



Workshop

**GOVERNARE LA CRONICITÀ:
QUALI POLITICHE E AZIONI PER GLI ANZIANI**

6 ottobre 2008

Convitto della Calza - Firenze

= * = * =

Programma

Lunedì 6 ottobre 2008

9.45 – 12.45

Coordina e introduce:

Antonio Bavazzano (Coordinatore del Centro di coordinamento della rete assistenziale delle persone con demenza, Regione Toscana)

SALUTI DI APERTURA

Carlo Ferri (Presidente, Fondazione Socialità e Ricerche Onlus)

GOVERNARE LA CRONICITÀ: QUALI POLITICHE E AZIONI PER GLI ANZIANI

Marco Trabucchi (Professore, Università di Roma Tor Vergata; Presidente del Comitato Scientifico-Fondazione Socialità e Ricerche Onlus)

Gianfranco Gensini (Professore Ordinario di Medicina Interna e Cardiologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Firenze)

LA RETE DEI SERVIZI PER GOVERNARE LA CRONICITÀ

Elio Guzzanti (Direttore Scientifico dell'IRCCS, Oasi di Troina - EN)

IL RUOLO DELLE AZIENDE SANITARIE PER IL GOVERNO DEL TERRITORIO

Walter Locatelli (Vice Presidente FIASO – Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere; Direttore Generale ASL, Provincia di Cremona)

IL RUOLO DELLE ISTITUZIONI LOCALI

Elena Carnevali (Assessore alle Politiche Sociali, Servizi alla persona, Migrazioni, Comune di Bergamo)

LE OPPORTUNITÀ DEL NO PROFIT

Stefano Zamagni (Professore Ordinario di Economia Politica, Università di Bologna)

Dibattito

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

INTERVENTO DELL'ASSESSORE ALLE POLITICHE SOCIALI E ALLO SPORT DELLA REGIONE TOSCANA

Gianni Salvadori



PRESENTAZIONE DI ANTONIO BAVAZZANO

AL WORKSHOP:

**GOVERNARE LA CRONICITÀ:
QUALI POLITICHE E AZIONI PER GLI ANZIANI**

6 ottobre 2008

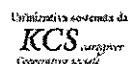
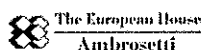
Convitto della Calza - Firenze

Riprodotta da The European House-Ambrosetti per esclusivo uso interno.



Governare la cronicità: quali politiche e azioni per gli anziani

Workshop
Convitto della Calza - Firenze
6 ottobre 2008



In Toscana vivono:

- **840000** persone di età ≥ 65 anni
- **80000** circa sono non autosufficienti
- **Il problema riguarda 1 famiglia su 5**

Elaborazione C.E.N.S.I.S. 14 luglio 2008

Assistenza continuativa a persone non autosufficienti (di età ≥ 65 anni)

-Persone assistite **30000** di cui:

•**2%** in centri diurni

•**44%** in RSA

•**55%** in assistenza domiciliare

Dati al 30.06.2008 cura del gruppo redazionale

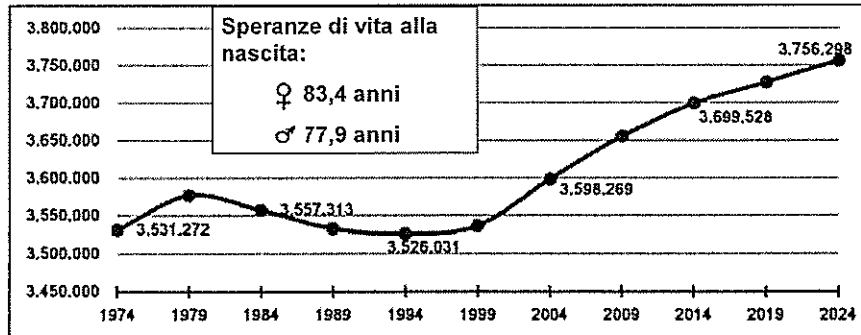
Stime anziani non autosufficienti al 31.12.04 – Per livello di non auto-sufficienza



Livelli di non autosufficienza	Gruppi d'età					Totale
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	
1-2 BADL	3.033	4.830	7.806	12.039	15.899	43.605
%	1.4	2.5	4.5	8.6	17.0	5.3 %
3 + BADL	1.732	3.226	6.018	10.636	17.585	39.197
%	0.8	1.6	3.4	7.6	18.8	4.7 %
Totale BADL (1 o +)	4.765	8.056	13.824	22.675	33.484	82.802
%	2.1	4.1	7.9	16.2	35.8	10.0 %

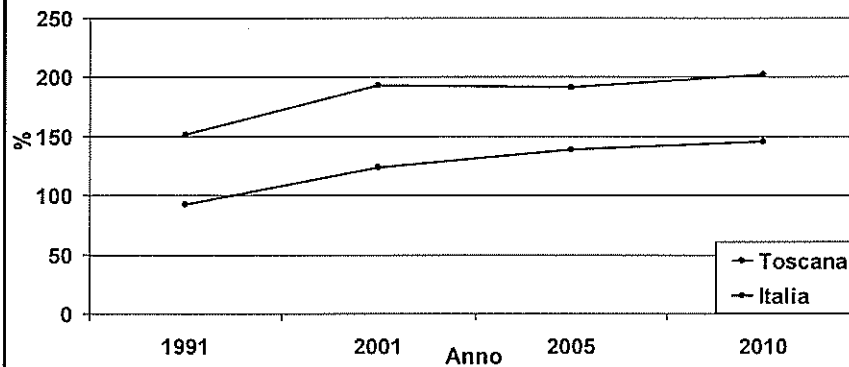
Fonte: Agenzia Regionale di Sanità - Dagli studi: ICARE-Dicomano, ILSA, INChianti.
Popolazione Toscana non istituzionalizzata al 31.12.2004

N°di abitanti dal 1974 al 2024:



Indice di vecchiaia: trend 1991 - 2010

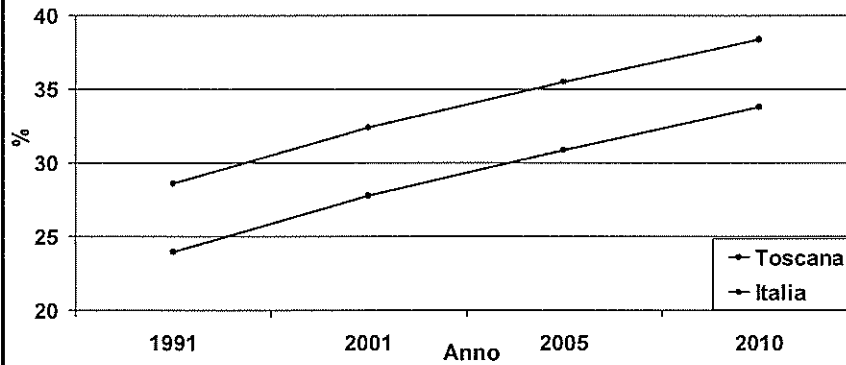
Rapporto percentuale fra popolazione di età ≥ 65 anni e 0-14 anni.



Indice di dipendenza senile 1991 - 2010

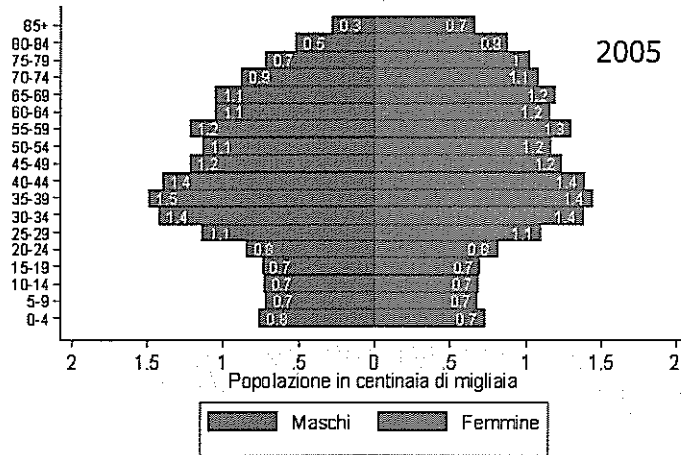


Rapporto tra popolazione di età ≥ 65 anni e quella in età attiva

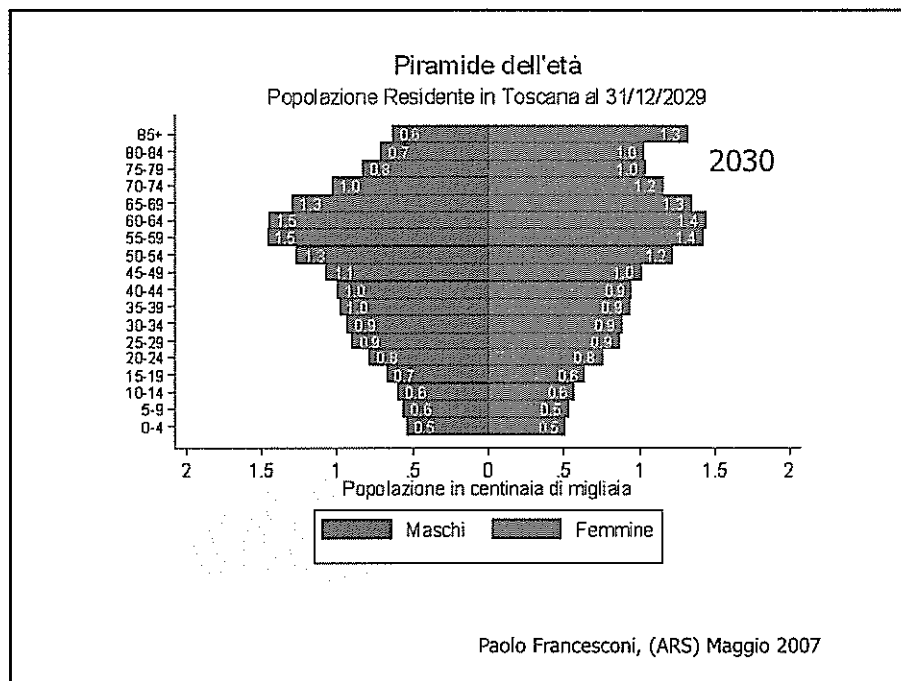


Piramide dell'età


Popolazione Residente in Toscana al 31/12/2004



Paolo Francesconi, (ARS) Maggio 2007



Stime anziani non autosufficienti al 2010 – 2030 - 2050

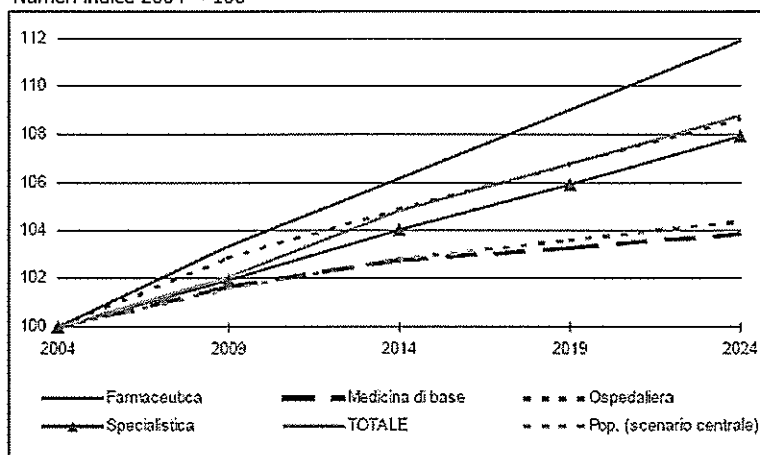


Totale	Anno 2010					Totale
	65-69	70-74	75-79	80-84	85 +	
Residenti	210.511	206.636	172.782	139.217	129.128	858.274
% disabili (1 + BADL)	2.1	4.1	7.9	16.2	35.8	11.1
Non autosufficienti	4.478	8.457	13.691	22.518	46.254	95.397
	Anno 2030					
Classe d'età	65-69	70-74	75-79	80-84	85 +	Totale
Residenti	263.964	218.572	187.028	173.598	195.432	1.058.594
% disabili (1 + BADL)	2.1	4.1	7.9	16.2	35.8	12.3
Non autosufficienti	5.615	8.946	14.819	28.819	70.004	127.463
	Anno 2050					
Classe d'età	65-69	70-74	75-79	80-84	85 +	Totale
Residenti	209.188	226.133	242.696	212.819	261.093	1.142.929
% disabili (1 + BADL)	2.1	4.1	7.9	16.2	35.8	14.1
Non autosufficienti	4.258	9.255	19.230	34.422	93.524	160.690

Fonte: Agenzia Regionale di Sanità - Dagli studi: JCARE-Dicomano, ILSA, INChianti .
Popolazione Toscana non istituzionalizzata al 31.12.2004

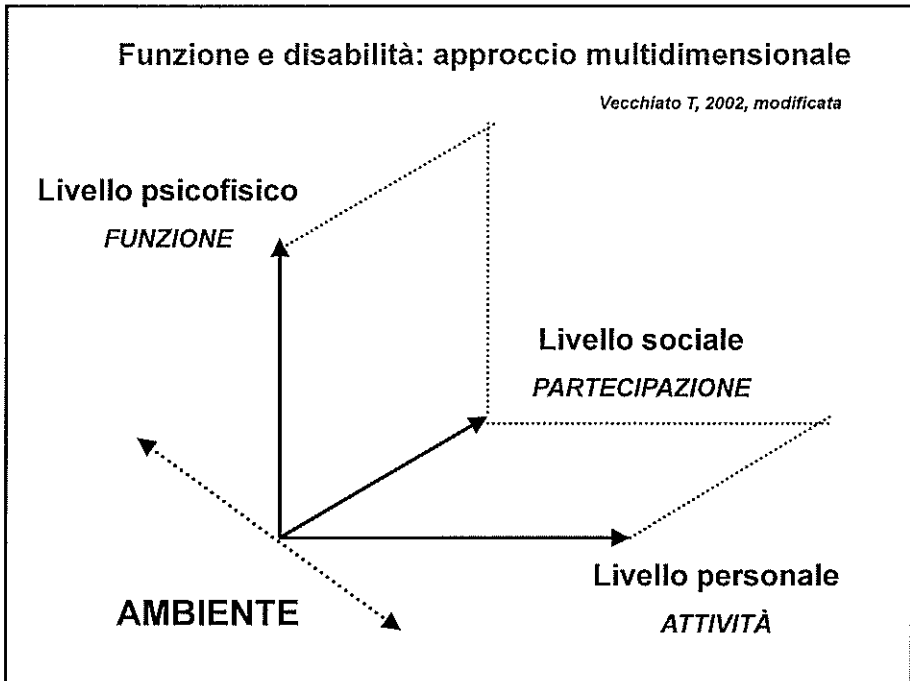
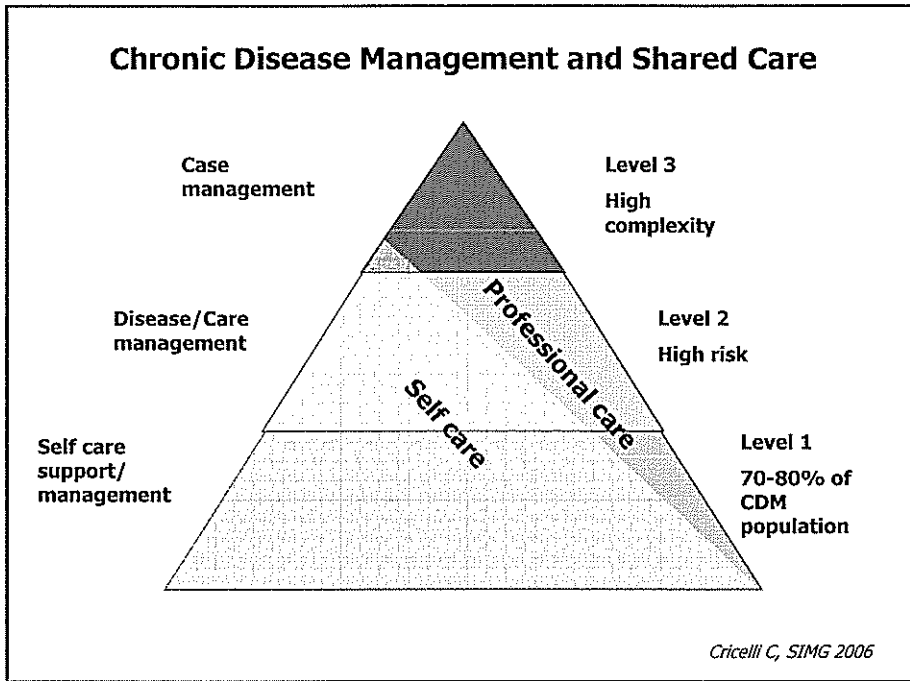
Effetti della dinamica demografica sulla spesa sanitaria in Toscana

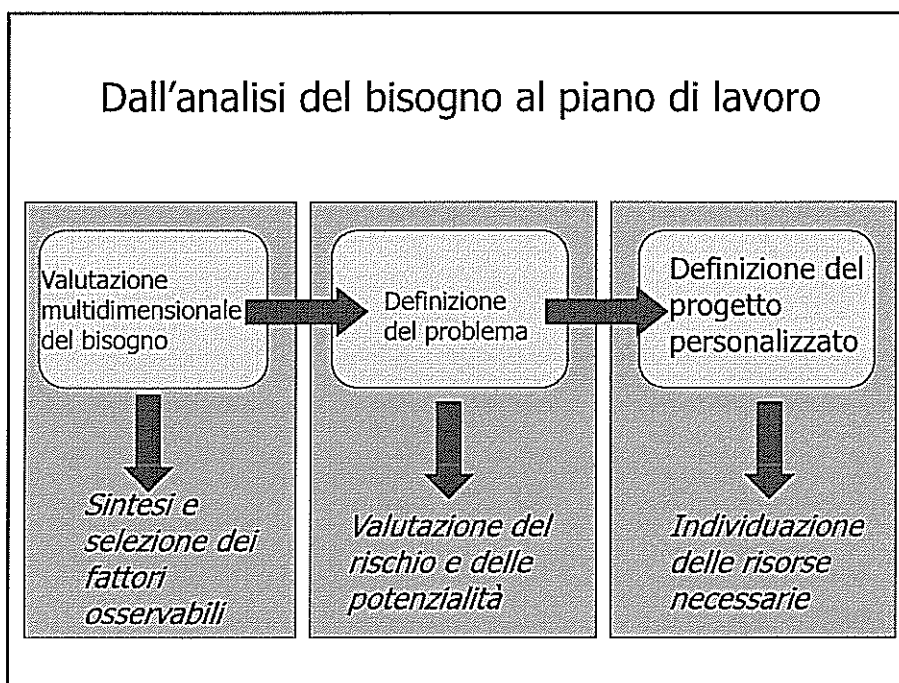
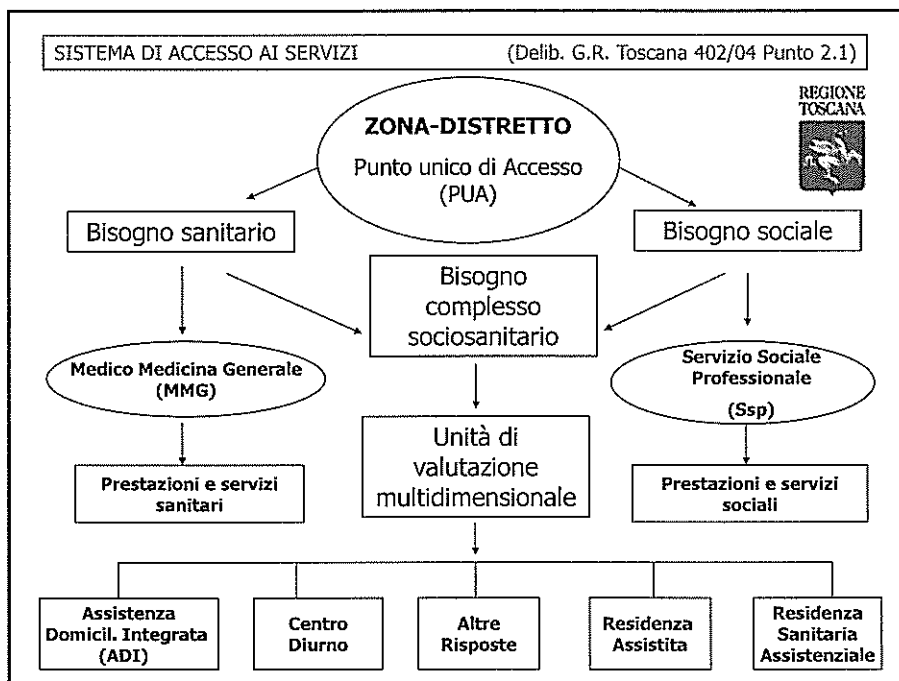
Spesa sanitaria pubblica in Toscana 2004-2024
 Numeri indice 2004 = 100

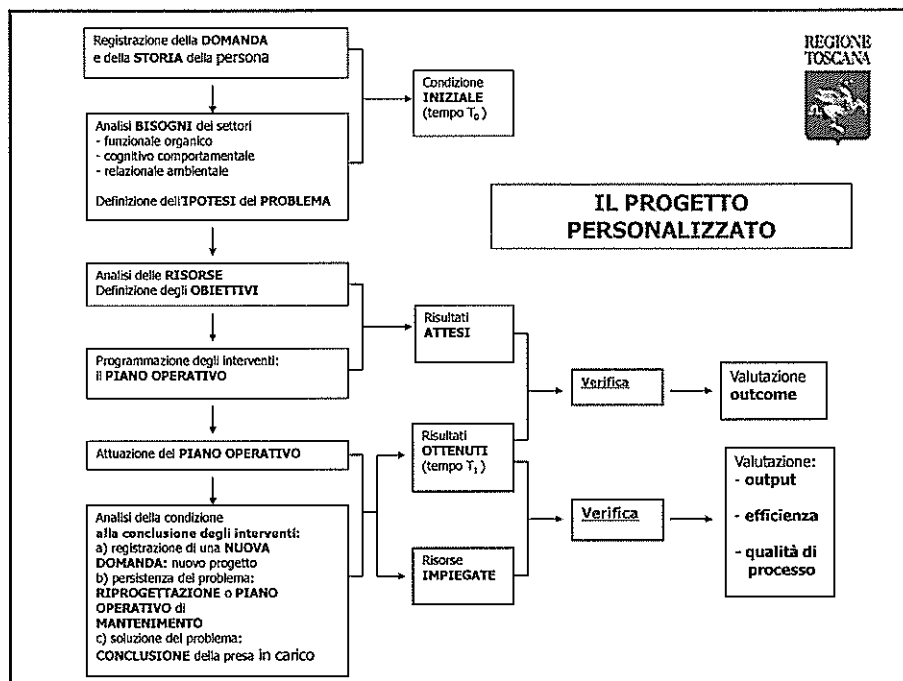


Fonte: stima IRPET 2006

Le premesse organizzative









PRESENTAZIONE DI MARCO TRABUCCHI

AL WORKSHOP:

**GOVERNARE LA CRONICITÀ:
QUALI POLITICHE E AZIONI PER GLI ANZIANI**

6 ottobre 2008

Convitto della Calza - Firenze

Riprodotta da The European House-Ambrosetti per esclusivo uso interno.

Governare la cronicità: quali politiche e azioni per gli anziani

Marco Trabucchi

La fiducia nella storia umana

- Il mondo invecchia, però la disabilità diminuisce
- La plasticità sociale ha permesso in questi 20 anni di superare il pessimismo dei numeri
- Non possiamo non dirci ottimisti

“Sono forse io custode di mio fratello?”

Zygmunt Bauman

3

Le nostre attenzioni

4

“Bisogna scegliere come dividere i 170.000 ingressi. Dare la prevalenza alle badanti per favorire le famiglie o ampliare i numeri per le imprese in cerca di manodopera?”

Il Sole 24 Ore 27.9.2008

La difficile organizzazione dei servizi

5



(Einaudi, 2008)

La sofferenza della mente del vecchio

6

**LA PERSONA
AFFETTA DA
DEMENTIA
IN OSPEDALE**

Marco Trabucchi

Carocci Faber

LE PROFESSIONI SANITARIE

2007

La medicina per le persone vulnerabili

7

La “terza economia”
L’economia dei sani per aiutare i fragili

8

Recognizing complexity, avoiding
oversemplication.

9

Dementia

A Word to Be Forgotten

Don I. Trachtenberg, DDS; John Q. Trojanowski, MD, PhD

Arch Neurol. 2008;65(5):593-595

10

The abuse of pharmacological restraints

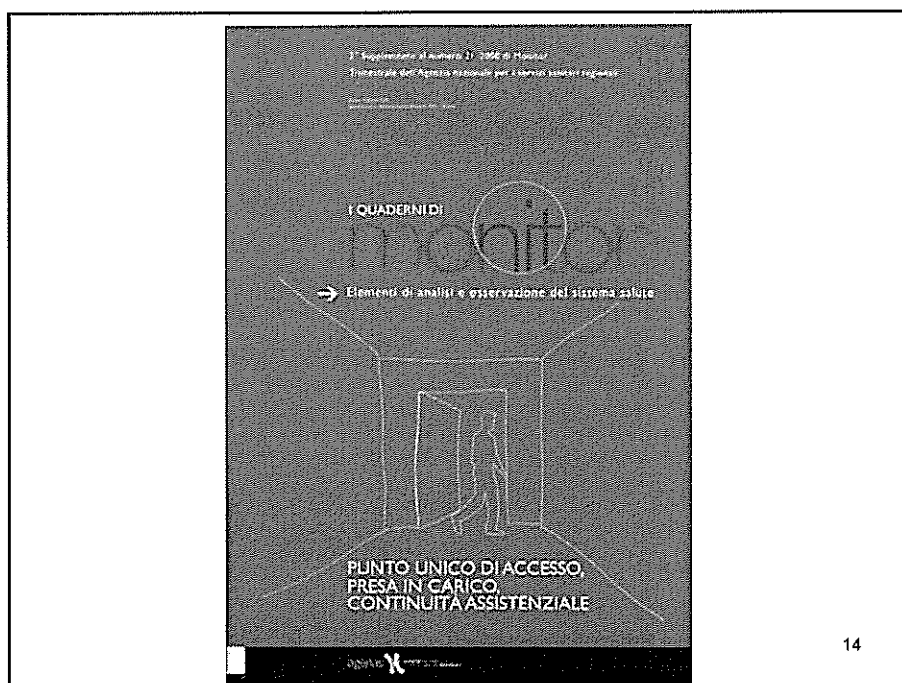
11

Only recognizing the expected life time we may perform adequate treatments.

12

La rete dei servizi

13



La complessità organizzativa: ruolo del medico di famiglia, le UVG, il rischio di burocratizzazione, la velocità nelle decisioni, ecc.

15

La complessità valutativa e clinica: polipatologia, disabilità, vulnerabilità.

16

Un futuro drammatico e difficile, ma
non incerto.

17



PRESENTAZIONE DI ELIO GUZZANTI

AL WORKSHOP:

**GOVERNARE LA CRONICITÀ:
QUALI POLITICHE E AZIONI PER GLI ANZIANI**

6 ottobre 2008

Convitto della Calza - Firenze

Riprodotta da The European House-Ambrosetti per esclusivo uso interno.

Forum "Governare la cronicità. Quali politiche e azioni per gli anziani"

La rete dei servizi per il governo della cronicità

Prof. Elio Guzzanti

Direttore Scientifico IRCCS "Oasi" di Troina (En)

Firenze, Convitto della Calza – 6 Ottobre 2008

Lo stato attuale e le prospettive dei servizi sanitari richiedono:

1. Una visione strategica della evoluzione demografica, biostatistica, epidemiologica e socioeconomica riferita a tutta la Nazione e alle realtà regionali e locali, per evidenziare la tipologia e il volume della domanda di assistenza sanitaria e sociosanitaria;
2. Una rete di servizi di sanità pubblica, per individuare e contrastare i fattori di rischio nel contesto delle condizioni socioeconomiche, culturali e ambientali dei singoli ambiti territoriali;
3. Una assistenza primaria che, a livello dei distretti, opera in team multiprofessionali per la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, il trattamento delle patologie acute di maggiore diffusione e di minore gravità, ma anche delle malattie croniche e delle disabilità, quando tali condizioni siano assistibili in ambulatorio, a domicilio o presso strutture residenziali;

4. Una rete ospedaliera nella quale i pazienti più complessi e/o con patologie meno comuni afferiscono ai centri di riferimento, sia per l'emergenza, sia per l'elezione. Al loro interno, tutti gli ospedali aggregano in dipartimenti le unità che svolgono attività omogenee ed hanno, quindi, come obiettivo una specifica produzione sanitaria;
5. Una rete di strutture e servizi riabilitativi, specializzati nei singoli ambiti della post-acuzie;
6. Una diffusione capillare dell'assistenza domiciliare sanitaria, sociosanitaria e palliativa;
7. Una distribuzione territoriale della residenzialità abitativa protetta, delle residenze sanitarie e sociosanitarie, e di *hospice* collegati all'assistenza domiciliare;
8. Una funzione organizzata di *case management* per la continuità assistenziale, cioè la percezione da parte dell'assistito che l'essere trasferito ad un altro servizio o struttura non comporta il ripetersi di domande e di esami diagnostici inutili, perché una corretta e formale comunicazione è avvenuta tra le parti interessate.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833
Istituzione del Servizio sanitario nazionale

Il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali e sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio.

Alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme nell'intero territorio nazionale mediante una rete completa di Unità sanitarie locali, quali complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni, singoli o associati, e delle Comunità montane in un ambito territoriale determinato.

Le Unità sanitarie locali si articolano in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833
Istituzione del Servizio sanitario nazionale

Le Regioni nell'ambito della programmazione sanitaria disciplinano con legge l'articolazione dell'ordinamento degli ospedali in dipartimenti, in base al principio dell'integrazione tra divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, a quello del collegamento tra servizi ospedalieri ed extraospedalieri, nonché a quello della gestione dei dipartimenti sulla base dell'integrazione delle competenze anche attraverso il lavoro di gruppo.

Tale disciplina tiene conto di quanto previsto dall'art. 34 della presente legge relativamente al dipartimento per la salute mentale, che comprende i servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno di ospedali generali nonché i presidi e servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica.

Dal punto di vista organizzativo, la medicina di base nella moderna concezione si differenzia dalla tradizionale figura del medico "solista" perché il medico di medicina generale ed il pediatra dovranno essere affiancati da un gruppo di altre figure professionali sanitarie, e dovranno avere la possibilità di un facile e pronto riferimento ad alcuni specialisti, in particolare l'ostetrico-ginecologo, il cardiologo, lo psichiatra e l'odontoiatra.

Se a tutto ciò si aggiunge la possibilità che personale dipendente da altri enti od organismi, quali assistenti sociali e gli addetti ai servizi di assistenza domiciliare, possa essere inserito in programmi congiunti di azione verso gli individui ed i gruppi vulnerabili ed a rischio, ecco completarsi la fisionomia del distretto che è la vera essenza della riforma sanitaria.

Fonte: Guzzanti E, Longhi T. *Medicina di base e medicina ospedaliera*. Federazione Medica 1985; 9:1005-1011 (editoriale).

A distanza di quasi vent'anni dalla prima convenzione uscita nel 1978 che segna il passaggio del rapporto giuridico dei medici generali dagli Enti Mutualistici alle Regioni, il D.P.R. 484/1996 introduce alcuni fondamentali elementi innovativi volti a trasformare questo rapporto da meramente istituzionale a concreta condizione professionale, mediante la puntuale elencazione dei compiti del medico del distretto.

Fonte: Bondonio P, Giustini SE, Panti A.

Il medico generale e l'uso efficiente delle risorse.

C.G. Edizioni Scientifiche, 1998

- Nel 2005 i ricoveri ospedalieri in Italia sono stati 12.563.673, con un tasso di ricoveri x 1000 abitanti pari a 203,6, che sale a 372,6 tra 65 e 74 anni e a 486 dopo i 75 anni.
- Nel 2006 l'ADI ha preso in carico 414.153 persone, 62.511 (12,2%) di età inferiore a 65 anni, 351.201 (84,8%) di 65 anni e oltre, pari a 2,98 per 100 anziani.
- Nel 2004 gli ospiti dei presidi residenziali socio-sanitari sono stati 292.200, dei quali:
 - 17.958 di anni 0-18
 - 50.794 di anni 18-64
 - 223.510 di anni 65 e oltre, pari a 1,95 per 100 anziani

Anziani assistiti in alcuni paesi OECD (percentuali)

	Domicilio	Residenza
Germania	8,4	4,3
Giappone	9,8	3,1
Inghilterra	8,0	4,5
Italia	2,9	2,0
Stati Uniti	14,0	5,1
Svezia	9,5	7,5

Sources: Trends in severe disability among elderly people, OECD 2007
Germany 2004, the European Observatory on Health Systems
Annuario Statistico del SSN 2005
Annuario Statistico ISTAT 2006
U.S. Census Bureau, 2006

Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" ISTAT - 2005

Persone che dichiarano malattie croniche

Nessuna malattia cronica:	57,2%
Almeno una malattia cronica grave ⁽¹⁾ :	13,1%
Tre o più malattie croniche:	13,3%

(1) Malattie croniche gravi:

Infarto del miocardio	Bronchite cronica
Diabete	Enfisema
Angina pectoris	Tumore maligno
Altre malattie del cuore	Parkinsonismo
Ictus	Alzheimer
Emorragia cerebrale	Demenze senili

Nell'indagine ISTAT-2005 la prevalenza dell'Alzheimer è di 0,50%, in netto contrasto con il rapporto "Alzheimer Europe 2006", che attribuisce all'Italia una prevalenza tra 1,40 e 1,55 (pari, rispettivamente a 820.462 – 915.713 persone), più elevata, quindi, rispetto alla media dell'UE che oscilla tra 1,14 e 1,27.

Alzheimer Europe sottolinea come "molte persone negli stadi precoci della demenza non sono ancora stati diagnosticati, e che qualche persona demente sfortunatamente non sarà mai diagnosticata".

Il problema non è nuovo, perché già nel 1981⁽¹⁾ si sottolineava come in Italia, rispetto ad altri Paesi, non si fosse data importanza alla nascente "psicogeriatría", che solo dal 2000 ha trovato la sua strada formale attraverso la fondazione dell'Associazione Italiana di Psicogeriatría (AIP).

(1) Fonte: Guzzanti E et al: "L'assistenza agli anziani e la Regione Lazio".

2 volumi editi a cura dell'Istituto di Ricerche Economico-Sociali "P. Martini", Roma 1981

Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" ISTAT - 2005

In Italia si calcola che siano oltre 2 milioni e 600 mila le persone, disabili, di cui 2 milioni tra gli anziani (76,9%) e 600 mila (23%) in persone di età inferiore ai 65 anni.

La disabilità è più diffusa nell'Italia Insulare (5,7%) e Meridionale (5,2%) rispetto al 4% del Nord.

Tali differenze sono ancora più evidenti nella popolazione anziana, in particolare in quella femminile che presenta percentuali del 30% nelle Isole, del 26,5% nel Sud e del 19,5% nel Nord Italia.

N.B. Le stime dell'ISTAT non comprendono le persone di età inferiore a 6 anni e quelle istituzionalizzate. Inoltre lo strumento di rilevazione utilizzato è stato costruito per studiare le limitazioni fisiche sul funzionamento delle persone, ed ha quindi il limite di sottostimare le persone con disabilità di tipo mentale.

Assistenza Distrettuale

<u>Anno 2007</u>		<u>Anno 2005</u>	
Medici di medicina gener.	45.626	Distretti	742
Pediatri di libera scelta	7.389	DSM	179
Medici di continuità assistenziale	15.013	SERT	545
Medici dell'emergenza territoriale	3.445	Farmacie	17.524
Medicina dei servizi	2.164	di cui 1.412 pubbliche	
Medici specialisti	13.453	Riab. ex art. 26	775 (27.486* posti r.)
Altre professionalità	584	Res. psichiatr.	1.552 (17.101* posti r.)
Farmacisti	65.000	Res. anziani	4.516 (227.315* posti r.)
TOTALE	152.674	TOTALE	271.902

L'Assistenza Primaria in Italia:

considerazioni e proposte di Meridiano Sanità

- Per rispondere ai principi di universalità e di dignità e centralità del cittadino, l'Assistenza Primaria è, nell'ambito del Distretto, il primo, fondamentale e costante punto di contatto della persona assistita con il SSN.
- Le attività e i servizi forniti dall'Assistenza Primaria devono perciò essere accessibili agevolmente, sia in termini di distanza sia di orari di fruibilità giornaliera e nel corso dell'anno.
- Con l'obiettivo di integrare nell'ambito territoriale di riferimento gli interventi sanitari e socio-sanitari, l'Assistenza Primaria, fermo restando il rapporto fiduciario tra medico ed assistito, adotta il modello di lavoro multiprofessionale.

- In tal modo, i Medici di Medicina Generale, i Medici di Continuità Assistenziale, i Medici della Medicina dei Servizi e i Pediatri di Libera Scelta, operando unitamente alle altre figure professionali sanitarie, erogano prestazioni appropriate, per qualità, sicurezza e tempestività ed hanno la opportunità della valutazione congiunta delle prestazioni erogate, della formazione continua e dello svolgimento di attività di ricerca.
- Nelle forme organizzative assunte in relazione alle specificità locali, l'Assistenza Primaria collabora con l'emergenza territoriale, con i dipartimenti di prevenzione e di salute mentale e con le attività e i servizi territoriali di specialistica ambulatoriale e di farmacia, e stabilisce formali rapporti con gli ospedali per favorire la pre-ospedalizzazione e la dimissione protetta.

- A tali fini è essenziale l'integrazione e lo scambio di informazioni, anche tecnologica, tra le diverse figure operanti in ambiti e servizi diversi, per coordinare le attività di promozione e di educazione alla salute, di prevenzione, di diagnostica, di cura e di riabilitazione.
- Per quanto riguarda la continuità assistenziale, ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, in particolare nelle condizioni di cronicità e/o non autosufficienza, l'Assistenza Primaria opera congiuntamente alle attività e ai servizi sociali, socio-assistenziali ed educativi operanti nel territorio.
- Nella considerazione che nella grande maggioranza dei casi i decessi avvengono presso il domicilio eletto dalla persona assistita, l'Assistenza Primaria fornisce la complessiva assistenza necessaria nelle singole circostanze che conducono alle fasi terminali della vita, anche con l'ausilio di attività e servizi a ciò dedicati.

Il lavoro in team nell'ambito dei Distretti può essere effettuato dalle UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria, Conferenza Stato-Regioni 2004; Casa della Salute, Ministero della Salute 2007), ma anche secondo altre soluzioni e denominazioni che individuino un gruppo di più medici convenzionati e di altri professionisti sanitari e sociali che, preferibilmente in una sede unica, assicurino un'attività estesa a tutte le ore diurne e lungo tutto l'anno. Occorre, perciò, riconsiderare ed incentivare i liberi professionisti che operano in convenzione nel Distretto perché aderiscano ad una nuova organizzazione che, a titolo di esempio, sappia affrontare le criticità presentate dagli anziani in occasione delle "ondate di calore", e sia in grado di assistere sul territorio le persone che al Pronto Soccorso ospedaliero sono registrate come "codici bianchi", ed eventualmente anche una parte dei "codici verdi".

Per fare questo, però, deve esistere una sede fisica dotata di personale e dei supporti diagnostici essenziali, che osservi orari adeguati alle esigenze dei cittadini e che in termini di costo/efficacia e costo/beneficio presenti risultati positivi.