filiera dei servizi per la non autosufficienza. In assenza di ulteriori informazioni sui profili degli anziani raggiunti da tale servizio e sull'organizzazione dello stesso (tipologia di prestazioni erogate, periodicità tra un accesso e l'altro, ...) è difficile immaginare sulla base di questo dato un processo intenso di presa in carico, che appare molto contenuto negli standard assistenziali e limitato nel tempo.

La Tabella 5.4 propone più prospettive da cui è possibile ricostruire per ogni Regione:

- ▶ Il totale dei casi anziani trattati, ovvero il numero di anziani presi in carico in ADI e la distribuzione dell'offerta ogni 100 abitanti over65 e ogni 100 over65 non autosufficienti, dove questi ultimi rappresentano il bacino di riferimento più verosimile per il servizio. Il panorama nazionale è molto variegato: a fronte della media italiana di 29,09 casi anziani trattati in ADI ogni 100 over65 non autosufficienti, si segnalano i 4,22 casi in carico ogni 100 over65 non autosufficienti in Valle d'Aosta e i 63,23 casi ogni 100 over 65 non autosufficienti in Toscana.
- ▶ La media delle ore di accesso per ogni caso ADI over65 trattato: se, come detto, la media italiana è di 16 ore per caso, vi sono Regioni che presentano

<sup>3</sup> Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, 2016. Anno di riferimento 2013.

<sup>4</sup> I dati dell'annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2019 riferiti al 2017 mostrano un ulteriore aumento delle ore di assistenza erogate a pazienti over65 (+1.869.493 ore) con un lieve incremento delle ore medie annue dedicate a ciascun assistito, che salgono a 17. Per garantire continuità temporale ai dati riportati nell'analisi, si è scelto di utilizzare i dati 2016, in quanto più vicini al periodo di riferimento per l'offerta residenziale e sociosanitaria.



Tabella 5.4 **Assistenza domiciliare integrata per anziani over65, dettaglio regionale. Anno 2016**

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

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

dati molto superiori alla media (ad esempio Basilicata e Sardegna con 38 e 48 ore medie rispettivamente) o significativamente al di sotto di essa (come Veneto e Piemonte, con 5 e 10 ore per caso).

L'assenza di elementi di maggiore dettaglio sulle caratteristiche del servizio impedisce un'interpretazione più approfondita dei modelli assistenziali.

### 5.2.5 Gli utenti in carico ai servizi

La Tabella 5.5 riporta il dato circa gli utenti complessivamente in carico ai servizi; mentre nella successiva Tabella 5.6 tali valori vengono approfonditi tramite un'ulteriore suddivisione per tipologia di servizio.

Anche in questo caso, non è possibile fare nuove considerazioni rispetto all'utenza in carico a servizi residenziali ad afferenza sociale o sociosanitaria poiché non sono disponibili dati aggiornati: per un approfondimento si rimanda al Capitolo 5 del Rapporto OASI 2018. Gli utenti che usufruiscono dei ser-

Tabella 5.5 **Utenti anziani in carico alla rete di offerta**

UTENTI IN CARICO	
SOCIOSAN	SOCIALE
1.076.384	416.109

*Nota:* rispetto alla rilevazione riportata nella precedente edizione del Rapporto, non è stato possibile aggiornare i dati relativi alla capacità produttiva di servizi di tipo residenziale sociosanitario e sociale alla luce della mancata pubblicazione di una versione più aggiornata dell'indagine ISTAT sui Presidi residenziali socio assistenziali.

*Fonti:* Ministero della Salute (2019) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; Dati I.Stat riferiti all'anno 2015, *Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari*; ISTAT (2019) *Spesa sociale dei Comuni*, anno 2016.

vizi per anziani, coerentemente con la distribuzione dei servizi illustrata nei paragrafi precedenti, appaiono principalmente in carico all'area sociosanitaria rispetto all'area sociale, rappresentando rispettivamente il 72% e il 28% del totale dei servizi analizzati.

Si riporta di seguito la scomposizione degli utenti in carico ai servizi in relazione alla tipologia di servizio (Tabella 5.6) per un'analisi più approfondita.

Tabella 5.6 **Utenti anziani presi in carico dal sistema di offerta per tipo di servizio**

Tipo di servizio	UTENTI IN CARICO	
	SOCIOSAN	SOCIALE
Residenziale	273.204	14.124
Semiresidenziale	23.954	270.109
Domiciliare (ADI e SAD)	779.226	131.876

*Nota:* rispetto alla rilevazione riportata nella precedente edizione del Rapporto, non è stato possibile aggiornare i dati relativi alla capacità produttiva di servizi di tipo residenziale sociosanitario e sociale alla luce della mancata pubblicazione di una versione più aggiornata dell'indagine ISTAT sui Presidi residenziali socio assistenziali.

*Fonti:* Ministero della Salute (2019) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; Dati I.Stat riferiti all'anno 2015, *Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari*; ISTAT (2019) *Spesa sociale dei Comuni*, anno 2016.

Rispetto alla rilevazione riportata nel Capitolo 5 del Rapporto OASI 2018, il numero di utenti anziani complessivamente in carico ai servizi sociali è significativamente diminuito, registrando un calo complessivo dell'11,8%, dovuto principalmente a un calo degli utenti in carico a servizi di tipo semi-residenziale/a ciclo diurno erogati da Enti Locali (-24,19%). Questa importante riduzione è da ricondurre a una molteplicità di fattori: riallocazione della spesa e degli interventi interna ai comuni (aumenta infatti la quota di risorse destinate a altri segmenti fragili della popolazione, come le persone con disabilità, mentre diminuisce quella per gli anziani); contrazione dei trasferimenti nazionali e politiche

di contenimento della spesa comunale adottate per fronteggiare il periodo di contrazione economica. Di converso, il numero di anziani in carico ai servizi socio-sanitari è aumentato di 18,4 punti percentuali, essenzialmente per l'aumento degli utenti in carico a servizi di ADI (+ 27,35%), per cui valgono le considerazioni espresse in precedenza in termini di modesta intensità assistenziale della "presa in carico" di questo intervento. L'utenza in carico a servizi socio-sanitari residenziali è rimasta sostanzialmente invariata (-0,65%) rispetto al 2013 – anno di riferimento dell'ultimo Annuario Statistico. Sempre con riferimento all'area domiciliare, le prestazioni SAD sono diminuite del 6,98%.

### 5.2.6 Stima della copertura del fabbisogno

Dopo aver presentato la stima del bisogno potenziale, la mappatura della dotazione della rete di offerta a livello nazionale e gli utenti in carico ai diversi servizi, si analizza il tasso di copertura del fabbisogno per gli anziani non autosufficienti, ottenuto come rapporto tra il numero di utenti in carico ai servizi considerati e la stima del fabbisogno potenziale. Il tasso di copertura è stato distinto fra servizi socio-sanitari e servizi sociali; tale suddivisione è stata operata al fine di ridurre il rischio di sovrapposizioni naturalmente presenti in tali ambiti (è infatti probabile che una stessa persona ricorra sia a servizi di tipo sociale che di tipo socio-sanitario, ad esempio di ADI e di SAD, integrandoli fra loro).

La Tabella 5.7 propone un approfondimento in merito alla copertura del bisogno dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per gli anni in esame (2015 per l'offerta residenziale; 2016 per i servizi ad afferenza sociale e socio-sanitaria semiresidenziali e domiciliari).

Tabella 5.7 **Tassi di copertura del bisogno dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per anziani non autosufficienti**

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico al servizio in oggetto	Tasso di copertura servizi socio-sanitari	Tasso di copertura servizi sociali
2.909.090	Residenziale	287.328	9,39%	0,49%
	Semiresidenziale	294.063	0,82%	9,28%
	Domiciliare (ADI e SAD)	911.102	26,79%	4,53%
2.909.090	<b>Totale</b>	<b>1.492.493</b>	<b>37,0%</b>	<b>14,3%</b>

Per quanto concerne i servizi socio-sanitari, si nota una copertura maggiore sul lato domiciliarietà per la forte incidenza dell'utenza in carico ADI, a fronte di una risposta quasi nulla sul fronte semiresidenziale. Quest'ultimo risulta, invece, l'ambito in cui si concentrano maggiormente i servizi sociali (9,28%), che di converso registrano una copertura prossima allo zero (0,49%) sui servizi residenziali ed esigua (4,53%) sul comparto domiciliare. Coerentemente con

quanto già anticipato, è probabile che in queste misure siano presenti dei doppi conteggi di utenti, portando ad una sovrastima dei tassi di copertura. Rispetto alla rilevazione precedente, la copertura complessiva del bisogno tramite servizi sociosanitari per anziani non autosufficienti risulta essere aumentata di 5,1 punti percentuali, trainata dall'aumento della copertura tramite ADI.

### 5.2.7 Il supporto alla permanenza presso il domicilio e i contributi economici comunali

La Tabella 5.8 riporta il numero di utenti in carico e il valore economico dei servizi di supporto alla persona finalizzati a favorirne la permanenza presso il domicilio e delle misure economiche erogate dai Comuni. Nei primi si includono i servizi: sociali professionali, di intermediazione abitativa, per l'integrazione sociale, educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo, di prossimità, di telesoccorso e teleassistenza, voucher, assegni di cura, buoni sociosanitari e altri servizi di supporto; nelle seconde invece si includono tutti i trasferimenti in denaro di provenienza comunale per il pagamento di interventi e servizi<sup>5</sup>. In aggiunta a tali trasferimenti, è opportuno ricordare che fanno parte delle erogazioni a favore degli anziani non autosufficienti i contributi INPS per interventi non pensionistici e assistenziali e che fra essi un ruolo fondamentale viene giocato dalle Indennità di Accompagnamento, i cui dati non sono inclusi nella presente analisi (si rimanda ai paragrafi successivi per un approfondimento). La stessa Tabella 5.8 viene trattata separatamente rispetto alle precedenti in quanto il rischio di sovrapposizioni è molto elevato, elemento che porterebbe a una sovrastima delle persone in carico al sistema pubblico (possiamo infatti immaginare che un anziano non autosufficiente che si trovi al domicilio possa ricorrere sia ad attività proprie di un servizio sociale professionale, sia alla consegna dei pasti a domicilio, oltre che a SAD o ADI).

Il valore annuo pro capite degli interventi sociali è pari a €203 per il supporto alla permanenza al domicilio (escluso SAD), e a quasi €2.000 per il contributo

Tabella 5.8 **Utenti anziani in carico a servizi e interventi di supporto alla permanenza presso il domicilio e contributi economici comunali**

Tipo di servizio sociale	Utenti in carico	Valore economico intervento	Valore dell'intervento per utente
Supporto alla persona per la permanenza al domicilio (esclusi SAD e ADI)	1.275.336	€ 258.011.535	€ 203
Contributo economico	160.479	€ 312.974.471	€1.950

Fonte: Dati I.Stat riferiti all'anno 2016, *Spesa per interventi e servizi sociali*

<sup>5</sup> Per approfondimenti è possibile consultare il Glossario ISTAT relativo all'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati.

economico al reddito. In particolare, tra i trasferimenti economici, il contributo per sostenere la spesa delle rette per prestazioni residenziali è il più diffuso – 37,4% degli utenti per una spesa media per persona di €3.571 – seguito dai contributi al reddito familiare: 14,34% degli utenti, €1.075 pro capite.

Con riferimento ai soli servizi di supporto alla domiciliarità, esclusi ADI e SAD come affermato precedentemente, è possibile specificare che per gli anziani non autosufficienti, il 44,3% e il 27,4% degli utenti sembra polarizzarsi rispettivamente sui c.d. “Servizio sociale professionale” e “Attività ricreative, sociali, culturali”, con una spesa media per utente di €163 e €42 a utente per anno. Negli anni gli interventi locali sono andati via via ad assottigliarsi, restituendo un quadro nazionale in cui gli utenti in carico sono sempre meno e con un impegno di spesa pro-capite molto contenuto.

### 5.2.8 La filiera della presa in carico per gli anziani non autosufficienti

Dopo aver presentato i dati generali riguardanti il settore sociosanitario e sociale a livello nazionale, si presenta in questa parte di capitolo un approfondimento riguardante la filiera della presa in carico degli anziani non autosufficienti.

Parliamo in questa sede di filiera della presa in carico per evidenziare come la risposta ai bisogni delle famiglie che affrontano una situazione di non autosufficienza passi attraverso una molteplicità di servizi, luoghi e istituzioni funzionali all'evolversi del bisogno, complementari nelle loro caratteristiche, ma anche “supplementari” nei potenziali vuoti di offerta del sistema pubblico. La Figura 5.1 riporta le componenti che contraddistinguono questa filiera ideale

Figura 5.1 **Filiera della presa in carico, dettaglio dei setting di cura per intensità assistenziale**



di diversi *setting*, a intensità assistenziale crescente, dove l'ospedale per acuti rappresenta quello a intensità assistenziale più alta.

L'insieme di questi *setting* assistenziali rappresenta idealmente una rete a disposizione delle famiglie e degli anziani, i cui nodi dovrebbero attivarsi in modo differenziato a seconda delle fasi del processo assistenziale e dell'evolversi dei bisogni e alternandosi nel tempo.

Le diverse Regioni definiscono, nel loro insieme, un panorama molto variegato ed eterogeneo in termini di geografia dell'offerta e copertura del bisogno, di cui la rete dei servizi sociosanitari rappresenta solo una parte della piramide. Alla base di questa piramide la letteratura (Gori e Rusmini, 2015) è concorde nell'individuare due fenomeni che insieme consentono nei fatti la tenuta del sistema italiano: da un lato l'auto-organizzazione delle famiglie e il ricorso a servizi di "badantato" o altri servizi più o meno formalizzati di assistenza al domicilio; dall'altro il ricorso a servizi sanitari (per acuti e cure intermedie) per tamponare situazioni di emergenza o di temporanea gravità assistenziale che rende impossibile l'autogestione delle famiglie e che porta a fenomeni di ricovero ripetuto e lungodegenze (spesso clinicamente improprie ma necessarie dal punto di vista assistenziale).

Per questi motivi si è tentato di ricostruire l'insieme dei servizi fruiti dagli anziani non autosufficienti con l'obiettivo di comprendere cosa accade nelle diverse Regioni italiane rispetto al mix complessivo dell'assistenza pubblica<sup>6</sup> di cui fruiscono gli anziani non autosufficienti e come questa entri in relazione con la presenza di altre modalità assistenziali, quali quella del badantato e quella indiretta garantita da INPS tramite Indennità di Accompagnamento<sup>7</sup>.

## 5.2.9 Metodo di lavoro e dati analizzati

Partendo dai dati raccolti nella precedente sezione, adeguatamente adattati alla popolazione over75<sup>8</sup> (Tabella 5.9), è stato successivamente analizzato altro materiale funzionale alla ricostruzione del quadro regionale. In particolare:

- ▶ Sono stati considerati i dati riferiti ai ricoveri ordinari in medicina, distinguendo per ricoveri per acuti, lungodegenza e riabilitazione degli over 75enni (utilizzando le SDO 2016 fornite dal Ministero della Salute), includendo i soli ricoveri ordinari e in medicina al fine di eliminare tutti i ricoveri chirurgici, ovvero quelli che sicuramente non sono riconducibili a un bisogno di non autosufficienza;

<sup>6</sup> Per offrire questa rappresentazione non si è tenuto conto della diversa strutturazione e configurazione della rete che le regioni autonomamente si danno, ad esempio in termini di canale di finanziamento o caratteristiche dei servizi.

<sup>7</sup> Per approfondimenti si rimanda al Capitolo 6 del Rapporto OASI 2016.

<sup>8</sup> I dati ADI sono riferiti a over65 e non è stato possibile isolare gli over75.

- ▶ Sono stati considerati i volumi di attività della riabilitazione extra-ospedaliera (la cosiddetta “ex articolo 26”), sia di tipo residenziale che diurna (Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, 2019 – anno di riferimento 2016);
- ▶ È stata considerata la dotazione di offerta delle strutture residenziali per anziani (le citate RSA). In questo caso, in mancanza di dati sui volumi erogati, sono stati considerati i posti letto delle diverse Regioni (Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, 2019 – anno di riferimento 2016) considerando che il tasso di occupazione medio dei posti letto in questo tipo di strutture è molto vicino all'unità e il tasso di saturazione prossimo al 100% (Fosti, Longo *et al.* 2013);
- ▶ Per includere la dimensione della cura informale è stata considerata una stima del numero delle badanti presenti nelle diverse Regioni italiane. La stima è stata elaborata riprendendo il metodo<sup>9</sup> già utilizzato da Pasquinelli e Rusmini (2008) e, per coerenza metodologica, riferita all'anno 2016.
- ▶ È stata considerata poi l'Indennità di Accompagnamento (IdA) erogata da INPS, considerando il numero di beneficiari over65 per l'anno 2015<sup>10</sup>. Non è stato possibile isolare la quota di IdA erogata ai soli over75.

Infine, i dati sono stati analizzati in maniera comparativa tra i diversi *setting* assistenziali per tutte le Regioni italiane. La scelta degli over75 è legata al fatto che costituiscono la fascia della popolazione più esposta al rischio di non autosufficienza e la maggior parte dei dati disponibili per le analisi di questa sezione permettono di isolare quanto ad essi riferito. La Tabella 5.9 riporta il dettaglio regionale della stima della popolazione over75 non autosufficiente, basata sui dati ISTAT relativi all'incidenza delle limitazioni funzionali per fascia di età e area geografica: da questi numeri, si nota come in media un over75 su 3 sia non autosufficiente (32,9%).

Le evidenze emerse dall'analisi verranno presentate in due modalità: in primis, le diverse dimensioni sono state confrontate tra loro adottando una prospettiva regionale, per arrivare ad una fotografia della filiera della presa in carico e del mix erogato in ciascun contesto territoriale; si è poi ragionato in termini di copertura del bisogno tramite i servizi pubblici tradizionali e tramite cura informale.

<sup>9</sup> Il metodo di stima prevede di sommare il dato sui collaboratori domestici regolarmente presenti nelle diverse regioni italiane e ipotizzati come dedicati alla cura delle persone anziane, alla stima delle “badanti” irregolari presenti nelle diverse regioni. Il numero dei collaboratori domestici regolari dedicati alla cura degli anziani è dedotto dal totale dei collaboratori domestici e stimato pari al 50%. Sulla base del procedimento di calcolo di Pasquinelli e Rusmini, adattato per l'anno 2016, il numero dei lavoratori regolari è stato considerato pari al 40% dei caregiver familiari di ogni regione. In modo indiretto sono stati quindi calcolati il totale dei caregiver familiari e la componente irregolare.

<sup>10</sup> L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, VI Rapporto sulla Non Autosufficienza, Maggioli Editore, Bologna.

Tabella 5.9 **Popolazione over75 non autosufficiente, dettaglio regionale. Anno 2016**

	Popolazione 75+ al 01/01/2017	Popolazione 75+ non autosufficiente
Abruzzo	162.050	63.686
Basilicata	68.079	26.755
Bolzano/Bozen	51.537	15.667
Calabria	208.282	81.855
Campania	499.334	196.238
Emilia-Romagna	566.012	172.068
Friuli-Venezia Giulia	161.991	49.245
Lazio	634.469	236.022
Liguria	244.649	66.055
Lombardia	1.140.955	308.058
Marche	203.249	75.609
Molise	40.430	15.889
Piemonte	580.249	156.667
Puglia	424.557	166.851
Sardegna	182.526	77.026
Sicilia	515.775	217.657
Toscana	497.553	185.090
Trento	58.481	17.778
Umbria	119.736	44.542
Valle d'Aosta	15.066	4.068
Veneto	557.154	169.375
<b>ITALIA</b>	<b>6.932.134</b>	<b>2.280.672</b>

Fonte: ISTAT (2015). Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi – Anno 2013.

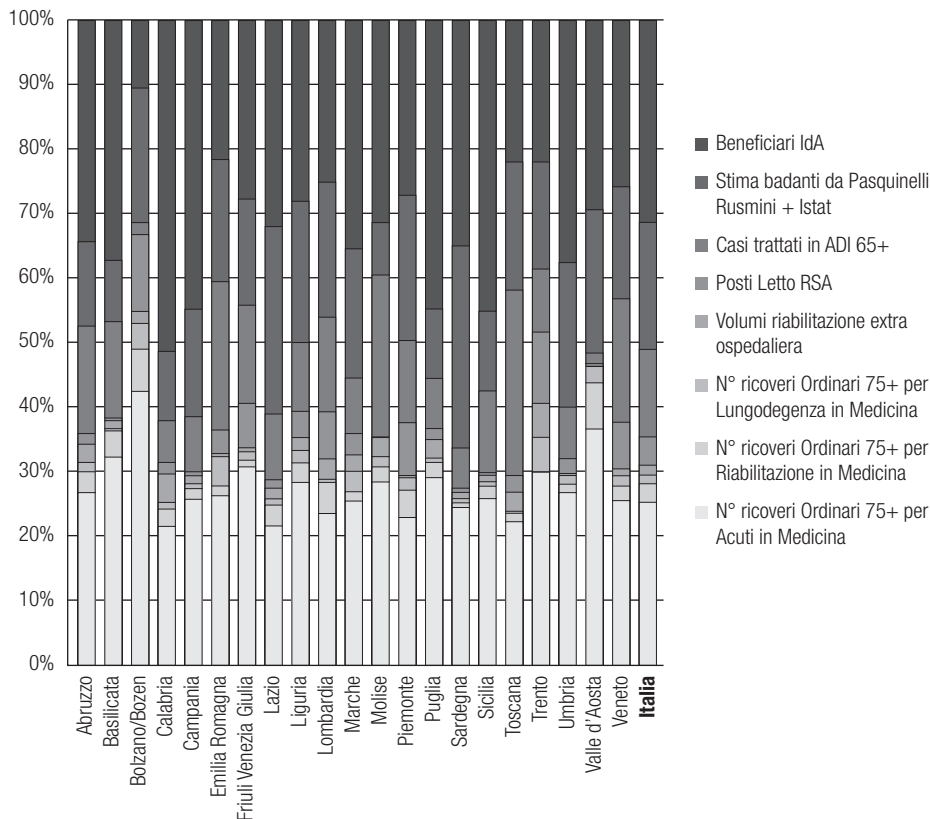
### 5.2.10 La filiera dell'offerta assistenziale: dall'ospedale all'indennità di accompagnamento

Guardando alla composizione dell'offerta per i diversi *setting* assistenziali nelle Regioni italiane emergono alcune caratteristiche ricorrenti e alcune peculiarità (Figura 5.2). Immaginando di considerare pari a 100 la filiera complessiva di ogni Regione (le singole barre del grafico), le componenti della filiera preponderanti risultano essere l'Indennità di Accompagnamento (IdA), che rappresenta in media il 32% dell'offerta complessiva per gli over75, e i ricoveri ordinari (nelle tre accezioni considerate), che assorbono in media un altro 30% di offerta. Nel caso dell'IdA sussistono notevoli eccezioni: nella Provincia Autonoma di Bolzano, ad esempio, l'IdA costituisce il 10,72% dell'offerta complessiva, in Calabria il 51,27%.

Provando a raggruppare i *setting* per tipologia, è possibile vedere come l'incidenza (i) della rete di servizi sanitari e sociosanitari pubblici (ricoveri + RSA + “ex articolo 26”) e (ii) di assistenza informale (intesa come servizio non qua-



Figura 5.2 **Presenza in carico della non autosufficienza nelle Regioni italiane: Distribuzione dell'offerta di servizi ogni 100 abitanti over 75 non autosufficienti, dati 2016**



Fonte: Ministero della Salute (2019) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale; Archivio Nazionale SDO, Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, anno 2016. Dati I.Stat riferiti all'anno 2015, Presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari; INPS (2017) Statistiche in breve. Lavoratori domestici. Anno di riferimento 2016; Network Non Autosufficienza (2017), 6° Rapporto.

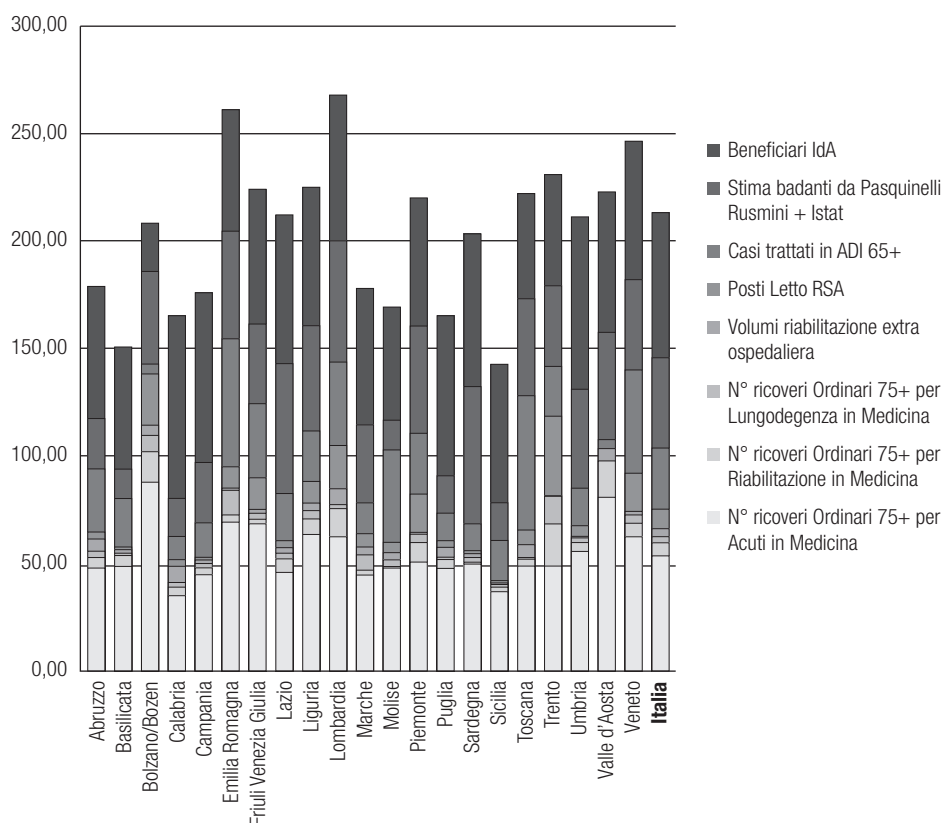
lificabile come *in kind*) composta da IdA e badantato subisca forte variabilità tra contesti regionali.

Per un gruppo di Regioni (Calabria, Campania, Lazio, Marche, Umbria, Puglia, Sardegna e Sicilia) la quota dell'assistenza informale è maggiore del 55% e in alcuni casi supera il 66% della filiera complessiva, trainati dalla prevalenza di IdA erogate sul territorio. Un secondo gruppo di Regioni, all'opposto, raggiunge una quota superiore al 55% tramite offerta di servizi pubblici formali (sia appartenenti alla rete ospedaliera che sociosanitaria): Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Molise, Toscana, Trento, Veneto. Le altre Regioni presentano un'articolazione interna molto frammentata e variegata; in generale è quindi

difficile ricostruire *pattern* o cluster tra Regioni, presentando ognuna un mix peculiare e senza apparente relazione con particolari caratteristiche demografiche o territoriali.

Guardando ai valori assoluti in termini di dotazione di offerta ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti, emergono in modo chiaro numerose differenze regionali (Figura 5.3). Se il numero di IdA non presenta forte eterogeneità nelle diverse Regioni, grande variabilità appare se si considerano tutte le altre dimensioni. Provincia Autonoma di Bolzano e Valle d'Aosta presentano tassi

Figura 5.3 **Preso in carico della non autosufficienza nelle Regioni italiane: dotazione dell'offerta ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti, dati 2016**



Fonte: Ministero della Salute (2019) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale; Archivio Nazionale SDO, Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, anno 2016. Dati I.Stat riferiti all'anno 2015, Presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari; INPS (2017) Statistiche in breve. Lavoratori domestici. Anno di riferimento 2016; Network Non Autosufficienza (2017), 6° Rapporto.

di ricovero ordinario in medicina superiori al 100 ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti; Campania, Calabria e Sicilia registrano un valore inferiore al 50 ogni 100 abitanti over75. La composizione della rete sociosanitaria è, allo stesso modo, molto variabile: in alcune Regioni raggiunge meno di 25 over75 non autosufficienti ogni 100 (Valle d'Aosta, Sardegna, Campania, Umbria, Calabria, Lazio, Puglia, Sicilia, Marche); in altre più di 50 (Toscana; Emilia Romagna; Lombardia; Veneto e Friuli Venezia Giulia).

L'offerta di strutture residenziali risulta essere polarizzata: le Regioni del Centro-Sud hanno in media meno di 5 posti letto in RSA ogni 100 over 75 non autosufficienti, nel Nord Italia si può arrivare a 25 posti ogni 100 over 75 non autosufficienti. Alcuni contesti vedono una netta prevalenza dell'assistenza domiciliare (Toscana, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Molise), tra i servizi sociosanitari considerati.

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

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

Dopo aver osservato la composizione delle diverse filiere di presa in carico regionali, gli stessi dati sono stati utilizzati per stimare il tasso di copertura del bisogno riferito ai cittadini over75 non autosufficienti residenti nelle Regioni italiane. In questo caso abbiamo considerato solo due delle tipologie di offerta osservate, ovvero la dotazione di strutture residenziali per anziani (le RSA) e la stima delle badanti presenti nei diversi territori (Tabella 5.10).

Queste due modalità assistenziali sono state isolate perché rappresentano le due alternative di risposta assistenziale di lungo periodo più solide e con una intensità assistenziale coerente alla condizione di non autosufficienza. Sono stati esclusi dall'analisi gli interventi di ADI e SAD in virtù della loro bassa intensità assistenziale. Considerando la dotazione di RSA delle diverse Regioni possiamo stimare la copertura del bisogno tramite sistema pubblico; considerando la stima delle badanti invece guardiamo al tasso di copertura del bisogno tramite assistenza informale. Il vantaggio di considerare queste due tipologie in modo isolato deriva anche dal fatto che si tratta di due modalità assistenziali strutturalmente alternative, cosa che invece non è verificata per gli altri *setting* assistenziali. Questo ci ha permesso di sommare i due tassi di copertura (Tabella 5.11) per poter comprendere a livello regionale, quale livello di risposta complessiva ed effettiva al bisogno è garantita.

Dai dati emergono tre distinti gruppi di Regioni (segnalati anche con una colorazione diversa). Il primo cluster vede un tasso di copertura del bisogno complessivo entro il 30%: sono Regioni dove sia la rete di RSA che la stima del-

Tabella 5.10 **Posti letto in RSA per anziani e stima badanti, dettaglio regionale. Anno 2016.**

	Popolazione 75+ al 01/01/2017	Popolazione 75+ non autosufficiente	Posti Letto in RSA per anziani	Stima badanti regolari + irregolari
Abruzzo	162.050	63.686	1.736	14.677
Basilicata	68.079	26.755	173	3.740
Bolzano/Bozen	51.537	15.667	3.793	6.749
Calabria	208.282	81.855	2.274	14.830
Campania	499.334	196.238	1.434	56.747
Emilia-Romagna	566.012	172.068	16.537	85.529
Friuli-Venezia Giulia	161.991	49.245	7.562	18.163
Lazio	634.469	236.022	6.722	144.162
Liguria	244.649	66.055	6.424	32.127
Lombardia	1.140.955	308.058	58.425	173.785
Marche	203.249	75.609	4.457	27.145
Molise	40.430	15.889	42	2.180
Piemonte	580.249	156.667	28.442	78.008
Puglia	424.557	166.851	4.287	29.625
Sardegna	182.526	77.026	795	48.989
Sicilia	515.775	217.657	1.503	38.172
Toscana	497.553	185.090	11.623	82.178
Trento	58.481	17.778	4.562	6.749
Umbria	119.736	44.542	2.281	20.574
Valle d'Aosta	15.066	4.068	10	2.005
Veneto	557.154	169.375	30.281	72.051
<b>ITALIA</b>	<b>6.932.134</b>	<b>2.280.672</b>	<b>193.363</b>	<b>958.185</b>

Fonte: Ministero della Salute (2019) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale; Elaborazione degli autori basata su INPS (2017) Statistiche in breve. Lavoratori domestici. Anno di riferimento 2016.

le badanti è molto bassa. Questo ci segnala che in questi territori i non autosufficienti non inclusi in una qualche modalità di lungo assistenza sono oltre i due terzi della popolazione di riferimento. In questi contesti gli anziani si appoggiano alla autogestione da parte delle famiglie e/o godono di standard assistenziali particolarmente quali/quantitativi bassi e sicuramente non professionali. Un secondo gruppo è rappresentato da Regioni che ancora una volta presentano un tasso di copertura tramite RSA molto basso ma che, diversamente dal primo gruppo, vedono una presenza di badanti più importante, cosa che fa salire il tasso di copertura complessivo portandolo tra il 40 e il 65%, lasciando comunque una larga parte del bisogno scoperto. Un terzo gruppo di Regioni è caratterizzato da un tasso di copertura complessivo più alto (che varia tra il 66% e l'80%) raggiunto soprattutto tramite badanti e con uno standard di offerta di RSA sopra la media nazionale, pari a 8,48%. Nessun contesto Regionale arriva a coprire, secondo queste stime, la totalità del bisogno tra gli over75 non autosufficienti.

Tabella 5.11 **Tassi di copertura del bisogno tramite lungo assistenza pubblica o informale e relativo tasso di “scopertura” del bisogno. Anno 2016, per Regione**

<i>Per la popolazione non autosufficiente over75:</i>	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi pubblici (RSA)	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi informali (badanti)	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi pubblici + informali
Molise	0,26%	13,72%	13,98%
Basilicata	0,65%	13,98%	14,63%
Sicilia	0,69%	17,54%	18,23%
Puglia	2,57%	17,76%	20,32%
Calabria	2,78%	18,12%	20,90%
Abruzzo	2,73%	23,05%	25,77%
Campania	0,73%	28,92%	29,65%
Marche	5,89%	35,90%	41,80%
Valle d'Aosta	0,25%	49,28%	49,53%
Toscana	6,28%	44,40%	50,68%
Umbria	5,12%	46,19%	51,31%
Friuli-Venezia Giulia	15,36%	36,88%	52,24%
Liguria	9,73%	48,64%	58,36%
Emilia-Romagna	9,61%	49,71%	59,32%
Trento	25,66%	37,96%	63,62%
Lazio	2,85%	61,08%	63,93%
Sardegna	1,03%	63,60%	64,63%
Bolzano/Bozen	24,21%	43,07%	67,28%
Piemonte	18,15%	49,79%	67,95%
Lombardia	18,97%	56,41%	75,38%
Veneto	17,88%	60,42%	78,30%

Nonostante sia stata considerata la popolazione non autosufficiente over75, un criterio molto stringente rispetto al tradizionale dato demografico, nessuna Regione presenta tassi di copertura del bisogno tramite servizi di lungo assistenza pubblici (RSA) oltre il 25%. Questo valore aumenta se si considera la copertura del bisogno tramite badanti, ma in ogni caso rimangono in tutto il territorio nazionale delle ampie zone “scoperte” che si può supporre vengano gestite tramite auto-organizzazione delle famiglie, o tramite l'assenza completa di assistenza (Perobelli e Notarnicola, 2018).

### 5.3 La relazione tra settore sociosanitario e sanitario

La presente sezione correla i dati di basso tasso di copertura del bisogno di LTC sin qui presentati con le interdipendenze tra settore sociale e sociosanitario e con le dinamiche di ricovero degli anziani in ospedale, in continuità con un fi-

lone di ricerca iniziato con il Capitolo 6 del Rapporto OASI 2016 e focalizzato sugli anziani over65.

Gli anziani non autosufficienti in Italia si stima siano 2.909.090. Ribadendo che la mancanza di sistemi informativi integrati e di una fotografia di sistema “certificata” dalle istituzioni pubbliche non consente di conoscere con precisione il numero di singoli utenti in carico ai servizi (potrebbero esserci infatti sovrapposizioni tra persone che beneficiano di servizi sociosanitari e servizi sociali), le stime indicano che grosso modo “solo” il 37% degli over 65 con fabbisogni legati alla perdita di autonomia trova una risposta nel sistema pubblico sociosanitario. I numeri relativi al settore privato (Notarnicola, 2018) fanno intuire che, anche considerando i servizi professionali attivati con spesa *out of pocket* delle famiglie (escluse le badanti), tale percentuale non subisce incrementi consistenti<sup>11</sup>. Si pone inoltre un tema di efficacia e “rilevanza” assistenziale rispetto all’ampio ed eterogeneo spettro di bisogni che gli anziani presentano e che, non sempre, i servizi oggi più diffusi sono in grado di soddisfare, sia per rigidità dell’offerta che per intensità garantita (si pensi alle 16 ore annuali di assistenza domiciliare in media per caso). Il ragionamento sull’efficacia degli interventi è completato infine dalla stima della diffusione di assistenti familiari (le cosiddette “badanti”) sul territorio nazionale che per il 2018 si attesta ad una stima di 1.005.303<sup>12</sup>, includendo i contratti regolari e gli accordi irregolari (equivalenti a 14,3 badanti ogni 100 over 75): esse non costituiscono certo un comparto strutturato, formato su codificati standard e contenuti assistenziali.

I dati presentati portano dunque a interrogarsi sulle dinamiche in essere a livello locale e su eventuali correlazioni tra contesti in cui è presente una maggiore capacità produttiva (ad esempio, un numero maggiore di posti letto in strutture residenziali) e il ricorso ad altri servizi in altri *setting*, al confine tra settore sociosanitario e sanitario. I dati sulla filiera dei servizi, presentati nel paragrafo 5.2.8, illustrano una situazione molto eterogenea tra regioni, dove anche le prestazioni sanitarie (ricoveri in regime ospedaliero ordinario, riabilitazione e lungodegenza) giocano un ruolo nel differenziare il livello di risposta al bisogno delle diverse regioni. Questo pone la domanda su quale sia la relazione tra un sistema di offerta sociosanitario ampio e strutturato e il ricorso ai servizi sanitari e ad altri *setting* ritenuti meno appropriati.

---

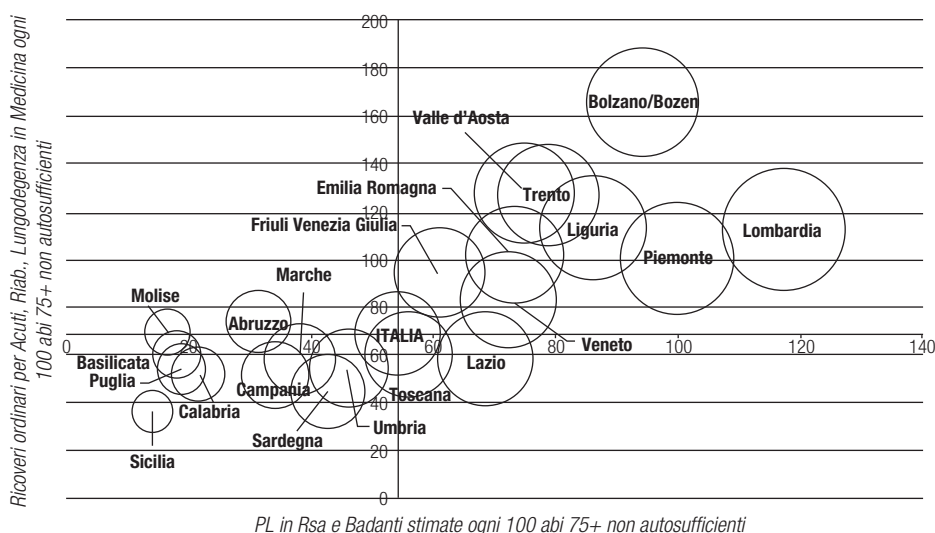
<sup>11</sup> Ad esempio considerando che con riferimento alle strutture residenziali i 18 provider più importanti del Paese dedicano complessivamente l’8% dei loro posti letto al privato “out-of-pocket”, possiamo dedurre che il mercato privato sia ancora molto limitato.

<sup>12</sup> Fonte: 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care. Il dato 2016 riportato nel paragrafo 5.2.11 è di 958.185.

### 5.3.1 Le relazioni tra setting assistenziali al confine tra settore sociosanitario e sanitario

Il sistema sociosanitario italiano si compone di 21 diversi sistemi regionali, ciascuno caratterizzato da scelte di impostazione differenti e da variabilità nelle risorse a disposizione (si vedano la Figura 5.2, la Figura 5.3 e la Tabella 5.11). Queste differenze impattano sulle caratteristiche del sistema di offerta, che può risultare quindi peculiare in ciascun contesto territoriale. Alla luce di queste caratteristiche e dei diversi posizionamenti delle Regioni, nel Rapporto OASI 2016 si era voluto indagare il rapporto tra *setting* per comprendere se, com'era ragionevole attendersi, una maggiore disponibilità di offerta per anziani non autosufficienti in ambito sociosanitario esitasse in un minor ricorso ai servizi sanitari. I dati mostravano che questa aspettativa è stata disattesa. A titolo esemplificativo, si riporta di seguito il grafico (Figura 5.4) che rappresenta il posizionamento delle Regioni italiane rispetto al totale dei Ricoveri Ordinari in Medicina e ai posti letto in RSA (Residenze sociosanitarie per anziani) e badanti, ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti (dati riferiti al 2014). Come è possibile notare dalla rappresentazione grafica, la disposizione delle Regioni sottolinea come nei contesti locali in cui è disponibile un maggior numero di posti letto in RSA ogni 100 abitanti over 75 non solo non diminuisca il ricorso

Figura 5.4 **Posizionamento delle Regioni rispetto al totale dei Ricoveri Ordinari in Medicina e ai posti letto in RSA (Residenze sociosanitarie per anziani) e badanti, ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti, 2014**



Fonte: Capitolo 6 Rapporto OASI 2016

ai ricoveri ordinari in Medicina per Acuti, Riabilitazione, Lungodegenza, ma anzi come i due fenomeni aumentino di pari passo.

Lo stesso tipo di andamento è stato riscontrato mettendo a confronto anche altre variabili:

- ▶ Ricoveri ordinari in strutture intermedie (Lungodegenza e Riabilitazione) e ricoveri ordinari per acuti;
- ▶ Rete di lungo-assistenza (Lungodegenza + Riabilitazione + RSA) e ricoveri ordinari per acuti;
- ▶ Cura informale (“badanti”) e inserimento in RSA.

In tutti questi casi, dunque, la maggiore disponibilità di posti letto in strutture residenziali sociosanitarie per anziani non autosufficienti si correla con un maggiore ricorso ad altri servizi sanitari o di altra natura (inclusi quelli di assistenza familiare informale).

L’interpretazione di questo fenomeno conduce a diverse ipotesi, tra loro non esclusive:

- ▶ non disponiamo di dati sull’efficacia, le caratteristiche e la qualità dei servizi di cure intermedie e territoriali che potrebbero non essere adeguate a rispondere ai bisogni degli anziani che, di conseguenza, inducono accessi ospedalieri o attivazione di cura informale;
- ▶ l’essere inseriti in un *setting* assistenziale di qualsiasi tipo fa aumentare il livello di attenzione e monitoraggio sulla salute e le condizioni degli anziani e quindi il numero di accessi (anche in punti diversi della rete di offerta);
- ▶ nei contesti regionali dove più si sono sviluppate modalità di offerta alternative all’ospedale, queste hanno generato maggiori volumi di attività, dando origine alla situazione paradigmatica per cui “l’offerta genera la domanda”;
- ▶ in tutti i contesti regionali, il livello quantitativo di presa in carico degli anziani è significativamente inferiore al bisogno complessivo, per cui qualsiasi *setting* assistenziale disponibile viene saturato, lasciando comunque ampie parti di bisogno ancora insoddisfatte.

La fotografia fin qui descritta conferma le grandi interdipendenze che esistono tra settore sociosanitario e sanitario che, se non sono governate adeguatamente, rischiano di generare impatti negativi sul sistema. Per verificare questo aspetto si è deciso dunque di fare un focus sul ricorso da parte dei cittadini over 65 e over 85 al ricovero ospedaliero.



### 5.3.2 I ricoveri multipli degli anziani come effetto del mancato governo dei percorsi di presa in carico

Gli anziani che nel corso di 12 mesi hanno effettuato molteplici ricoveri ospedalieri possono essere un esempio di come il mancato governo dei percorsi di presa in carico di LTC produca un impatto significativo sul *setting* ospedaliero.

I dati relativi all'anno 2015<sup>13</sup> (Rapporto OASI 2017) mostrano come su un totale di 2.102.443 pazienti over 65 che hanno fatto ricorso al ricovero ospedaliero, ben 680.731 pazienti hanno fruito di ricoveri multipli. Nel corso di 12 mesi, infatti, questi pazienti hanno generato 1.747.542 ricoveri ordinari per un totale di 19.535.122 giornate di degenza (equivalenti a 28,69 giornate in media per paziente e 11,17 giornate per ricovero). Il 43,86% di questi ricoveri si riferiscono ad anziani che hanno avuto 2 ricoveri nell'arco di 12 mesi, mentre oltre la metà delle giornate di ricovero sono state consumate da cittadini anziani che hanno avuto 3 o più ricoveri (basti pensare che 67.185 pazienti hanno avuto 5 o più ricoveri in 12 mesi, il 16,76% del totale). È interessante notare che oltre il 60% dei casi corrisponde a ricoveri multipli sempre per acuti e che questa percentuale diminuisce lievemente (a favore dei ricoveri in riabilitazione e/o lungodegenza) all'aumentare del numero di ricoveri e nel passaggio tra la fascia 65-74 anni a quella degli over 75. Infine, altri due elementi appaiono significativi: il 31,23% dei ricoveri multipli avviene per la stessa MDC, così come il 54,78% dei pazienti di questa casistica si rivolge sempre alla stessa struttura ospedaliera. Ci si domanda a questo punto come mai una rilevante porzione di cittadini anziani si rivolga ripetutamente all'ospedale per ricoveri medici e non chirurgici. Una parte di risposta può arrivare dall'osservazione dei dati sulle modalità di dimissione e provenienza dei ricoveri multipli.

L'89,88% dei casi di anziani che ricorrono più volte al ricovero ospedaliero (con lievissime variazioni all'aumentare del numero di ricoveri) viene dimesso al domicilio, senza nessuna forma di presa in carico. Non viene dunque attivata alcuna modalità di continuità assistenziale come, ad esempio, i servizi domiciliari (2,45% del totale dei casi), così come sono molto rare (3,79%) le dimissioni verso strutture sociosanitarie per anziani. Anche analizzando le differenze regionali, la percentuale di dimissioni senza presa in carico non scende mai al di sotto del 70,25%, dato registrato nella Provincia Autonoma di Trento. Allo stesso modo, indagando la modalità di provenienza dei ricoveri multipli, si evidenzia come il 56,80% degli accessi avvenga in modo spontaneo e non programmato (senza dunque proposta del medico) e sono piuttosto rari i casi di trasferimenti da altri istituti o dallo stesso istituto.

L'analisi sul ricorso ai ricoveri multipli per cittadini anziani over 65 consolida una interpretazione del SSN che vede il *setting* ospedaliero come porta d'ac-

<sup>13</sup> I dati qui presentati sono tratti da una analisi più approfondita presentata in Fosti *et al.* 2017.

cesso preferenziale (di fatto è un servizio universale, gratuito e disponibile 24 ore su 24), a prescindere dalla natura del bisogno. La pressione che le strutture ospedaliere ricevono da una porzione sempre più importante di persone anziane è probabilmente amplificata dalla scarsa capacità del sistema di costruire percorsi che accompagnino gli utenti dimessi dagli ospedali o, addirittura, che siano in grado sul territorio di prevenire il ricorso inappropriato al *setting* di ricovero ospedaliero.

Individuare una soluzione alle criticità fin qui evidenziate non è semplice, ma i dati presentati sembrano porre un punto di attenzione particolare sulla gestione delle transizioni tra *setting* diversi, il vero snodo su cui si gioca la costruzione dei diversi percorsi di presa in carico.

I dati SDO<sup>14</sup> più aggiornati (riferiti ai ricoveri dell'anno 2016) e focalizzati sulla popolazione over85, più rappresentativa rispetto al fenomeno qui descritto, confermano ulteriormente le evidenze sopra presentate sinteticamente. Una prima osservazione aggiuntiva riguarda la sistematicità del fenomeno. Osservando la Tabella 5.12 riportante gli stessi dati per il periodo 2013-2016 balza all'occhio come il fenomeno riferito agli over 85 sia costante nel tempo e presente in modo strutturale con un incremento che segue linearmente quello dell'aumento della popolazione, rimanendo costante l'incidenza dei ricoveri ripetuti. Lo stesso trend vale per le modalità di dimissione e di provenienza dei ricoveri come illustrato nella Tabella 5.13 e nella Tabella 5.14.

Rispetto alle provenienze si segnala quello che potrebbe essere un cambiamento amministrativo o di tenuta del database: mentre sembra cambiare l'in-

Tabella 5.12 **Dati descrittivi del ricorso al ricovero ospedaliero per anziani over 85, da dati SDO**

	2016	2015	2014	2013
Popolazione 85+ dell'anno	2.061.666	1.994.563	1.930.395	1.863.522
Numero Ricoveri per 85+ dell'anno	711.443	709.342	680.311	669.518
GG di degenza totali erogate per 85+	7.846.090	7.781.930	7.485.294	7.370.645
Numero di Pazienti 85+ dell'anno	482.163	481.640	458.543	451.275
Pazienti 85+ Uomini	271.183	266.867	253.019	247.768
Pazienti 85+ Donne	440.260	442.475	427.292	421.750
Numero Ricoveri per 85+ dell'anno SINGOLI	274.295	273.870	258.810	255.255
Numero Ricoveri per 85+ dell'anno RIPETUTI	437.148	435.472	421.501	414.263
% Popolazione 85+ coinvolta da ricovero	23,39%	24,15%	23,75%	24,22%
Numero di ricoveri medi per anno per paziente	1,48	1,47	1,48	1,48
GG medie per paziente	16,27	16,16	16,32	16,33
GG medie per ricovero	11,03	10,97	11,00	11,01
Incidenza ripetuti	61,45%	61,39%	61,96%	61,87%

<sup>14</sup> Archivio Nazionale SDO, Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, anni 2013, 2014, 2015, 2016.

Tabella 5.13 **Dati descrittivi dei ricoveri ospedalieri per anziani over 85 per modalità di provenienza, da dati SDO**

Articolazione per provenienza	2016	2015	2014	2013
Senza proposta del medico	56,40%	58,25%	58,22%	57,63%
Con proposta del medico	7,47%	7,75%	8,29%	8,61%
Ric. Programmato	7,57%	7,52%	7,70%	8,11%
Trasferito da istituto pubblico	6,36%	6,65%	6,69%	6,51%
Trasferito da istituto privato accreditato	0,54%	0,66%	0,71%	0,66%
Trasferito da istituto privato non accreditato	0,01%	0,02%	0,03%	0,03%
Trasferito nello stesso istituto da altro tipo att. di ric. o da altro reg. di ric.	1,95%	2,03%	1,92%	1,88%
Altro	19,69%	17,12%	16,44%	16,58%

Tabella 5.14 **Dati descrittivi dei ricoveri ospedalieri per anziani over 85 per modalità di dimissione, da dati SDO**

Articolazione per dimissione	2016	2015	2014	2013
Deceduto	12,22%	12,58%	11,83%	11,81%
Dimissione ordinaria a domicilio o dimissione volontaria	70,58%	71,11%	72,36%	73,09%
Dimissione ordinaria presso residenza sanitaria assistenziale (RSA)	5,68%	5,36%	5,03%	4,78%
Dimissione al domicilio con attivazione di ospedalizzazione domiciliare o assistenza domiciliare integrata.	2,89%	2,22%	2,11%	1,98%
Trasferito nello stesso istituto da altro tipo att. di ric. o da altro reg. di ric.	2,55%	2,41%	2,42%	2,27%
Trasferimento ad altro istituto per acuti o trasferimento ad istituto di riabilitazione;	6,07%	6,32%	6,26%	6,08%

cidenza di alcune tipologie (prevalentemente con riferimento ai trasferimenti) l'unica voce che vede aumentare la incidenza è quella residuale "altro". Rispetto alle modalità di dimissione si nota invece un debole trend positivo di riduzione delle dimissioni a domicilio senza alcuna presa in carico e un aumento delle percentuali relative ad alcune modalità che prevedono l'attivazione di servizi. Allo stesso tempo però aumenta la mortalità e l'incidenza del numero di decessi.

Questi dati sono confermati non solo guardando all'aggregato dei ricoveri per over85, ma anche guardando ai ricoveri multipli nel corso di 12 mesi (conteggiati a partire dal primo ricovero), dove alcune incidenze si modificano. In Figura 5.5 si presenta l'articolazione interna delle modalità di provenienza distinguendo tra episodi singoli per il paziente nell'arco di 12 mesi, oppure parte di una coppia di ricoveri, o di una tripletta, o di ricoveri multipli maggiori di 3. Si conferma anche nel 2016 che nonostante la numerosità dei ricoveri dell'anno, la modalità più frequente rimanga quella senza proposta del medico, sebbene all'aumentare del numero di ricoveri del periodo aumenti l'incidenza delle altre modalità.

Un trend simile vale per le modalità di dimissione (Figura 5.6) anche rispetto alle quali si riscontra la costanza della modalità che non prevede attivazione

Figura 5.5 **Articolazione dei ricoveri per provenienza, distinguendo per numero di ricoveri svolti in 12 mesi, anno 2016, pazienti over85, da dati SDO**

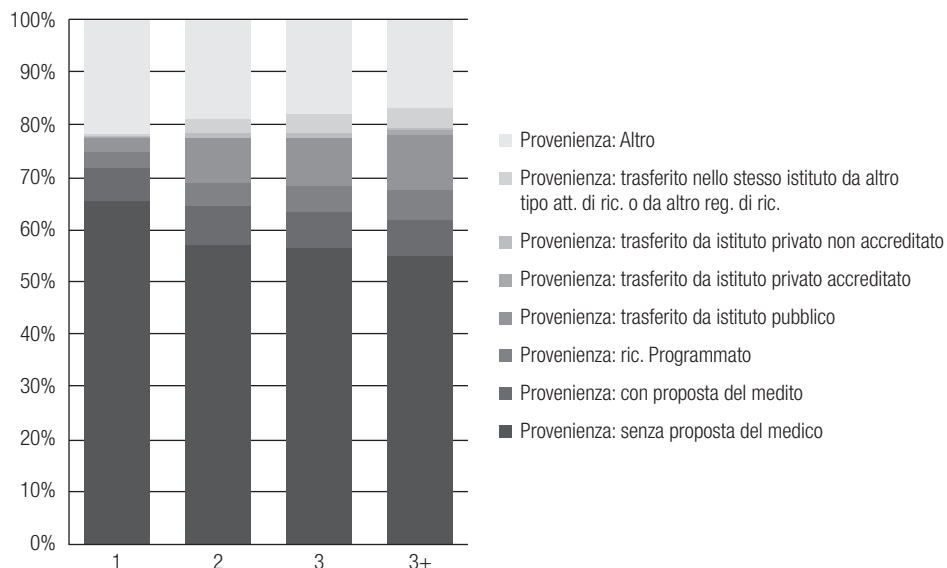
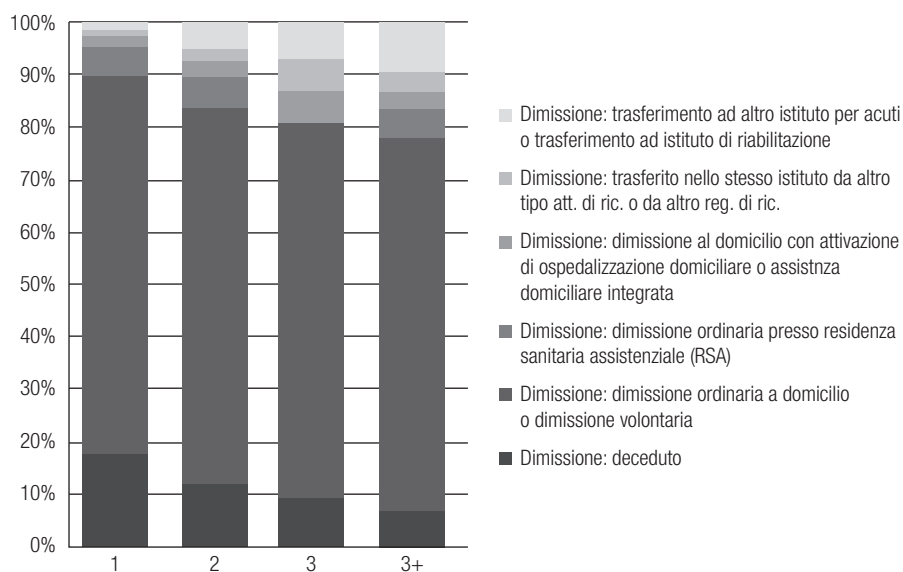


Figura 5.6 **Articolazione dei ricoveri per modalità di dimissione, distinguendo per numero di ricoveri svolti in 12 mesi, anno 2016, pazienti over85, da dati SDO**



di servizi all'uscita dall'ospedale anche se con una incidenza che si riduce man mano che aumenta il numero di episodi di ricovero nel corso del periodo.

#### **5.4 Interpretazione dei fenomeni e spunti di miglioramento per le filiere di presa in carico**

Al fine di proporre una interpretazione dei dati è stato organizzato un focus group con 8 professionisti coinvolti nei processi di transizione tra *setting* (esperti nell'ambito della riabilitazione, delle cure primarie, della geriatria, delle RSA, dell'assistenza infermieristica, delle Direzioni delle ASL e dei Distretti Socio-sanitari). Il focus group è stato organizzato presentando ai professionisti i dati esposti fino a questo punto e successivamente ponendo ai professionisti alcune domande guida:

- ▶ I dati sul rapporto tra ricoveri e rete sociosanitaria mostrano un fenomeno chiaro che riscontrate anche nei vostri territori o servono analisi migliori? In questo caso, con quali dati?
- ▶ Come interpretate questi dati sul ricorso ai ricoveri ospedalieri da parte degli anziani?
- ▶ Siete a conoscenza diretta di esperienze di creazione di filiera di presa in carico tra ospedale, territorio e sociosanitario?

L'agenda di riflessioni emersa è la seguente:

- ▶ I principali elementi da approfondire per interpretare i dati in questione;
- ▶ Quali sono le situazioni più rilevanti che determinano la necessità di una migliore gestione della relazione tra diversi *setting* assistenziali;
- ▶ Quali esperienze sono state messe in campo per cercare di gestire in modo efficace il passaggio tra i diversi *setting*;
- ▶ Gli snodi critici nel sistema attuale.

Per quanto riguarda l'interpretazione del dato emergono alcuni punti di attenzione e alcune aree da approfondire. Il primo riguarda la stagionalità delle patologie. Molte strutture ospedaliere registrano un maggior numero di accessi al pronto soccorso (talvolta anche il doppio rispetto ad altri periodi) tra dicembre e gennaio (a causa dei picchi influenzali) e tra luglio ed agosto. Nel periodo estivo, i fattori che incidono sull'aumento del ricorso al Pronto Soccorso (PS) sono l'assenza del nucleo familiare (fattore che incide successivamente anche nel rendere più complessa la dimissione) e la maggiore propensione degli anziani a uscire di casa nella bella stagione, aumentando le probabilità di incorrere in incidenti quali le cadute. Il tema della rete familiare e di supporto è sicuramente cruciale

ed è un elemento che potrebbe spiegare un eventuale maggiore ricorso al ricovero ospedaliero per quegli utenti anziani che vivono da soli. Infine, è necessario completare la fotografia proposta, declinandola in ogni contesto territoriale, con un focus su quali siano le patologie più frequenti nei casi di ricoveri multipli per anziani, analizzando i ricoveri non solo per MDC, ma anche per DRG.

Passiamo ad approfondire quanto accade nel momento in cui un anziano accede all'ospedale, viene ricoverato e poi dimesso.

Uno degli aspetti chiave indicato dai professionisti riguarda la solitudine dell'anziano, che ne definisce uno dei principali fattori di fragilità. Dobbiamo prendere atto che il nostro sistema non è attualmente in grado di farsi carico efficacemente della fragilità, a meno che questa sia associata ad altri fattori rilevanti di rischio (ad esempio, il decadimento cognitivo). La solitudine è elemento di fragilità perché spesso si traduce nella non capacità di gestire in modo appropriato piccole problematiche, per esempio seguire adeguatamente le terapie farmacologiche, potendo determinare un ricorso al pronto soccorso con un livello di gravità maggiore. Le persone anziane sole sono anche quelle che più difficilmente possono tornare a vivere al domicilio in autonomia e richiedono dunque, con maggiore frequenza, l'attivazione di percorsi di presa in carico verso altri *setting*. Queste problematiche, tuttavia, non riguardano solamente gli anziani soli, ma può accadere che i ricoveri ripetuti si presentino per pazienti le cui famiglie non sanno più come gestire la situazione del proprio caro, trovandosi senza altre alternative ritenute di uguale facilità di accesso. Vi sono poi alcune casistiche ricorrenti che richiedono, in fase di dimissione, uno sforzo maggiore di coordinamento con la rete di cure territoriali e sociosanitarie. Tra queste vi sono sicuramente le cadute (senza gravi conseguenze), i disturbi cognitivi e del comportamento, gli anziani con patologie croniche. In tutti questi casi, il raccordo con altri attori della rete sanitaria e sociosanitaria diventa cruciale.

Per gestire queste criticità nel passaggio tra diversi punti del sistema sanitario (che vede spesso il suo perno nell'ospedale) e sociosanitario, molti contesti hanno provato a sperimentare soluzioni per il governo delle transizioni. Dal focus group sono emersi alcune esperienze già in corso di sperimentazione, che ci aiutano a mettere a fuoco gli snodi percepiti come critici dai professionisti del sistema.

Un esempio è quello dei team di continuità assistenziale, ossia equipe multi-professionali che cercano di intercettare quegli utenti con maggiori necessità di continuità assistenziale in Pronto Soccorso o nei reparti, già dalle fasi iniziali di arrivo. L'obiettivo è quello di fare un'analisi delle soluzioni possibili rispetto ai fabbisogni degli utenti e delle loro famiglie, per capire (fin da subito) se è necessario attivare la presa in carico domiciliare o altra forma d'assistenza al momento delle dimissioni. Questo tipo di approccio si focalizza sulla capacità di riconoscere il rischio di "dimissioni difficili" e sulla conoscenza della rete di servizi territoriali e la relativa disponibilità di posti e soluzioni adeguate

alle necessità dell'anziano. Da questo punto di vista, un elemento dirimente è quasi sempre l'esistenza di sistemi informativi integrati tra settore sanitario, sociosanitario e sociale, ossia strumenti efficaci per il monitoraggio della rete di offerta e dei percorsi degli utenti nei servizi. Talvolta il ruolo fin qui descritto è stato incardinato in una singola persona che assume il ruolo di "coordinatore" oppure "case o *transitional manager*" con un orizzonte di mandato che travalica i muri dell'ospedale. Parte delle soluzioni individuate dalle aziende sanitarie riguarda tutto ciò che succede fuori dall'ospedale, ossia i servizi che possono prevenire l'accesso improprio al pronto soccorso da parte degli anziani. Si è assistito negli ultimi anni al diffondersi di servizi di varia natura, accomunati dal tentativo di attivare un punto di riferimento sul territorio per intercettare situazioni problematiche, di fragilità e di necessità di presa in carico continuativa: case della salute, ospedali di comunità, ambulatori delle patologie croniche, sportelli e *contact center* per persone con demenza fino a soluzioni specifiche e innovative (mutuate da esperienze in atto nel Nord Europa) come l'esperienza de Il Paese Ritrovato di Monza<sup>15</sup>. Un altro oggetto di lavoro ricorrente nelle aziende sanitarie interpellate è quello della sensibilizzazione e formazione dei caregiver, siano essi familiari o altre persone della rete di supporto dell'anziano. Il ruolo che essi possono svolgere diventa cruciale nel momento del passaggio dal *setting* ospedaliero ad altra soluzione, molto spesso quella del domicilio, soprattutto nei casi in cui è necessario attendere l'attivazione di altre soluzioni per motivi amministrativi o di limitata disponibilità del servizio (ad esempio, l'attivazione dell'assistenza domiciliare).

Nonostante i diversi sforzi portati avanti dalle aziende e dai professionisti del settore che sono stati fin qui presentati a titolo esemplificativo e certamente non esaustivo, gli stessi professionisti restituiscono un quadro in cui ci sono ancora molti spazi di miglioramento e di sistematizzazione. Il tratto comune a tutte le riflessioni raccolte è quello di porre l'attenzione nei momenti di passaggio tra diversi *setting* assistenziali, sia all'interno dello stesso settore (ad esempio, tra assistenza ospedaliera e assistenza sanitaria territoriale), sia tra settori (ad esempio, tra assistenza sanitaria e assistenza sociosanitaria) dove le complessità aumentano a causa della maggiore distanza istituzionale e professionale.

## 5.5 **Gli snodi critici del *transitional care* per gli anziani e le loro famiglie**

Mettendo a sistema tutti gli spunti emersi dal focus group, si è cercato di individuare dunque quali siano i luoghi critici per la presa in carico degli anziani non autosufficienti, ovvero:

<sup>15</sup> Per approfondimenti: <https://ilpaeseritrovato.it/>

- ▶ il Pronto Soccorso;
- ▶ i reparti ospedalieri di medicina;
- ▶ le strutture sociosanitarie e di riabilitazione;
- ▶ i servizi sul territorio (e gli MMG);
- ▶ il domicilio.

Qualsiasi passaggio tra due o più dei nodi citati richiede un'attenzione particolare poiché impatta in modo rilevante sulla capacità e sull'efficacia della presa in carico del sistema.

Il pronto soccorso rappresenta in molti casi (talvolta ripetuti nel tempo) la porta d'accesso al sistema sanitario per gli anziani. I dati confermano che la maggior parte di essi arriva all'ospedale da casa, in seguito a crisi relative a patologie note o a fatti gravi (o percepiti come tali dalla famiglia), anche se non sempre correlati a fabbisogno ad alta intensità di natura clinica. Anche senza una necessità di ricovero, i professionisti del Pronto Soccorso spesso non sono in grado di dimettere direttamente il paziente (ad esempio se si riscontra privo di rete familiare, o in stato di particolare confusione, come assumersi la responsabilità e l'onere di non fornire una risposta alle famiglie e lasciarle nella difficoltà?). In molti casi è concreta la consapevolezza che il ricovero nei reparti ospedalieri di medicina potrebbe non essere la soluzione più appropriata rispetto al quadro clinico dell'anziano, ma l'assenza di alternativa assistenziale, lo rende necessario. Nella connessione tra Pronto Soccorso e reparti ospedalieri (in particolar modo di medicina ma non solo) si colloca uno spazio di intervento importante per effettuare (se non già avvenuta durante la presenza in PS) un'analisi/triage dei bisogni sociosanitari, con una programmazione anticipata della destinazione post-dimissione. Questa dovrebbe essere importante in due diversi momenti: a) durante il ricovero con la duplice funzione di costruire un quadro clinico ed assistenziale completo e di preparare gradualmente la famiglia e l'anziano a quello che dovrà accadere dopo l'uscita dall'ospedale che molto spesso è l'unico nodo della rete noto e conosciuto dalle famiglie e verso il quale ripongono la loro massima fiducia; b) al momento della dimissione, quando, da un punto di vista professionale, è necessario in alcuni casi costruire un ponte di continuità con gli altri *setting* assistenziali, e da un punto di vista relazionale perché questo corrisponde all'ultimo punto di contatto della famiglia con la "gratuità" dell'SSN prima di entrare nel mondo a pagamento completo o parziale del settore sociosanitario. Se non presidiato in questi due momenti, il nodo della permanenza in reparto ospedaliero rischia di diventare particolarmente critico.

Diventa a questo punto importante gestire il rapporto con la rete di servizi sociosanitari, di lungodegenza o di riabilitazione, innanzitutto per garantire una vera continuità tra l'ospedale e la filiera dei servizi, con passaggio di consegne tra i professionisti e, possibilmente, una figura di riferimento trasversale



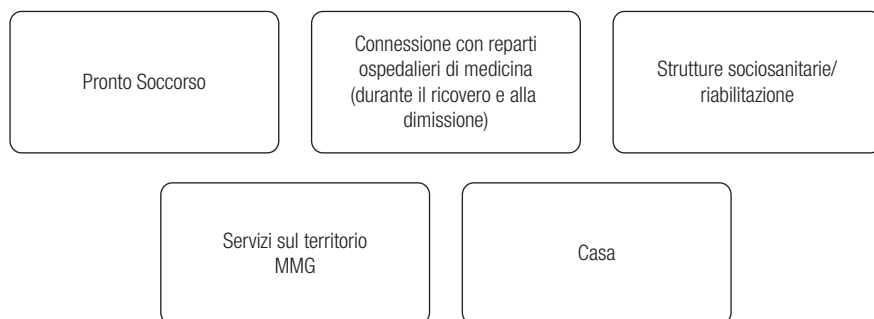
tra *setting* diversi a cui far riferimento per l'anziano e la sua famiglia. Questo processo è complesso anche in direzione opposta, dato che i ritorni da strutture sociosanitarie, di riabilitazione e lungodegenza verso l'ospedale sono numerosi e rischiano di essere critici. Questo accade sia per il naturale decorso di alcune storie cliniche, ma anche per il non adattamento della famiglia e dell'anziano al nuovo contesto, fattore che va a mettere in crisi i piani assistenziali previsti e provocare il ritorno in ospedale.

Ponendo l'attenzione su quanto accade prima della genesi della domanda di PS o di ricovero, i servizi territoriali, a cominciare dagli MMG e dai servizi di cure intermedie, dovrebbe essere il luogo che previene l'arrivo in ospedale per l'acutizzazione di patologie note, così come la "sentinella" del sistema in grado di svolgere un ruolo attivo di prevenzione secondaria e di monitoraggio delle situazioni critiche o fragili.

Infine, il domicilio è di fatto il luogo a cui dedicare maggiore attenzione poiché prevalente tra gli anziani e, al tempo stesso, in grado potenzialmente di preservare il più possibile la capacità di vita autonoma. Lo sforzo dovrebbe essere quello di evitare o rallentare la transizione verso altri *setting*, mantenendo le funzionalità e l'autonomia delle persone, allo stesso tempo garantendo una connessione con gli altri setting che possa garantire l'erogazione di una assistenza adeguata anche a casa.

Solo una visione integrata su questi cinque snodi critici potrà garantire nell'immediato futuro una maggiore efficacia e sostenibilità del sistema sanitario e sociosanitario. Questo il motivo per cui si parla sempre più di cure di transizione o "*transitional care*", come framework a cui guardare per il presidio dei percorsi di cura e presa in carico dei pazienti anziani. Il salto logico da aggiungere nell'applicazione di questo paradigma è la consapevolezza della limitatezza delle risorse e della capacity di offerta disponibile nel welfare italiano per la LTC (cfr 5.2.4), che impone precise scelte di prioritizzazione e la forza di indicare onestamente alle famiglie quando la cura ricade sulle loro capacità economiche.

Figura 5.7 **Gli snodi critici nel presidio della transizione tra setting**



## 5.6 Casi di servizi di *transitional care* per gli anziani e le loro famiglie

Durante il focus group interpretativo è stato chiesto ai professionisti presenti di individuare sperimentazioni e servizi di *transitional care* per gli anziani e le loro famiglie. Tra quelli evidenziati se ne approfondiscono di seguito due:

- i. i servizi di presa in carico presso il PS dell'Ospedale Maggiore di Bologna;
- ii. l'attivazione di percorsi di prevenzione secondaria nella Casa della Salute di Forlimpopoli.

La prima sperimentazione è di rilievo perché agisce su uno degli snodi di *transitional care* (appunto il PS) più critici per numerosità dei casi, per assenza tradizionalmente di percorsi dedicati che possano agire su una presa in carico efficace degli anziani ma anche per assenza di dati sistematici sull'utilizzo del PS come porta di accesso al sistema sanitario da parte di anziani in condizioni di LTC.

Il secondo caso è rilevante perché illustra come progettualità attivate sul territorio (in questo caso percorsi di prevenzione e sensibilizzazione per alcune patologie tipiche dell'età anziana) oltre che a benefici per la salute possono portare anche ad una migliore gestione degli snodi di *transitional care*.

### 5.6.1 La pronta attivazione di servizi di presa in carico presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore di Bologna

La sperimentazione<sup>16</sup> nasce nel 2018 in Azienda USL nell'ambito di un'articolata serie di interventi volti ad affrontare il complesso tema della continuità assistenziale e dell'iper-afflusso ospedaliero, fenomeno particolarmente critico nel periodo estivo a fronte di una programmazione ospedaliera che prevede, in tale periodo, la riduzione di posti letto.

La progettualità parte dall'osservazione che in particolari momenti dell'anno, l'estate ad esempio, i reparti di medicina degli ospedali vedessero una maggiore presenza di anziani caratterizzati da determinanti di ricovero di "profilo sociale", ovvero con alcune caratteristiche ricorrenti come la solitudine o una qualche forma di disagio sociale o relazionale. Questa osservazione veniva fatta sulla scia di un percorso, consolidato in AUSL, di confronto sul tema della continuità ospedale-territorio, rispetto al quale i professionisti si stavano già concentrando per l'identificazione di aree di miglioramento potenziale e buone

<sup>16</sup> Il titolo originale della sperimentazione è "La pronta attivazione di servizi di presa in carico presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore di Bologna". Gli autori desiderano ringraziare le dottoresse Maria Grazia Bertagni, Manuela Petroni e Cinzia Orati di AUSL Bologna per il materiale fornito e la preziosa collaborazione.

prassi da implementare. Il tema degli “eccessi di ricoveri” (similmente a quanto descritto sopra nel paragrafo 5.3.2) è stato quindi individuato come meritevole di maggiore approfondimento e intervento anche in considerazione del fatto che in prima battuta non erano disponibili, a livello aziendale, dati specifici che potessero corroborare ulteriormente le impressioni e il vissuto quotidiano dei professionisti, aggiungendo elementi sui bisogni degli anziani e sul loro profilo. Obiettivo iniziale della sperimentazione partita a giugno 2018 presso l'Ospedale Maggiore era quindi duplice:

- i. Agire per verificare ed eventualmente ridurre il numero di ricoveri non necessari per particolari profili di anziani;
- ii. Intercettare soggetti fragili non ancora conosciuti ai servizi sociali e sociosanitari per attivare modalità di presa in carico tempestive e corrispondenti ai bisogni espressi.

Negli ospedali del territorio bolognese era, ed è tutt'ora attivo, il servizio sociale ospedaliero, dedicato ad attivare, al momento della dimissione ospedaliera, eventuali servizi sociosanitari necessari per facilitare e garantire il rientro al domicilio. Sul territorio era già attiva la figura professionale dell'infermiere di continuità per definire, secondo logiche di lavoro multidisciplinare, le modalità di presa in carico del paziente a rischio di dimissione difficile, curare la continuità assistenziale nel percorso di transizione delle cure facilitando le interazioni professionali tra servizi territoriali e ospedalieri. In PS poteva accadere che il personale presente si rendesse conto di situazioni con connotazione di fragilità sociale e che attivasse l'assistente sociale ospedaliero ma senza la possibilità per quest'ultimo di attivare servizi in modo tempestivo. L'idea progettuale è stata quindi orientata ad individuare modalità organizzative e di sistema adeguate a fornire una risposta immediata all'interno di setting quali PS/OBI, scenari di un fenomeno da monitorare.

Di seguito la descrizione degli aspetti caratterizzanti la sperimentazione:

- ▶ Presenza di un infermiere di continuità attivabile telefonicamente dal PS e OBI durante le fasce orarie del mattino e pomeriggio fino al sabato mattina;
- ▶ Modalità strutturate di attivazione tempestiva dei servizi sociali;
- ▶ Definizione di percorsi “fast” di presa in carico territoriale e fornitura presidi/ausili.

Il processo si articola nelle seguenti fasi:

- ▶ Una volta esclusa la motivazione clinica al ricovero, il paziente con bisogni assistenziali e/o problemi di fragilità sociale, viene segnalato all'infermiere di continuità;

- ▶ L'infermiere di continuità attraverso l'analisi della documentazione, raccordo con segnalante e colloquio con paziente e familiari effettua una prima valutazione che completa, in presenza di bisogni sociali, con l'assistente sociale. La valutazione viene fatta utilizzando gli stessi strumenti (scale, relazioni, etc.) già in uso in altri setting assistenziali territoriali, anticipando quindi le tradizionali modalità di accesso alla rete socio - sanitaria;
- ▶ Sulla base di necessità assistenziali del paziente e risorse della famiglia, infermiere di continuità e assistente sociale, quando coinvolto, definiscono e propongono al paziente e suoi familiari il progetto di presa in carico che può prevedere:
  - ◀ fornitura ausili (es. materasso antidecubito, letto, carrozzina, sponde);
  - ◀ assistenza domiciliare sociosanitaria (esempio aiuti alla persona con personale qualificato, assistenza al pasto, igiene personale, tutela alla persona, ecc.);
  - ◀ inserimento temporaneo in Casa Residenza Anziani (CRA);
  - ◀ presa in carico domiciliare infermieristica;
  - ◀ presa in carico presso ambulatorio infermieristico della cronicità.
- ▶ L'attivazione dei servizi avviene secondo modalità "fast" o "di emergenza" da parte dell'infermiere di continuità (percorsi sanitari) e assistente sociale (percorsi sociosanitari). In particolare, secondo la modalità "di emergenza" da PS è possibile richiedere il ricovero temporaneo in struttura sociosanitaria, quale ad esempio Casa Residenza Anziani (CRA). Per poter gestire queste richieste, 5 posti letto della rete del territorio di riferimento sono stati riservati a questi invii e contrattualizzati da AUSL con modalità "vuoto per pieno", affinché fossero sempre a disposizione per ricoveri temporanei da attivare tempestivamente in attesa dello svolgimento delle ordinarie procedure di presa in carico territoriale o rimodulazione del progetto assistenziale già presente. La stessa modalità è stata attivata anche per l'assistenza domiciliare sociosanitaria. Inizialmente è stato dedicato alle attivazioni di assistenza domiciliare, per i casi valutati in PS, un operatore sociosanitario (OSS) reperibile per 8 ore al giorno e a disposizione esclusiva, in modo da garantire la disponibilità di intervento per il giorno stesso. I servizi socio sanitari attivati "in emergenza" hanno carattere temporaneo (15 giorni massimi per ricovero in struttura residenziale senza compartecipazione, secondo valutazione dei professionisti nel caso di assistenza domiciliare) in quanto hanno lo scopo di rispondere tempestivamente a situazioni critiche e contemporaneamente consentire ai servizi sociali territoriali di attivarsi, a garanzia della continuità assistenziale. A volte la gestione del caso non richiede l'attivazione di nuovi servizi, ma prevede la rivalutazione di un progetto di presa in carico già attivo attraverso l'interazione diretta tra infermiere di continuità e i professionisti di riferimento. In altri casi, la gestione prevede interventi di informazione e orientamento ai servizi del territorio nonché di educazione terapeutica a

fronte di problemi assistenziali anche potenziali (rischio di cadute, stipsi, disidratazione, ecc.);

- ▶ Il processo si conclude con relazione finale dell'infermiere di continuità e assistente sociale al MMG e ai servizi territoriali sanitari e sociali coinvolti. Nell'eventualità di ricovero ospedaliero del paziente le figure professionali di continuità restano il punto di riferimento lungo il percorso di transizione delle cure partecipando alla definizione del progetto di presa in carico alla dimissione.

I primi sei mesi di sperimentazione (giugno-dicembre 2018) hanno mostrato risultati positivi e per certi versi sorprendenti.

I casi oggetto di presa in carico in PS<sup>17</sup> sono stati 356, il 59% aveva più di 80 anni, il 20% più di 90 anni. Molto interessante il dato sulle prese in carico già in essere al momento dell'accesso al PS, dato da mettere poi in relazione con le risposte fornite: il 67% dei casi non aveva alcun tipo di presa in carico precedente, nel restante 33% la presa in carico era già attiva al momento dell'accesso in PS in modo prevalente da parte dei servizi sociali (67%).

Le principali motivazioni che hanno portato all'accesso al PS sono state (in ordine di frequenza):

- ▶ Cadute o traumi (43%)
- ▶ Disturbi cognitivi del comportamento (11,5%)
- ▶ Algie e/o dolore (10,2%)
- ▶ Astenia/sincope o Stipsi/disidratazione (5,1% ciascuno)

Dei pazienti valutati dall'infermiere di continuità il 27% è stato comunque ricoverato in struttura sanitaria. Questo è dipeso da motivi strettamente clinici (90%), per assenza di posti disponibili nella rete sociosanitaria perché già occupati (5%), rifiuto del paziente al percorso proposto (3%), problemi assistenziali non gestibili a domicilio (2%).

Nel restante 73% dei casi non si è verificato ricovero ospedaliero perché o si è proceduto direttamente con l'attivazione di servizi territoriali sanitari o sociosanitari (54%) oppure perché l'anziano risultava già in carico ai servizi per precedenti attivazioni ed è stato quindi re-indirizzato verso il responsabile del caso.

Tra le situazioni per le quali si è attivata direttamente da PS una nuova presa in carico questa si è concretizzata in:

---

<sup>17</sup> Per semplicità di trattazione indichiamo solo PS anche se la sperimentazione ha riguardato casi da PS, PS ortopedico, OBI (Osservazione breve intensiva) per l'emergenza urgenza, ortopedia, e il pronto soccorso)

- ▶ attivazione di assistenza domiciliare (53,6% per assistenza sociosanitaria, infermieristica o mista);
- ▶ inserimento temporaneo in struttura residenziali sociosanitaria (23,6%);
- ▶ attivazione di servizi a bassa soglia sociali o sociosanitari (10,7%);
- ▶ fornitura di ausili con procedura fast (5%);
- ▶ prenotazione di prestazioni ambulatoriali (3,6%);
- ▶ invio a servizi di residenzialità privata (3,6%).

Dei 356 casi valutati, 71 hanno visto anche l'intervento dell'Assistente Sociale. Questi rappresentano i soggetti più deboli tra tutti quelli intercettati al PS e in 51 casi hanno ricevuto l'attivazione di servizi sociosanitari. La mancata attivazione nei restanti è dipesa o dalla già esistente presa in carico o da motivazioni cliniche, che comunque risultano essere prioritarie e hanno comportato un ricovero, o anche dal rifiuto dell'anziano o della sua famiglia del servizio proposto.

Dopo i primi sei mesi di sperimentazione (a chiusura dell'anno 2018) sono state fatte alcune riflessioni. Si è capito che il profilo più ricorrente e che maggiormente beneficia del servizio è quello della persona anziana non ancora in condizioni di non autosufficienza, ma fragile, che esprime un primo sentore di bisogno anche sociale (ad esempio: mancanza di una rete familiare e amicale, supporto nel primo momento di rientro al domicilio, protezione di situazione fragile se caregiver di riferimento è anch'esso anziano ecc....).

I casi che emergono sono in prevalenza situazioni che vedono innestarsi un episodio critico o di scompenso clinico su una situazione di pre-allerta socio-sanitaria e assistenziale. Le risposte attivate più frequentemente sono infatti riferite a prestazioni di assistenza domiciliare che garantiscono da un lato il presidio del bisogno sanitario e/o sociale e, dall'altro, il ripristino della situazione di normalità con il supporto della propria rete sociale. Fondamentale è anche la relazione che viene a crearsi a quel punto tra l'anziano, la famiglia, l'infermiere di continuità e i servizi attivati. Si genera un legame (anche strutturato grazie alla messa a disposizione di un contatto telefonico) che costituisce un primo ponte tra la persona ed i servizi della rete del territorio, dando alle famiglie un elemento informativo e di conoscenza che dovrebbe orientarle rispetto al futuro per prevenire ed evitare situazioni di non presidio dei bisogni. Questa metodologia di lavoro multi-professionale garantisce piena collaborazione tra gli operatori e i servizi coinvolti permettendo di gestire al meglio le diverse situazioni.

Alcune criticità sono emerse in merito all'equilibrio tra costi e benefici del servizio: si è valutato che gli oneri per la contrattualizzazione di servizi dedicati agli accessi da PS fossero eccessivi rispetto all'effettivo utilizzo di questi e sovradimensionati, sottraendo capacità produttiva ad altri servizi. Nei primi sei mesi di attività le attivazioni dirette di assistenza domiciliare socio sanitaria da PS hanno riguardato circa 88 ore di servizio, mentre gli inserimenti in struttura

CRA sono stati 33. Data la variabilità delle situazioni in arrivo al PS si è capito essere più efficiente mantenere i canali con accesso “fast”, ma organizzati con modalità differenti.

Sono state quindi apportate alcune modifiche alla sperimentazione che nel 2019 è entrata a pieno regime presso l'Ospedale Maggiore di Bologna:

- ▶ Si è data maggiore struttura all'organizzazione degli infermieri di continuità prevedendo accanto al sistema “a chiamata” la possibilità d'intercettazione proattiva di un definito target di pazienti (età >75 anni, con evento caduta come principale sintomo di accesso al PS, codice di triage verde/giallo, accessi a PS ripetuti nell'anno) attraverso l'utilizzo del sistema informatico di PS.
- ▶ I convenzionamenti definiti ad hoc per la sperimentazione sono stati modificati: per l'assistenza domiciliare socio sanitaria si è optato per eliminare la reperibilità dell'OSS e riconoscere le ore di servizio effettivamente svolte con tariffa maggiorata; per l'accesso diretto in CRA si è definito un numero inferiore di posti letto dedicati ad uso esclusivo del progetto, lasciando aperta la possibilità di procedere ad ulteriori inserimenti qualora necessari in base alle risorse disponibili sia in termini di posti letto che economiche.

### 5.6.2 L'attivazione di percorsi di prevenzione a partire dalle attività della Casa della Salute, osservando il caso di Forlimpopoli

Un ulteriore nodo critico nel percorso di *transitional care* dell'anziano è quello che riguarda il rapporto tra i servizi del territorio e la rete sociosanitaria e sanitaria. Durante il focus group è emerso come questo snodo sia critico da almeno due punti di vista: in presenza di una patologia cronica e degenerativa da seguire con percorsi di presa in carico per evitare aggravamenti e crisi; in situazioni in cui è opportuno avviare attività di prevenzione secondaria e monitoraggio della salute (anche in logica di *population health management*) per anticipare le situazioni di fragilità e limitarne i rischi. Queste due funzioni rientrano tra gli obiettivi delle Case della Salute (CdS) come progettate e implementate nella regione Emilia Romagna<sup>18</sup>. Dopo circa 8 anni di attività (le prime sono state realizzate nel 2010) e 96 CdS avviate, la regione si sta interrogando sull'impatto prodotto da questo modello sulla salute dei cittadini<sup>19</sup> raccogliendo dati e riflessioni sul rapporto tra CdS e ricorso ad altri servizi del territorio. Si propone pertanto una riflessione sulle potenzialità di questi servizi non tanto con lo sco-

<sup>18</sup> Per un approfondimento sul funzionamento delle CdS in Emilia-Romagna si veda il Capitolo 13 del Rapporto OASI 2017.

<sup>19</sup> Ad esempio come riportato nell'articolo online sul sito quotidianosanita.it al link: [https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo\\_id=74004](https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=74004) che cita il report regionale “Analisi dell'impatto delle Case della Salute su indicatori di cura. Popolazione residente in Emilia-Romagna 2009-2016” a cura della Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna.

po di approfondire un caso studio o una sperimentazione (come nel paragrafo precedente) ma piuttosto per discutere delle azioni di raccordo tra *setting* che possono essere messe in atto rispetto alla popolazione anziana e con bisogni sanitari e sociosanitari interdipendenti.

Rispetto al modello generale di funzionamento delle CdS e agli effetti ottenuti, si riportano tre dati principali (Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, 2019):

- i. il numero di accessi al pronto soccorso riguardanti casi classificati e dimessi con triage codice bianco è sensibilmente più basso nei territori con CdS dove si assesta a 16,1 accessi con questo profilo ogni 1.000 abitanti. Nei territori dove le CdS non sono attive questo indicatore è pari a 28,3;
- ii. il numero di ricoveri potenzialmente inappropriati (ACSC) per diabete, BPCO, scompenso cardiaco e polmonite batterica<sup>20</sup> ogni 1.000 abitanti over65, seppure simile tra territori con CdS e senza (19,7 e 19,6) vede la prima situazione presentare un trend di miglioramento più intenso;
- iii. il numero di attivazioni di ADI ogni 1.000 abitanti over65 è maggiore del 5,5% nel caso di territori che vedono la presenza di CdS.

La presentazione sintetica di questi dati porta ad un primo spunto di riflessione già emerso nel paragrafo 5.4: la compresenza di offerta di servizi sociosanitari e sanitari da sola non è sufficiente per aumentare l'appropriatezza della presa in carico. Questa è raggiunta se nel territorio sono presenti degli attori in carico del coordinamento tra *setting* e della gestione delle situazioni intermedie. Le CdS, così come altri servizi e progettualità aziendali, possono essere un valido supporto nella gestione delle relazioni tra *setting* assistenziali se parte di un più ampio disegno e sistema di governo della rete dei servizi.

Con riferimento all'attività di prevenzione secondaria e monitoraggio della popolazione che può essere promosso e svolto dai servizi territoriali, il caso della CdS di Forlimpopoli porta dei dati interessanti<sup>21</sup>. La CdS in questione è parte di un più ampio progetto regionale<sup>22</sup> di identificazione e presa in carico di persone fragili che si innesta sul paradigma della medicina di iniziativa. Il progetto si basa su una metodologia statistica (RISK\_ER) elaborata a livello regionale e scientificamente validata, che consente di stratificare la popolazione adulta sulla base di quattro livelli di rischio di fragilità, dal "basso" al "molto alto". Il rischio di fragilità è un indice multidimensionale, che integra numerose variabili (demografiche, morbidità, gravità delle condizioni cliniche, ricorso ai

<sup>20</sup> Riconosciuti come tra le casistiche più frequenti per la popolazione over65.

<sup>21</sup> Si ringraziano il dott. Stefano Boni, il dott. Davide Botturi e la dott.ssa Imma Cacciapuoti per il materiale fornito e la preziosa collaborazione.

<sup>22</sup> Progetto pilota dei profili di Rischio "Risk-ER per l'identificazione precoce e presa in carico della cronicità/fragilità".



servizi sanitari, consumo di farmaci, aderenza ai PDTA). Le schede individuali con il profilo di rischio di fragilità vengono valutate nelle singole Case della Salute da parte dell'équipe composta dal medico di medicina generale a cui si riferiscono gli assistiti, dall'infermiere dell'ambulatorio per la gestione integrata della cronicità, dall'assistente sociale e, a seconda del bisogno emergente, dal medico specialista (ad es. diabetologo, psichiatra, cardiologo, pneumologo ecc.), da altri professionisti sanitari (es. fisioterapista) e anche da associazioni di cittadini. L'équipe procede, poi, alla chiamata attiva delle persone, ed alla definizione e realizzazione degli interventi ritenuti maggiormente appropriati alla condizione di fragilità identificata. L'implementazione del progetto regionale nelle singole Case della Salute si è concentrata sulle persone ad “alto” e molto alto” rischio di fragilità. A Forlimpopoli, i MMG partecipanti sono stati 15, di cui tutti gli 11 MMG operanti all'interno della CdS, e altri 4 MMG operanti nel territorio di riferimento della stessa.

Sono state valutate dall'équipe della CdS di Forlimpopoli (MMG, infermieri, assistenti sociali e medici specialisti di riferimento) le schede individuali con profilo di rischio “alto” (459) e “molto alto” (295), per un totale del 4% degli assistiti dei MMG aderenti (18.858 assistiti).

Per parte di questi (123 a rischio “alto” e 158 “molto alto”) è emerso come fossero già attivi percorsi ritenuti appropriati dall'équipe e quindi non rivisti;

Per gli assistiti con rischio “alto” gli interventi hanno riguardato:

- ▶ La segnalazione ai servizi sociali e avvio di un percorso di valutazione (circa 100 casi);
- ▶ l'invito ad aderire ai programmi di gestione integrata per le patologie croniche (136 persone);
- ▶ l'attivazione di percorsi per il miglioramento della *compliance* delle persone alla terapia in caso di patologie cronico-degenerative (94 persone) con visite e revisione del piano farmacologico;
- ▶ l'attivazione dell'assistenza sociale (91 persone);
- ▶ l'attivazione di ADI (inferiore a 10 casi).

Per gli assistiti a rischio “molto alto” i principali interventi sono gli stessi sopra rappresentati ma con una distribuzione più bilanciata:

- ▶ segnalazione ai servizi sociali e avvio di un percorso di valutazione (circa 50 casi);
- ▶ l'invito ad aderire ai programmi di gestione integrata per le patologie croniche (46 persone);
- ▶ percorsi per il miglioramento della *compliance* delle persone alla terapia (41 persone);
- ▶ l'attivazione dell'assistenza sociale (40 persone).

Questi numeri dimostrano come l'implementazione di un percorso di monitoraggio della popolazione supportato da una struttura di servizi solida come quella della CdS può portare ad una migliore presa in carico leggera della popolazione con l'obiettivo di evitare o rallentare episodi di acutizzazione di patologie da un lato e di situazioni di fragilità sociale dall'altro.

## 5.7 Conclusioni

Il tema dell'invecchiamento della popolazione e dei bisogni sempre più numerosi, complessi e articolati di cui gli anziani sono espressione è una delle più grandi sfide dei sistemi (sanitari) pubblici del prossimo futuro. Il capitolo, attraverso una estesa presentazione di dati, mostra alcuni fenomeni e possibili strategie per gestirle. La rete di welfare pubblico sociosanitaria e sociale, nonostante alcuni aumenti di attività degli anni più recenti (si vedano i dati 2016 relativi all'assistenza domiciliare integrata) è ancora troppo debole e poco estesa per riuscire a far fronte alla popolazione in condizioni di non autosufficienza. L'inadeguatezza della rete dedicata alla long term care trova conferma in un trend costante nel tempo (dal 2013 al 2016 senza modifiche) di ricorso al ricovero ospedaliero come boa di salvataggio delle famiglie attraverso schemi di accesso molto simili tra loro: accesso tramite PS in risposta a una situazione clinica non così compromessa da essere acuta ma ingestibile al domicilio. Le esperienze professionali dei clinici e manager coinvolti nel focus group di interpretazione dei dati presentate in questo capitolo hanno però messo in luce altri nodi critici nel sistema di presa in carico delle persone non autosufficienti, che sono almeno cinque. Il primo è il PS adibito in questo caso impropriamente a porta di accesso della presa in carico dell'anziano; il secondo è il reparto ospedaliero sia al momento dell'arrivo e permanenza dell'anziano durante il quale sarebbe necessario già avviare una valutazione sociale e sociosanitaria dell'anziano anche per preparare la famiglia alla dimissione, sia al momento della dimissione vera e propria che potrebbe essere utilizzata come anello di congiunzione tra due step della presa in carico, mentre nella maggior parte dei casi costituisce una interruzione, una messa in pausa dei percorsi attivati e attivabili. Il terzo snodo avviene nella rete dei servizi socio-sanitari e di riabilitazione che sono servizi riceventi ma anche invianti verso altri *setting*. Il tema del passaggio di consegne tra ospedale o territorio e questi servizi è fondamentale per sostenere la famiglia e garantire che il percorso dell'anziano sia continuo, mentre quello che accade più frequentemente è un azzeramento e ripartenza di tutto quanto costruito in precedenza (legami, abitudini, prassi terapeutiche etc.). Altro snodo riguarda servizi territoriali anche tramite MMG soprattutto per il monitoraggio delle situazioni non ancora conclamate e la prevenzione secondaria. Ultimo anello è la casa come *setting*

assistenziale che sempre più deve diventare un luogo di cura in relazione con gli altri oggi esistenti.

Se queste sono le aree da monitorare per la gestione del *transitional care*, nell'ultimo paragrafo 5.6, sono stati presentati due casi di possibili strumenti e soluzioni per migliorare i rapporti tra i nodi in particolare tra pronto soccorso e resto della rete (5.6.1) e tra territorio e resto della rete (5.6.2). Questi due casi non sono presentati come modelli da replicare o implementare ma come esempi di modalità di lavoro da cui trarre alcune considerazioni generali. In particolare: il caso del PS all'ospedale Maggiore di Bologna riporta al centro il tema del coordinamento tra professionisti e dell'importanza di formare figure dedicate all'integrazione tra *setting* che possano avere una visione ampia sul singolo caso e orientarlo verso la tipologia di presa in carico migliore. Questo accade senza sostituirsi ad altri *setting* o aggiungendo ulteriori servizi a una rete già ricca e complessa, ma piuttosto dedicando una risorsa a "fare ordine" nel sistema e a dare indicazioni puntuali sui percorsi. Nel secondo caso, Case della Salute, si è voluto evidenziare come il raccordo non possa avvenire direttamente tra rete ospedaliera e sociosanitaria, ma che debba esserci un anello di congiunzione intermedio che possa dare risposta a quei bisogni sanitari non così gravi e intensi da trovare collocazione in ospedale senza però perdere il presidio della componente sanitaria e allo stesso tempo abbastanza flessibile e simile professionalmente (per profili e modalità di lavoro) al settore sociosanitario da poterci dialogare in modo proficuo e avviare percorsi condivisi. Nei territori oggetto di studio queste necessità hanno trovato la forma delle iniziative presentate. Questo non necessariamente vuole dire che ogni realtà territoriale nel panorama italiano debba adeguarsi e adottare tale prospettiva, ma anzi vogliono essere degli esempi a partire dai quali immaginare le soluzioni migliori in ogni contesto a partire da quanto già localmente implementato.

## Bibliografia

- Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, 2019, *Analisi dell'impatto delle Case della Salute su indicatori di cura. Popolazione residente in Emilia-Romagna 2009-2016*.
- Barbabella, F., Poli, A., Chiatti, C., Pelliccia, L., Pesaresi, F., 2017, La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati., in: Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, VI Rapporto sulla Non Autosufficienza*, Maggioli Editore, Bologna.
- Fosti, G., Furnari, A., Longo, F., Notarnicola, E., Pirazzoli, A., 2016, Il sistema sociosanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi, *Rapporto Oasi 2016*, (a cura di) Cergas Bocconi, Egea: Milano.

- Fosti, G., Longo, F., Notarnicola, E., Pirazzoli, A., Rotolo, A., 2017, Risposta al bisogno sociosanitario e sociale: rete dei servizi e relazione con l'assistenza ospedaliera per gli anziani non autosufficienti, *Rapporto Oasi 2017*, (a cura di) Cergas Bocconi, Egea: Milano.
- Fosti, G., Longo, F., Notarnicola, E., Perobelli, E., Rotolo, A., 2018, Risposta al bisogno sociosanitario e sociale: mappatura della rete, del bisogno e percorsi tra sociale, sociosanitario e ospedale, *Rapporto Oasi 2018*, (a cura di) Cergas Bocconi, Egea: Milano.
- Gori, C., Rusmini, G., 2015, La rete dei servizi sotto pressione, in: Network Non Autosufficienza (a cura di), *V Rapporto sulla Non Autosufficienza*, Maggiori Editore, Bologna.
- ISTAT, 2019, *Spesa per interventi e servizi sociali – Anno 2016*, disponibile online <https://www.istat.it/it/archivio/225648>
- INPS, 2017, *Statistiche in breve. Lavoratori domestici. Anno di riferimento 2016*, disponibile online <https://www.inps.it/banchedatistatistiche/menu/domicili/StatInBreve.pdf>
- ISTAT, 2014, *Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione*, disponibile online <http://www.istat.it/it/archivio/144093>
- ISTAT, 2015, *Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi – Anno 2013*, disponibile online [http://www.istat.it/it/files/2015/07/Inclusione-sociale-persone-con-limitazioni-funzionali\\_def\\_240715.pdf?title=Limitazioni+funzioni%2C+invalidit%C3%A0%2C+cronicit%C3%A0+gravi++21%2Fflug%2F2015++Testo+integrale.pdf](http://www.istat.it/it/files/2015/07/Inclusione-sociale-persone-con-limitazioni-funzionali_def_240715.pdf?title=Limitazioni+funzioni%2C+invalidit%C3%A0%2C+cronicit%C3%A0+gravi++21%2Fflug%2F2015++Testo+integrale.pdf)
- Ministero della Salute, 2019, *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN - Anno 2016*, disponibile online: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2859\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2859_allegato.pdf)
- Notarnicola, E., 2018, I gestori del settore LTC: dati e trend, in: Fosti G., Notarnicola E., (a cura di), 2018, *L'innovazione e il cambiamento nel settore LTC. 1° Rapporto 2018 Osservatorio sulla Long Term Care*. Egea: Milano.
- Perobelli, E., Notarnicola, E., 2018, Il settore sociosanitario: bisogno, servizi, utenti e risorse tra pubblico e privato, in: Fosti G., Notarnicola E., (a cura di), 2018, *L'innovazione e il cambiamento nel settore LTC. 1° Rapporto 2018 Osservatorio sulla Long Term Care*. Egea: Milano.