

Tabella 2.19. Numero pazienti iscritti, tempo medio di attesa in anni e percentuale di decesso in lista per tipologia di trapianto

	Rene	Fegato	Cuore	Pancreas	Polmone
Pazienti	7.021	1.314	728	260	345
Tempo attesa in lista (anni)	3,01	2,04	2,36	3,25	1,86
% decesso in lista	1,46	6,55	8,08	0,3	11,49

Fonte: Centro Nazionale Trapianti – Sistema Informativo Trapianti.

sta d'attesa è passata per il trapianto di rene dall'1,5% del 2009 all'1,46% del 2010, per il trapianto di fegato dal 5,4% del 2009 al 6,55% del 2010, per il trapianto di cuore dal 10,1% del 2009 all'8,08% del 2010, per il trapianto di polmone dal 14,7% del 2009 all'11,49% del 2010, per il trapianto di pancreas dall'1,2% del 2009 allo 0,3% del 2010. Va precisato che la mortalità si riferisce ai soli pazienti deceduti in lista d'attesa. Questi dati confermano un quadro sostanzialmente stabile, attestato dalla durata media dei tempi di attesa, sostanzialmente identica rispetto al 2010. La migrazione di

pazienti dalle Regioni meridionali verso quelle settentrionali costituisce tuttora un fenomeno rilevante (Tabella 2.20).

2.6.5. Indicazioni per la programmazione

I risultati ottenuti in questi anni hanno permesso al sistema trapianti italiano di raggiungere standard di assoluta eccellenza a livello sia europeo sia mondiale. Tuttavia, la rete trapiantologica deve fronteggiare nuove sfide che riguardano sia gli aspetti

Tabella 2.20. Numero trapianti complessivi e relativa percentuale per residenza e per Regione di trapianto (Anno 2010)

Regione	TX	% in Regione	% fuori Regione
Abruzzo	27	70,40%	29,60%
Basilicata	3	66,70%	33,30%
Calabria	19	100,00%	0,00%
Campania	112	98,20%	1,80%
Emilia Romagna	273	59,20%	40,80%
Friuli Venezia Giulia	102	64,10%	35,90%
Lazio	265	67,90%	32,10%
Liguria	76	65,80%	34,20%
Lombardia	624	74,50%	25,50%
Marche	78	44,10%	55,90%
Molise	0	ND	ND
Piemonte	378	69,60%	30,40%
PA di Bolzano	0	ND	ND
PA di Trento	0	ND	ND
Puglia	76	93,40%	6,60%
Sardegna	64	100,00%	0,00%
Sicilia	172	90,60%	9,40%
Toscana	223	56,10%	43,90%
Umbria	10	90,00%	10,00%
Valle d'Aosta	0	ND	ND
Veneto	374	58,30%	41,70%
Italia	2.876	70,30%	29,70%

ND, non disponibile.

Fonte: Centro Nazionale Trapianti – Sistema Informativo Trapianti.

organizzativi sia quelli che riflettono trend nazionali, come il richiamato aumento dell'età media dei donatori.

Fra le criticità “strutturali” si segnalano la carenza di personale sanitario, gli scarsi incentivi per chi si occupa delle procedure finalizzate alla donazione, la difficoltà delle direzioni sanitarie di rispondere in modo efficace alle richieste provenienti dai dipartimenti ospedalieri coinvolti nel processo di donazione. Su questi aspetti, il CNT ha già sottoposto all'attenzione del Ministero della Salute e delle Regioni possibili interventi finalizzati a migliorare l'organizzazione.

La RNT si propone quindi i seguenti obiettivi:

- il mantenimento del numero di donazioni e di trapianti ai primi posti in Europa;
- il miglioramento continuo della qualità degli interventi attraverso tecniche innovative in grado di ampliare il pool dei donatori marginali;
- la riduzione della disomogeneità esistente nell'attività di donazione tra Nord e Sud;
- la verifica del puntuale recepimento e dell'applicazione di Linee guida, protocolli e programmi nazionali;
- la promozione di campagne di informazione e sensibilizzazione rivolte ai cittadini;

- il prosieguo delle attività di cooperazione internazionale tra l'Italia, i Paesi europei e quelli che si affacciano sul mediterraneo.

Inoltre, alla luce della diminuzione del numero di trapianti registrata quest'anno, verrà valutata l'efficacia di strategie combinate dedicate alle gravi insufficienze d'organo, nelle quali vengono messi in rete gli organi artificiali, i trapianti e in prospettiva le applicazioni della ricerca sulle cellule staminali.

Bibliografia essenziale

Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali 16 aprile 2010, n. 116 recante “Regolamento per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi da donatore vivente”. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 26 luglio 2010, n. 172

D.Lgs. 16 del 25 gennaio 2010, recante “Attuazione delle Direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE, che attuano la Direttiva 2004/23/CE per quanto riguarda le prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani, nonché per quanto riguarda le prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani”. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 18 febbraio 2010, n. 40

2.7. Servizi trasfusionali

2.7.1. Introduzione

Il sistema trasfusionale italiano è cardine essenziale per il funzionamento del sistema sanitario nazionale in quanto erogatore di prestazioni che supportano le aree di medicina, di chirurgia, di urgenza ed emergenza e di alta specialità, svolgendo anche un ruolo di prevenzione a tutela della salute dei cittadini. L'emanazione della Legge 219 del 21 ottobre 2005 (Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati) ha rappresentato un fattore innovativo e propulsivo nel panorama generale del servizio sanitario, in quanto ridisegnando l'assetto del sistema

trasfusionale ha raccolto l'esigenza della definizione di un modello organizzativo a livello centrale, realizzatosi con gli organismi di coordinamento nazionali (Consulta tecnica permanente per il sistema trasfusionale e Centro Nazionale Sangue, CNS) e regionali (strutture regionali di coordinamento delle attività trasfusionali), che hanno reso concreta la possibilità di realizzare principi e obiettivi fondamentali, nel rispetto anche degli obblighi derivati dalla legislazione comunitaria intervenuta nel settore, attraverso l'adozione di svariati provvedimenti applicativi della Legge stessa.

In particolare, la trasposizione nell'ordinamento interno delle disposizioni europee

(D.Lgs. 261/2007, che ha recepito la Direttiva 2002/98/CE e i D.Lgs. 207/2007 e 208/2007, che recepiscono, rispettivamente, le Direttive tecniche 2005/61/CE e la Direttiva 2005/62/CE applicative della Direttiva 2002/98/CE) ha imposto in modo impellente la necessità di adeguare le strutture trasfusionali e le unità di raccolta ai requisiti europei. Con l'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 (in attuazione dell'art. 19 della Legge 219/2005), dopo un complesso percorso intrapreso con le Regioni e coordinato dal CNS, sono stati definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e il modello per le visite di verifica da effettuarsi da parte delle Regioni, ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs. 261/2007. L'attuazione di tale Accordo rappresenta un ulteriore elemento di qualificazione di tutto il sistema trasfusionale, a garanzia della qualità e sicurezza del sangue, degli emocomponenti e dei medicinali derivati dal plasma nazionale.

In termini di diretta ricaduta sulla rete assistenziale trasfusionale, si evidenzia che, nel 2010, grazie anche all'implementazione del SISTRA (Sistema informativo dei Servizi Trasfusionali) e al coordinamento da parte del CNS, è stato adottato il terzo Programma annuale di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti, rivelatosi quale elemento fondamentale per il coordinamento della rete, la promozione dell'appropriatezza dei consumi e della qualità e sicurezza dei prodotti e delle prestazioni erogate.

Per quanto riguarda, invece, il settore della conservazione del sangue da cordone ombelicale, in attuazione dell'art. 10, comma 3 della Legge 219/2005, si è provveduto all'istituzione della Rete nazionale di banche per la conservazione di sangue ombelicale ai fini di trapianto (DM 18 novembre 2009), coordinata dal CNS e CNT. Sono stati conseguentemente definiti anche i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi delle banche di sangue cordonale, afferenti alla Rete nazionale, con l'Accordo Stato-Regioni del 29 ottobre 2009.

Il quadro normativo afferente alla conservazione del sangue da cordone ombelicale è stato poi completato con il Decreto 18 no-

vembre 2009 che, riassorbendo i contenuti delle Ordinanze ministeriali in materia susseguitesi negli ultimi anni, ha fornito le disposizioni per la conservazione di sangue da cordone ombelicale per uso autologo-dedicato, sul territorio nazionale, nelle strutture trasfusionali pubbliche; al Decreto è allegato, inoltre, l'elenco che identifica le indicazioni cliniche per le quali è consolidato l'uso per il trapianto di cellule staminali ematopoietiche, con comprovata documentazione di efficacia, per le quali è opportuna la raccolta dedicata di sangue cordonale.

A tutt'oggi è in corso un'intensa attività da parte degli Organismi e Istituzioni coinvolti per la prosecuzione dei lavori finalizzati ad attuare il complesso iter applicativo della Legge 219/2005, con particolare riferimento al tema della produzione di emoderivati da plasma nazionale e la regolamentazione dell'importazione ed esportazione del sangue e dei suoi prodotti.

2.7.2. Esposizione e valutazione critica dei dati

I dati consolidati pubblicati dal CNS (*Tabella 2.21*) indicano che nel 2008 hanno donato in totale 1.619.143 donatori, con un incremento del 3,2% rispetto all'anno precedente, confermando il trend in crescita osservato negli ultimi anni. È stato osservato un incremento dei donatori nuovi pari al 5%; si precisa che in questi donatori sono compresi donatori che non avevano mai donato prima e donatori che avevano donato in passato in un periodo di tempo superiore a due anni, in quanto in Italia tali donatori vengono considerati nuovi, mentre questi ultimi nel resto d'Europa vengono definiti donatori "repeat" e quindi non nuovi. Sono aumentati del 3% i donatori di aferesi che donano anche sangue intero e del 2,5% i donatori che donano solo mediante procedure aferetiche; i donatori di aferesi hanno caratteristiche relativamente diverse in quanto si sottopongono a una pratica che richiede tempi di prelievo maggiori e conseguente maggiore impegno; tale incrementi assumono notevole rilievo come

Tabella 2.21. Indicatori relativi al periodo 2007-2008

	2007	2008	Variazione
Strutture trasfusionali rispondenti	284	281	-1,1
Donatori totali	1.569.346	1.619.143	3,2
Donatori periodici totali	1.290.338	1.326.062	2,8
Donatori nuovi	279.008	293.081	5,0
Donatori di aferesi	215.224	221.905	3,1
Donatori di sola aferesi	115.464	118.301	2,5
Unità di sangue intero raccolto	2.451.718	2.526.561	3,1
Emazie non utilizzate	125.216	119.308	-4,7

Fonte: Indagine conoscitiva e analisi delle principali attività del sistema trasfusionale italiano anni 2007-2008. Rapporti ISTISAN 10/13.

indice di flessibilità e diversificazione della raccolta, nonché di positiva risposta agli obiettivi di produzione del plasma da inviare alla lavorazione farmaceutica.

A livello nazionale si osserva un progressivo incremento dei donatori totali, per quanto con notevole variabilità tra regioni (Figura 2.7), con un massimo di 41,5 donatori per 1.000 abitanti in Friuli Venezia Giulia e

un minimo di 18,7 in Campania. Nel 2008 sono state raccolte 2.526.561 unità di sangue intero, con un incremento del 3,1% rispetto al 2007, confermando il trend in crescita osservato negli anni precedenti. L'analisi del numero di unità donate per 1.000 abitanti nelle Regioni (Figura 2.8) indica una forte variabilità, con un massimo di circa 60 unità per 1.000 abitanti donate in Emilia

Figura 2.7. Distribuzione regionale del numero di donatori totali nel 2007 e 2008 (per 1.000 abitanti).

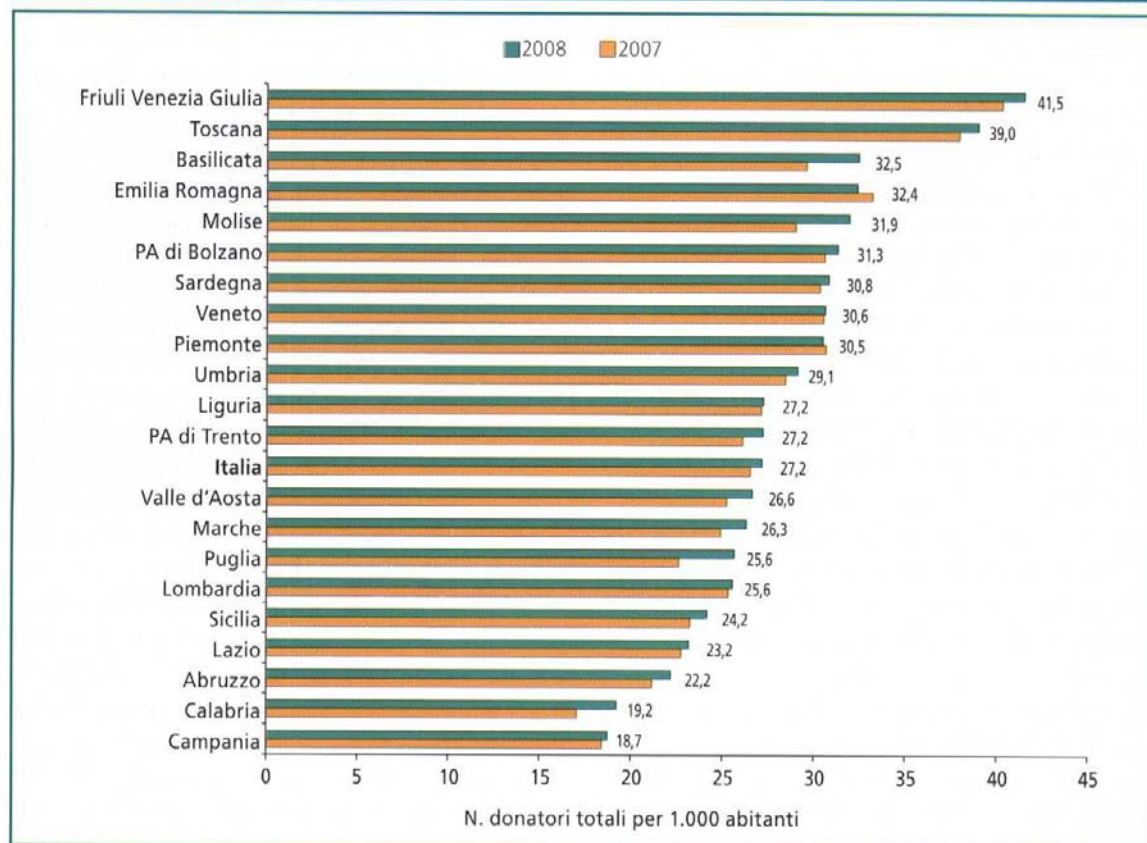
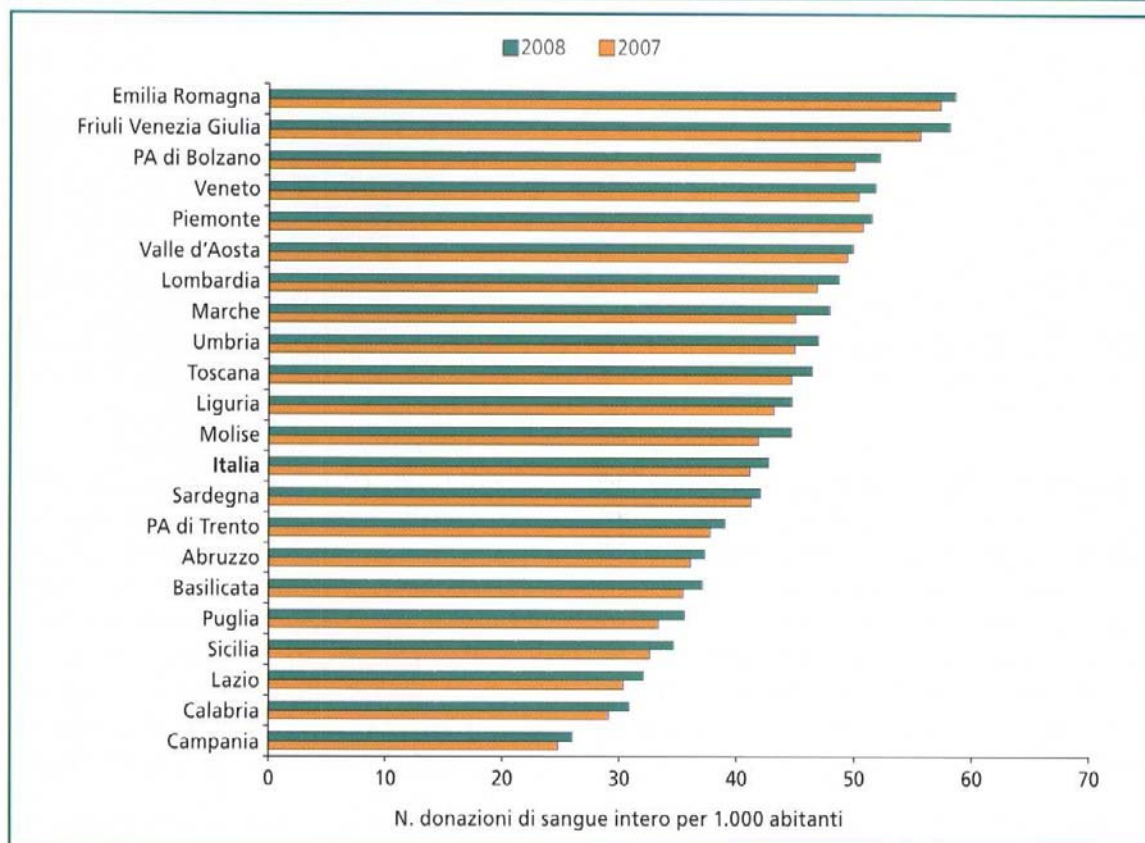


Figura 2.8. Distribuzione regionale del numero di donazioni di sangue intero (per 1.000 abitanti).



Romagna e un minimo di 26 unità per 1.000 abitanti in Campania. Per il 2009 è stata stimata una produzione di unità di globuli rossi pari a 2.547.380 e per il 2010 una previsione di incremento pari al 2% (Tabella 2.22). Per il 2009 e il 2010, pertanto, si registrano indici di produzione di globuli rossi rispettivamente pari a 41,5 e 42,5 unità per 1.000 abitanti (calcolati sulla popolazione residente), in linea con gli standard internazionali. La stima dei consumi prevede un indice di 42,3 unità per 1.000 abitanti per il 2009 e di 42,9 per il 2010, con un incremento dell'1,4%. È stata infine programmata una riduzione di unità non utilizzate del 4,7%; va considerato che le unità non utilizzate rappresentano solo il 4% delle emazie prodotte e il trend prevede un'ulteriore diminuzione di tale percentuale.

Per quanto concerne il plasma da inviare alla lavorazione industriale per la produzione di farmaci emoderivati (vedi Tabella 2.22), per il 2009 sono stati inviati 682.863 kg, pari a 11,4 kg per 1.000 abitanti. Per il

2010 è stata espressa una previsione di 698.275 kg, pari a 11,6 kg per 1.000 abitanti e a un incremento del 2%.

Sia per quanto concerne la produzione e il consumo di unità di globuli rossi, sia per l'invio di plasma alla lavorazione farmaceutica, le informazioni a consuntivo recentemente rilevate confermano che il sistema sangue nazionale ha pienamente centrato le stime e gli obiettivi formulati nel Programma 2010.

È a tutt'oggi da rilevare, tuttavia, che non tutte le Regioni sono in grado di garantire con la propria attività di raccolta del sangue il necessario approvvigionamento; pertanto, sono necessari accordi inter-regionali affinché le Regioni in grado di raccogliere sangue in misura eccedentaria rispetto alle esigenze interne possano compensare le Regioni carenti. Ne consegue che l'auto-sufficienza a livello nazionale è criticamente garantita dagli scambi compensativi inter-regionali programmati e dagli scambi occasionali conseguenti a carenze imprevi-

Tabella 2.22. Programma annuale di autosufficienza 2010: indicatori relativi al periodo 2009-2010

	2009	Previsione 2010	Variazione
N. unità di globuli rossi: produzione	2.547.380	2.597.584	2,0%
N. unità di globuli rossi: consumo	2.542.912	2.586.244	1,7%
Produzione unità globuli rossi per 1.000 abitanti	42,5	43,0	1,2%
Consumo unità globuli rossi per 1.000 abitanti	42,3	42,9	1,4%
Emazie non utilizzate	102.019	97.190	-4,7%
Invio plasma a lavorazione farmaceutica (kg)	682.863	698.275	2,3%
Kg plasma inviati industria per 1.000 abitanti	11,4	11,6	1,8%

Fonte: Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi derivati per l'anno 2010 – Decreto del Ministro della Salute 20 gennaio 2011.

ste. L'istituzione e la funzione di coordinamento nazionale svolta dal CNS hanno ampiamente facilitato tali scambi, che sono divenuti oggetto di programmazione su base annuale. Attualmente sono 3 le Regioni che presentano carenze strutturate: Sardegna, Lazio e Sicilia. La Sardegna non potrà probabilmente mai raggiungere l'autosufficienza regionale in ragione dell'altissimo numero di pazienti affetti da emopatie congenite (per lo più talassemici) presente nel proprio territorio, che contribuisce a determinare il più alto fabbisogno trasfusionale regionale (> 60 unità per 1.000 abitanti a fronte di una media nazionale di 42,9), anche se nella Regione esiste un buon livello di donazione (42,5 unità per 1.000 abitanti), in linea con la media nazionale. Diversa è la situazione della Sicilia, e in particolare del Lazio, dove ancora esistono significativi margini di miglioramento degli indici di raccolta del sangue.

Nel complesso, il sistema sangue italiano si conferma in grado di mantenere stabilmente l'autosufficienza di emocomponenti labili a uso trasfusionale, seppure facendo ancora registrare alcuni momenti di criticità delle scorte, in particolare nel periodo estivo. Fra l'altro, occorre evidenziare che il sistema sangue, anche grazie al coordinamento del CNS, al contributo delle Strutture regionali di coordinamento e a un efficiente lavoro di collaborazione interdisciplinare, ha efficientemente presidiato e superato due momenti di importante criticità, rappresentati dagli eventi epidemici da virus Chikungunya e West Nile verificatisi in Emilia Romagna, rispettivamente nel 2007 e 2008.

In merito ai consumi di globuli rossi, i relativi indicatori attestano un progressivo ma modesto incremento, da ritenersi compatibile con l'aumento del livello di senescenza della popolazione e con la complessiva crescita qualitativa dei trattamenti medici e chirurgici. Occorre evidenziare, comunque, che i consumi nazionali, prendendo a riferimento i Paesi europei comparabili per sviluppo e tenore socioeconomico, risultano sostanzialmente allineati a quelli di Francia, Spagna e Gran Bretagna, facendo parte di un gruppo con consumi significativamente più "virtuosi" rispetto alla Germania e ai Paesi scandinavi.

Per quanto concerne la produzione di plasma da inviare alla lavorazione farmaceutica e l'autosufficienza di prodotti emoderivati:

- la produzione italiana (oggi pari a 700.000 kg/anno e in costante crescita) si attesta, in numeri assoluti, al secondo posto a livello europeo, dopo la Germania; in termini di produzione per 1.000 abitanti persiste un fortissimo divario fra Regioni (da oltre 21 kg per 1.000 abitanti/anno del Friuli Venezia Giulia a 3,4 kg per 1.000 abitanti/anno della Campania, con una media nazionale 2009 di 11,6); tutte le Regioni del Centro-Sud (Umbria, Abruzzo, Lazio, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna) fanno registrare un livello di produzione inferiore alla media nazionale, con le punte più basse in Lazio e Campania; i più alti indici di produzione sono appannaggio di Friuli Venezia Giulia, Valle

d'Aosta, Marche ed Emilia Romagna;

- il grado di autosufficienza di farmaci emoderivati è variabile secondo il tipo di farmaco; con riferimento ai due farmaci *driver*, si registra un livello di autosufficienza di circa il 45% per l'albumina e 70% per le immunoglobuline aspecifiche per via endovenosa. Per quanto concerne l'albumina, tuttavia, occorre evidenziare che esiste certamente un ampio margine di consumo inappropriato, prevalentemente presente nelle Regioni Centro-Meridionali.

2.7.3. Indicazioni per la programmazione

Le metodologie adottate per la definizione del programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti emanato per la prima volta nel 2008 hanno permesso di stimare con un eccellente grado di approssimazione (confermato, oggi, dalle rilevazioni dei risultati) le informazioni fondamentali e formulare le previsioni per una programmazione regionale e nazionale a garanzia dei LEA trasfusionali. L'attivazione del SISTRA ha introdotto strumenti e informazioni di sistema fino a oggi mai resi disponibili, consentendo, dal 2009, di affinare e anticipare i processi di programmazione annuale e di pianificare più adeguatamente le relative azioni di monitoraggio e verifica.

Gli obiettivi del sistema sangue nazionale di breve e medio termine, oltre a presidiare gli elementi basilari per l'autosufficienza regionale e nazionale, dovranno prendere in considerazione:

- l'esigenza di ridurre il *gap* Nord-Sud, con riferimento, in particolare, all'evoluzione delle generali capacità assistenziali delle Regioni del Centro-Sud e insulari; al riguardo occorre rilevare che, oggi, almeno 5 Regioni del Sud sono autosufficienti per gli emocomponenti labili a uso trasfusionale in ragione di una significativa mobilità sanitaria verso le Regioni del Centro-Nord, che interessa molte prestazioni a elevato impegno assistenziale che, di per sé, richiedono un rilevante supporto trasfusionale;
- interventi specifici volti a presidiare i momenti di criticità delle scorte durante la stagione estiva, anche prevedendo l'organizzazione di scorte strategiche "dinamiche" presso 2-3 Regioni, da mobilitare prontamente in caso di necessità, con il coordinamento del CNS;
- un'analisi approfondita dei fabbisogni appropriati dei principali farmaci emoderivati e degli endpoint per la programmazione della produzione di plasma da inviare alla lavorazione farmaceutica, oltre a interventi volti a promuovere diffusamente l'appropriatezza dell'utilizzo clinico di questi farmaci; tali iniziative saranno auspicabilmente intraprese nell'ambito della definizione del DM di cui all'art. 26, comma 2, del D.Lgs. 261 del 20 dicembre 2007;
- l'applicazione dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici minimi dei servizi trasfusionali ospedalieri e delle unità di raccolta del sangue territoriali, come previsto dall'art. 19 della Legge 219/2005, definiti con l'accordo Stato Regioni, atti n. 242/CSR del 16 dicembre 2010, che hanno come obiettivi cardine l'armonizzazione dei requisiti già previsti dalle disposizioni normative nazionali con quelli previsti dai più recenti provvedimenti normativi di matrice europea e la revisione condivisa del sistema ispettivo regionale e nazionale;
- l'evoluzione tecnico-scientifica della medicina trasfusionale, con particolare riferimento alla qualità e sicurezza dei prodotti e delle prestazioni erogate dai servizi trasfusionali, nonché alle attività svolte dagli stessi nell'ambito della raccolta e conservazione delle cellule staminali emopoietiche, ivi incluse le banche di sangue da cordone ombelicale che, per l'80%, sono operanti all'interno di servizi trasfusionali;
- il rafforzamento della promozione della donazione del sangue e dei suoi componenti e interventi finalizzati alla fidelizzazione dei donatori e al progressivo abbattimento delle donazioni occasionali,

in collaborazione con le associazioni e federazioni dei donatori operanti sul territorio nazionale.

Bibliografia essenziale

Catalano L., Pupella S., Piccinini V., Grazzini G. Indagine conoscitiva e analisi delle principali attività del sistema trasfusionale italiano, Roma Istitu-

to Superiore di Sanità 2010 (Rapporti ISTISAN 10/13)

Decreto del Ministro della Salute 20 gennaio 2011. Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi derivati anno 2010, ai sensi dell'art. 14, comma 2, della Legge 219 del 21 ottobre 2005. Gazzetta Ufficiale n. 82 del 9 aprile 2011

Rouger P., Hossenlopp C. Blood Transfusion in Europe. The white book 2005. Euronet TMS

2.8. Assistenza agli anziani

2.8.1. Introduzione

Ad aprile 2010 la popolazione residente in Italia ammontava a 60.418.711 abitanti. Le sempre più favorevoli condizioni di sopravvivenza hanno fatto registrare nel tempo un incremento delle persone di età superiore ai 65 anni, che rappresentano ormai il 20,2% della popolazione italiana.

Si stima che in valore assoluto gli anziani potrebbero raggiungere i 20,3 milioni entro il 2051. Crescerebbe, inoltre, in misura consistente il numero delle persone molto anziane, i cosiddetti “grandi vecchi” (convenzionalmente, gli individui di età ≥ 85 anni) che potrebbero infatti raggiungere i 4,8 milioni nel 2051, il 7,8% del totale.

Gli anziani di età > 65 anni risultano essere i maggiori utilizzatori delle risorse sanitarie, condizione che ha indotto il SSN a un'attenta riflessione circa la necessità di ripensare culturalmente e riconsiderare strutturalmente le prestazioni sanitarie erogabili.

I cambiamenti demografici hanno contribuito a favorire il passaggio da una visione ospedalocentrica dei servizi sanitari a una visione centrata sulla persona e sui suoi bisogni globali di cura e assistenza. Lo stato funzionale dell'individuo non coincide, infatti, con le sue patologie, ma è il frutto dell'interazione tra queste e altri fattori quali le condizioni economiche, sociali (isolamento e povertà), ambientali, neuropsicologiche. Di conseguenza, il SSN deve favorire l'integrazione tra prevenzione e cura, da una parte, e risposta ai bisogni sociosanitari di questa fascia di popolazione, dall'altra, con

la consapevolezza che per risultare efficace un intervento sanitario necessita di un'adeguata continuità di cura ospedale-territorio e di risposta multidisciplinare dell'assistenza territoriale.

Il sistema sociosanitario deve dunque predisporre adeguate modalità di intervento sia nei confronti dell'anziano che vive una “sana” vecchiaia, sia nell'approccio all'anziano con patologia, generalmente di natura cronico-degenerativa, sia nell'approccio all'anziano con fragilità.

Pertanto, nell'ambito dell'assistenza, l'obiettivo diventa quello di ridurre al minimo gli esiti negativi delle malattie croniche, ottimizzando il funzionamento delle capacità residue.

La politica sanitaria più avanzata non può che muoversi, dunque, nella direzione di un'assistenza continuativa che, basandosi su un'adeguata integrazione funzionale tra componenti sanitarie ospedaliere e territoriali e tra queste e i servizi sociali, assicuri agli anziani una risposta adeguata ai bisogni e calibrata sulla persona e favorisca l'ingresso nel sistema attraverso Punti Unici di Accesso (PUA), intesi come il luogo deputato al ricevimento e decodifica della domanda iniziale e al coordinamento dell'erogazione dei servizi previsti dal piano assistenziale.

2.8.2. Rappresentazione e valutazione dei dati

Resta ancora in Italia un certo grado di variabilità della risposta assistenziale, ancora

molto influenzata dai modelli e dai percorsi messi in atto nelle singole Regioni.

I dati disponibili a livello nazionale, e precisamente quelli provenienti dal Sistema Informativo del Ministero della Salute, consentono tuttavia di descrivere l'assistenza erogata nel 2009 secondo gli assi principali identificati dai LEA, articolandoli per i raggruppamenti di seguito specificati.

2.8.3. Ospedalizzazione

I dati relativi alle dimissioni di anziani ultrasessantacinquenni in ricovero per acuti in regime ordinario nel 2009 registrano un valore assoluto in diminuzione (3.190.247 a fronte dei circa 3.600.000 del 2006), ma un contemporaneo aumento della percentuale sul totale dei ricoveri riferiti all'intera

popolazione, passando dal 40,4% del 2006 al 42,1% attuale (Tabella 2.23).

La Figura 2.9, che mostra la distribuzione regionale delle dimissioni, evidenzia non solo la citata variabilità, ma anche il fatto che il carico percentualmente più rilevante si registra nelle classi di età più avanzate, superiori a 75 anni.

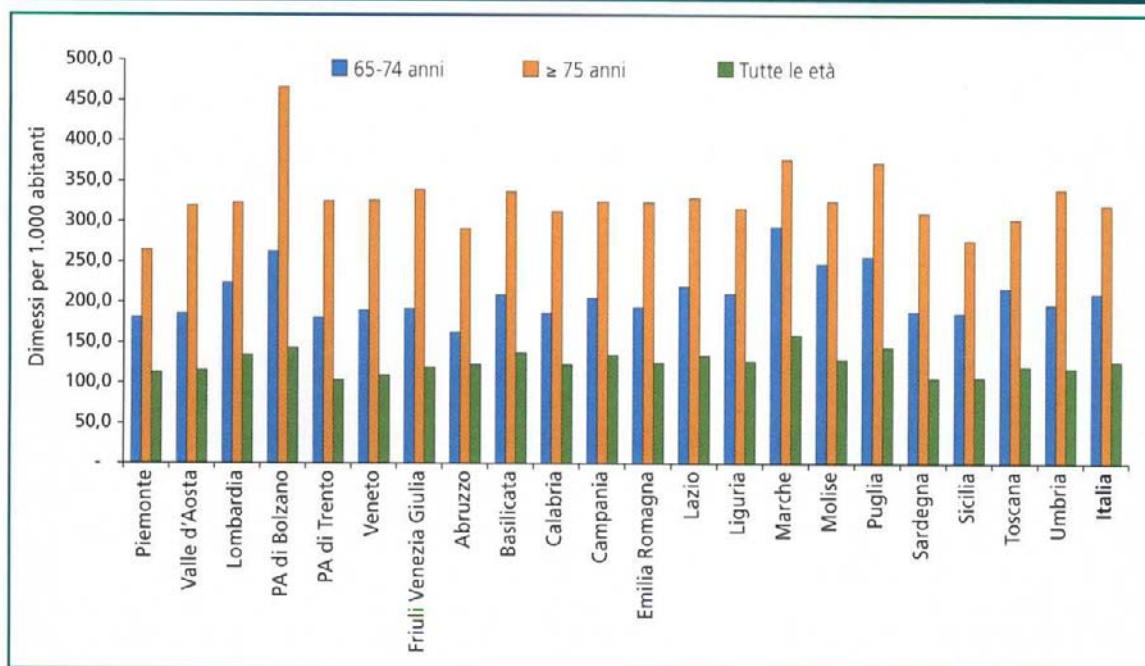
La degenza media, pari a 7,8 e 9,1 giornate rispettivamente per le due classi 65-74 e > 75 anni, si è abbassata rispetto ai dati precedenti, ma risulta sempre nettamente superiore al valore riscontrato per il totale dei ricoveri, che si assesta a 6,7 giornate.

Analizzando i dati relativi alle dimissioni per disciplina (Maggiori Categorie Diagnostiche, MDC), si conferma che le patologie per cui gli ultrasessantacinquenni vengono più frequentemente ospedalizzati sono quelle dell'apparato cardiocircolatorio (19,8%

Tabella 2.23. Distribuzione regionale dei dimessi anziani – Ricoveri per acuti in regime ordinario (Anno 2009)

Regione	Anziani (65 anni e più)				Tutte le età		Dimessi età 65 anni e più per 100 dimessi totali
	65 - 74 anni		75 anni e più		Dimessi	Degenza media	
	Dimessi	Degenza media	Dimessi	Degenza media			
Piemonte	94.005	7,9	128.949	10,3	502.473	7,1	44,4
Valle d'Aosta	2.545	9,7	4.039	12,6	14.678	8,2	44,9
Lombardia	233.402	7,7	291.539	9,6	1.307.737	6,6	40,1
PA di Bolzano	12.321	7,9	18.956	9,2	71.654	6,8	43,7
PA di Trento	9.091	9,1	16.084	10,9	53.755	8,0	46,8
Veneto	95.538	9,2	149.589	10,6	537.113	8,1	45,6
Friuli Venezia Giulia	28.141	8,3	47.047	10,0	147.187	7,5	51,1
Liguria	34.370	9,1	64.516	10,1	198.223	8,1	49,9
Emilia Romagna	100.336	7,3	167.305	8,6	594.461	6,4	45,0
Toscana	79.384	7,4	136.761	8,5	455.296	6,7	47,5
Umbria	20.523	7,1	34.794	8,0	120.714	6,0	45,8
Marche	33.097	7,7	58.721	9,4	196.479	6,9	46,7
Lazio	128.083	8,2	172.104	9,6	752.256	7,0	39,9
Abruzzo	28.890	8,1	46.423	8,8	169.183	6,8	44,5
Molise	9.666	7,6	14.022	8,9	51.150	6,9	46,3
Campania	120.268	6,7	141.786	7,4	746.803	5,5	35,1
Puglia	98.587	7,4	131.079	8,6	586.925	6,3	39,1
Basilicata	10.968	8,0	18.823	8,9	62.389	6,9	47,8
Calabria	34.795	8,0	51.832	8,7	213.929	6,7	40,5
Sicilia	102.105	7,2	137.409	7,8	605.289	6,2	39,6
Sardegna	33.053	8,3	49.328	9,0	197.724	6,9	41,7
Italia	1.309.168	7,8	1.881.106	9,1	7.585.418	6,7	42,1

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – Scheda di Dimissione Ospedaliera.

Figura 2.9. Tasso di ospedalizzazione per classe d'età (dimessi per 1.000 abitanti) [Anno 2009].

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – Scheda di Dimissione Ospedaliera.

del totale), con una netta prevalenza del genere maschile, che si riequilibra però nelle classi più anziane. Per quanto riguarda la seconda patologia più frequente (13,0%), le malattie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo, i rapporti di prevalenza sono nettamente invertiti a favore del genere femminile e mantengono questa discrepanza anche con l'avanzare dell'età. A seguire, con la medesima percentuale del 9,4%, le malattie e i disturbi del sistema nervoso e quelli dell'apparato respiratorio (Tabella 2.24).

È sempre opportuno ricordare che, quando si analizzano i dati provenienti dalle SDO, fra i dimessi sono conteggiati anche i ricoveri ripetuti da parte di uno stesso paziente, caso non infrequente nella popolazione anziana e in particolar modo per alcune patologie.

2.8.4. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

L'ADI è un'attività in progressivo sviluppo nella rete dei servizi, anche se il suo grado di diffusione risulta ancora diverso fra le realtà regionali. Il servizio è orientato a

mantenere l'anziano nel suo ambiente di vita, supportare la famiglia, offrire soluzioni alternative quando tale supporto manca o viene meno, assicurare continuità assistenziale mediante "dimissioni programmate" dall'ospedale per acuti, così come dalle strutture riabilitative (post-acute ed estensive) o dalle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Il crescente riconoscimento della centralità di questo approccio è evidenziabile anche dal trend degli ultimi anni, che conferma l'aumento costante del numero di casi assistiti a domicilio che si è andato registrando a partire dal 1999.

I dati del 2009 mostrano che proprio i soggetti ultrasessantacinquenni sono quelli più trattati in assistenza domiciliare, con punte del 91,7 in Liguria e del 90,6 in Emilia Romagna; i livelli di minore presenza di anziani sul totale dei casi in ADI si registra invece nelle PA di Bolzano e di Trento (rispettivamente 57,4 e 55,4) [Tabella 2.25]. Le Regioni del Meridione restano quelle che, mediamente, assistono meno anziani per popolazione residente.

La Tabella 2.25 indica anche che le ore di assistenza erogate, che raggiungono una

Tabella 2.24. Distribuzione dei dimessi anziani per MDC secondo il sesso e la classe d'età (Anno 2009)

Codice MDC	65 - 74 anni				75 e più anni				Totale oltre 64 anni	
	Uomini		Donne		Uomini		Donne			
	Dimessi	%	Dimessi	%	Dimessi	%	Dimessi	%	Dimessi	%
01 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	81.089	7,5	65.730	7,4	113.963	9,9	158.966	11,7	419.748	9,4
02 - Malattie e disturbi dell'occhio	58.343	5,4	61.462	6,9	69.468	6,1	93.247	6,8	282.520	6,3
03 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	27.588	2,6	19.429	2,2	16.018	1,4	15.135	1,1	78.170	1,7
04 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	90.922	8,4	49.259	5,6	152.684	13,3	129.520	9,5	422.385	9,4
05 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	216.692	20,1	132.643	15,0	256.320	22,3	280.413	20,6	886.068	19,8
06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	110.679	10,3	64.323	7,3	103.757	9,0	104.474	7,7	383.233	8,6
07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	53.217	4,9	42.467	4,8	45.639	4,0	52.681	3,9	194.004	4,3
08 - Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	97.044	9,0	176.962	20,0	81.589	7,1	225.390	16,5	580.985	13,0
09 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	28.028	2,6	40.603	4,6	33.236	2,9	49.506	3,6	151.373	3,4
10 - Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	17.491	1,6	25.380	2,9	15.243	1,3	29.399	2,2	87.513	2,0
11 - Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	75.599	7,0	31.250	3,5	87.684	7,6	53.433	3,9	247.966	5,5
12 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	57.120	5,3	0	-	31.248	2,7	0	-	88.368	2,0
13 - Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	0	-	39.654	4,5	0	-	21.195	1,6	60.849	1,4
14 - Gravidanza, parto e puerperio	0	-	31	0,0	0	-	55	0,0	86	0,0
15 - Malattie e disturbi del periodo neonatale	32	0,0	32	0,0	54	0,0	77	0,0	195	0,0
16 - Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	12.684	1,2	11.300	1,3	19.592	1,7	26.804	2,0	70.380	1,6
17 - Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	86.972	8,1	67.940	7,7	57.230	5,0	44.831	3,3	256.973	5,7
18 - Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	8.313	0,8	6.200	0,7	13.293	1,2	16.496	1,2	44.302	1,0
19 - Malattie e disturbi mentali	8.189	0,8	12.421	1,4	9.816	0,9	18.024	1,3	48.450	1,1
20 - Abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	892	0,1	466	0,1	391	0,0	386	0,0	2.135	0,0
21 - Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	5.902	0,5	5.078	0,6	5.114	0,4	6.809	0,5	22.903	0,5
22 - Ustioni	321	0,0	208	0,0	300	0,0	359	0,0	1.188	0,0
23 - Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	22.990	2,1	20.517	2,3	19.143	1,7	23.087	1,7	85.737	1,9
24 - Traumatismi multipli rilevanti	572	0,1	413	0,0	744	0,1	1.492	0,1	3.221	0,1
25 - Infezioni da HIV	656	0,1	172	0,0	129	0,0	55	0,0	1.012	0,0
Altri DRG	13.266	1,2	9.519	1,1	11.537	1,0	9.551	0,7	43.873	1,0
Pre MDC	4.558	0,4	2.315	0,3	3.939	0,3	2.821	0,2	13.633	0,3
Totale	1.079.159	100,0	885.774	100,0	1.148.131	100,0	1.364.206	100,0	4.477.270	100,0

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – Scheda di Dimissione Ospedaliera.

Tabella 2.25. Assistenza Domiciliare Integrata (Anno 2009)

Regione	Casi trattati anziani		Casi di anziani per 1.000 abitanti anziani	Ore di assistenza erogata per caso trattato			
	Casi	% sul totale casi		Totale	Terapisti della riabilitazione	Infermieri professionali	Altri operatori
Piemonte	23.222	77,2	23,1	17,0	0,6	9,7	6,7
Valle d'Aosta	101	60,8	3,8	66,0	3,4	18,5	44,0
Lombardia	79.843	85,2	41,1	17,0	3,8	11,4	1,7
PA di Bolzano	1.100	57,4	11,0	25,0	-	25,0	-
PA di Trento	360	55,4	4,1	-	-	-	-
Veneto	46.602	82,0	48,5	10,5	0,9	9,0	0,7
Friuli Venezia Giulia	22.090	88,1	77,4	6,4	1,1	5,1	0,2
Liguria	14.925	91,7	34,5	19,7	5,3	12,0	2,4
Emilia Romagna	81.490	90,6	83,6	17,0	0,1	14,1	2,8
Toscana	19.178	78,3	22,2	20,8	1,5	16,4	2,9
Umbria	15.723	87,0	76,0	14,9	0,8	8,4	5,7
Marche	12.782	85,0	36,3	28,1	4,6	20,9	2,6
Lazio	44.249	86,2	40,0	18,1	5,7	11,5	0,9
Abruzzo	13.555	80,2	47,8	25,5	10,8	14,5	0,2
Molise	1.714	81,3	24,4	55,5	13,0	40,0	2,5
Campania	17.200	76,7	18,6	36,5	7,0	23,2	6,2
Puglia	15.064	83,7	20,5	42,7	12,7	23,9	6,1
Basilicata	6.015	81,5	50,7	38,7	15,1	21,9	1,7
Calabria	9.529	81,4	25,5	25,5	4,6	20,3	0,6
Sicilia	9.986	67,9	10,8	25,5	8,9	15,9	0,8
Sardegna	7.401	76,2	23,7	22,8	5,0	16,8	1,0
Italia	442.129	84,0	36,6	19,2	3,5	13,3	2,4

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario.

media di 19,2 per caso, in leggera diminuzione rispetto al 2007, variano notevolmente da Regione a Regione, da un massimo di 66 ore in Valle d'Aosta a un minimo di 6,4 in Friuli Venezia Giulia. Si conferma, invece, che la figura professionale maggiormente presente è quella dell'infermiere.

Vale la pena ricordare che l'importanza dell'ADI come una delle risposte più adeguate ai bisogni assistenziali dell'anziano viene ampiamente confermata dal progetto "Azioni di sistema e assistenza tecnica per gli obiettivi di servizio – progetto ADI", che il Ministero della Salute promuove nell'ambito del Quadro Strategico Nazionale (QSN), con il quale l'Italia persegue gli obiettivi previsti dalla politica di coesione comunitaria 2007-2013. Obiettivo generale del Progetto è supportare le Regioni del Mezzogiorno nella programmazione, pianificazione, erogazione e monitoraggio, secondo criteri di appropriatezza, dei servizi di assistenza domiciliare alla popolazione anziana ultrasessantacin-

quenne. Fulcro del progetto è l'integrazione delle prestazioni sanitarie erogate dai distretti delle ASL con le prestazioni di natura socio-assistenziale erogate dagli enti locali, anche attraverso l'adozione di strumenti condivisi di programmazione, gestione dei servizi e valutazione del bisogno.

2.8.5. Assistenza residenziale e semiresidenziale

Laddove non sia possibile strutturare un piano di assistenza individuale a domicilio e per favorire la deospedalizzazione, il servizio sanitario prevede l'erogazione di prestazioni di assistenza a lungo termine presso strutture residenziali extraospedaliere, generalmente denominate Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), che accolgono "soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quin-

di dalle prestazioni di terapia post-acuzie (Riabilitazione e Lungodegenza) svolte di norma in regime ospedaliero”.

In regime semiresidenziale operano, invece, altre strutture sul territorio, individuate in genere come Centri Diurni, che accolgono anziani con necessità di prestazioni di media e bassa intensità e che si trovano in condizioni ambientali tali da favorire il rientro quotidiano al proprio domicilio.

I posti residenziali censiti nel 2009 dal Sistema informativo sono 162.590 e ospitano una popolazione di 237.000 persone, per un totale di oltre 53 milioni di giornate di assistenza e una media di 224,7 giornate per utente (*Tabella 2.26*). Il numero sia dei posti sia degli utenti è sensibilmente più alto nelle Regioni del Nord, con la Lombardia al primo posto.

Il sistema di rilevazione delle attività semi-residenziali, illustrate nella *Tabella 2.26*, viene implementato con minore completezza

da parte delle Regioni e mostra molti vuoti di informazione. In qualche modo testimonia la necessità di un potenziamento dei servizi territoriali, che potrebbe contribuire a contenere la domanda di assistenza residenziale più complessa.

Non a caso il Ministero continua a incentivare, anche attraverso gli obiettivi di Piano e la ricerca operativa, tutte quelle iniziative finalizzate alla prevenzione delle malattie croniche e al mantenimento di buoni livelli di efficienza fisica e autonomia dell'anziano.

2.8.6. Indicazioni per la programmazione

In base a quanto fin qui esposto, e in relazione al dibattito aperto nel Paese, si ritengono prioritarie le seguenti indicazioni di programmazione:

- favorire l'invecchiamento attivo della per-

Tabella 2.26. Distribuzione regionale dei posti e dell'attività delle strutture sanitarie territoriali per anziani (Anno 2009)

Regione	Attività residenziale				Attività semiresidenziale				Utenti per 100.000 anziani
	Posti	Utenti	Giornate di assistenza	Giornate per utente	Posti	Utenti	Giornate di assistenza	Giornate per utente	
Piemonte	17.907	21.036	4.791.530	227,8	212	359	47.950	133,6	2.126
Valle d'Aosta	5	32	1.230	38,4	-	-	-	-	121
Lombardia	56.560	77.938	19.480.475	249,9	5.691	8.865	1.092.219	123,2	4.467
PA di Bolzano	4.392	4.603	1.577.161	342,6	-	-	-	-	4.623
PA di Trento	3.370	3.704	1.190.516	321,4	-	-	-	-	4.233
Veneto	26.780	38.107	8.902.561	233,6	1.205	2.054	234.289	114,1	4.181
Friuli Venezia Giulia	6.405	14.441	2.191.764	151,8	40	50	8.309	166,2	5.078
Liguria	3.182	7.667	1.030.660	134,4	152	204	32.597	159,8	1.820
Emilia Romagna	18.328	28.947	6.116.758	211,3	3.621	5.456	689.223	126,3	3.529
Toscana	11.433	15.752	3.663.077	232,5	1.275	1.724	223.899	129,9	2.026
Umbria	1.621	2.859	491.962	172,1	257	367	35.651	97,1	1.558
Marche	1.426	3.694	461.477	124,9	50	76	11.064	145,6	1.070
Lazio	4.810	6.363	1.668.331	262,2	50	97	13.097	135,0	584
Abruzzo	1.560	3.441	506.519	147,2	-	-	-	-	1.214
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campania	663	604	159.040	263,3	40	54	5.986	110,9	71
Puglia	1.488	2.655	509.661	192,0	70	51	10.694	209,7	368
Basilicata	191	319	47.772	149,8	-	-	-	-	269
Calabria	1.048	1.602	330.548	206,3	-	-	-	-	428
Sicilia	759	3.522	196.556	55,8	-	-	-	-	382
Sardegna	662	686	161.952	236,1	60	93	5.594	60,2	249
Italia	162.590	237.972	53.479.550	224,7	12.723	19.450	2.410.572	123,9	2.130

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario.

sona per migliorarne lo stato di salute e prevenire condizioni patologiche; tale attività di prevenzione primaria deve indirizzarsi verso la diffusione di comportamenti che prevedano una dieta sana, l'attività fisica adattata, l'eliminazione dei principali fattori di rischio per la salute (fumo, alcool);

- implementare la diffusione di procedure di presa in carico unitarie e dei Punti Unici di Accesso (PUA) presso i Distretti Sanitari;
- favorire la conoscenza e l'utilizzo di strumenti quali la valutazione multidimensionale, particolarmente indicati per la corretta identificazione dei bisogni delle persone anziane;
- implementare le attività formative degli operatori nell'ambito della prevenzione, cura e gestione dell'anziano nei suoi aspetti clinico-assistenziali, anche al fine di garantire la continuità assistenziale, soprattutto per gli anziani fragili;
- potenziare e qualificare sempre di più sia l'assistenza domiciliare integrata sia quella erogata nelle strutture residenziali e semiresidenziali, anche nel rispetto degli impegni assunti dal SSN per il perseguimento dell'equilibrio economico;

- favorire lo scambio di conoscenze tra i soggetti responsabili dell'assistenza e il mondo della ricerca scientifica, anche per quanto riguarda in particolare la problematica della poliassunzione di farmaci da parte dell'anziano e la frequente esclusione dell'anziano con comorbidità dagli studi clinici randomizzati.

Bibliografia essenziale

- Cherubini A, Del Signore S, Ouslander J, et al. Fighting against age discrimination in clinical trials. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58: 1791-6
- Commissione Europea, Programma Comunitario di Sanità Pubblica 2008-2013
- Di Bari M, Balzi D, Roberts AT, et al. Prognostic stratification of older persons based on simple administrative data: development and validation of the "Silver Code" to be used in emergency department triage. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2010; 65: 159-64
- Istat 2010 riferito ai dati del 2009
- Lattanzio F, Mussi C, Scafato E, et al. Health care for older people in Italy: the ULISSE Project. *J Nutr Health Aging* 2010; 14: 238-42
- Ministero della Salute. Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano. Quaderni del Ministero della Salute, n. 6, novembre-dicembre 2010

2.9. La presa in carico delle condizioni di fragilità e di non autosufficienza

2.9.1. Introduzione

La presa in carico del soggetto con fragilità e/o del soggetto non autosufficiente ha assunto un ruolo prioritario nella programmazione degli interventi sanitari negli anni recenti, proprio in virtù delle peculiari caratteristiche bio-psico-sociali di tali soggetti.

Le persone non autosufficienti sono coloro che hanno subito la perdita permanente, totale o parziale, delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali, alla quale consegue l'incapacità di svolgere le azioni essenziali della vita quotidiana a meno che non siano aidate da altri. La fragilità è intesa come maggiore vulnerabilità

dell'individuo allo stress, comporta una limitazione delle attività quotidiane dovuta alla presenza di pluripatologie e un deterioramento della salute e dello stato funzionale, che predispone a esiti negativi. In particolare, si tratta di soggetti anziani con comorbidità e instabilità clinica, disabilità e rischio di eventi avversi, con elevata incidenza di ospedalizzazione e/o morte. Numerosi autori definiscono la fragilità come un insieme di marcatori biologici e clinici, distribuiti in un contesto dinamico caratterizzante gradi diversi della sindrome. Esistono in letteratura numerosi studi volti alla definizione della fragilità, alla sua quantizzazione e alla sua correlazione con

eventi avversi. Più recentemente la fragilità è stata considerata un'entità multidimensionale, definita da fattori fisici, psicologici, sociali e ambientali, che nei singoli lavori scientifici difficilmente sono stati presi in considerazione nel loro insieme.

Per rispondere alla complessità dei bisogni della persona non autosufficiente, il SSN si è organizzato per offrire un'assistenza concentrata sempre più su un accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari, sulla valutazione delle specifiche esigenze sanitarie e sociosanitarie della persona e sull'individuazione di percorsi diagnostici-terapeutici che sappiano rispondere adeguatamente, anche tenendo conto delle condizioni socioambientali di provenienza.

Centrali, a tale proposito, sono il momento della valutazione multidimensionale e la formulazione di un progetto di cura e assistenza individuale finalizzato a tutelare la dignità della persona.

È l'equipe multidisciplinare del distretto che, avvalendosi di strumenti standardizzati e generalmente omogenei sul territorio regionale, valuta le problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socioeconomiche, al fine di verificare ed eventualmente strutturare il Piano Individuale di Assistenza (PAI) sociosanitario integrato.

Il PAI definisce gli obiettivi e i risultati attesi nei termini di mantenimento o miglioramento dello stato di salute della persona non autosufficiente e individua il livello di complessità, la durata dell'intervento, le prestazioni sociosanitarie che dovranno essere erogate, nonché gli operatori che seguiranno il paziente. Il PAI tiene conto non solo della gravità delle condizioni del paziente, ma anche della situazione socioambientale nella quale egli vive, inclusa la presenza di relazioni familiari e di *caregivers* di riferimento, elementi questi che concorrono alla scelta di un'assistenza di tipo domiciliare o residenziale.

L'equipe che segue la persona non autosufficiente provvede a erogare le prestazioni previste dal piano individuale e periodicamente, sulla base delle indicazioni del progetto terapeutico o al verificarsi di nuove condizioni che lo richiedano, effettua una

nuova valutazione con l'obiettivo di ridefinire il piano individualizzato ed eventualmente apportare delle modifiche.

L'offerta di assistenza sociosanitaria per le persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza contempla la possibilità di trattamenti effettuati presso il domicilio della persona o presso strutture sanitarie in regime residenziale o semiresidenziale.

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, essa consiste in un insieme integrato di prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici, effettuate presso il domicilio della persona sotto la responsabilità clinica del MMG, del PLS o, nei casi previsti, del medico competente per la terapia del dolore e le cure palliative.

Il documento della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio", ha individuato in maniera puntuale le caratteristiche dei diversi livelli di cure domiciliari, definendo per ciascuno l'intensità, la complessità e durata dell'intervento assistenziale:

- le ADI di I e II livello, articolate sui 5 giorni (I livello) o su 6 giorni (II livello), vengono erogate a pazienti che, sebbene non presentino specifiche criticità o una sintomatologia particolarmente complessa, hanno bisogno di una continuità assistenziale;
- le ADI a elevata intensità (III livello) vengono fornite a persone affette da patologie con un elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, per le quali è necessario garantire una continuità assistenziale e interventi programmati articolati sui 7 giorni anche per la necessità di supportare la famiglia o il *caregiver*.

Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni sociali di natura sanitaria, di aiuto personale e assistenza tutelare disciplinate dalle Regioni secondo i propri modelli assistenziali.

Laddove non sia possibile erogare le prestazioni a domicilio, il SSN garantisce l'assistenza sanitaria in strutture residenziali,

offrendo, così come chiaramente indicato nel documento “Prestazione Residenziali e Semiresidenziali” della Commissione Nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei LEA:

- prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a pazienti non autosufficienti che richiedono trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali, come per esempio: ventilazione meccanica e assistenza, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti, stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive ecc.);
- prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie per via endovenosa, nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde ecc.;
- prestazioni erogate in nuclei specializzati (Nuclei Alzheimer) a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell’affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente “protetico”;
- prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento).

Le prestazioni possono inoltre essere erogate, in regime semiresidenziale, nei cosiddetti centri diurni, che offrono trattamenti di mantenimento per anziani o trattamenti di lungoassistenza, di recupero e di mantenimento funzionale, inclusi anche interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.

In Italia, l’assistenza sociosanitaria, domiciliare e residenziale, risente della capacità

delle Regioni di strutturare e garantire alla popolazione non autosufficiente un’offerta di cure che soddisfi il bisogno assistenziale. A tale proposito si ricorda che nell’ambito del Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell’utilizzo delle risorse, di cui all’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, l’area dell’assistenza extraospedaliera nelle Regioni rappresenta uno degli adempimenti monitorati e valutati. Infine, si ricordano la recente “Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dell’assistenza domiciliare” e l’“Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali”, entrambi avvenute con DM del 23 dicembre 2008, finalizzata a ottenere informazioni precise sulla qualità dell’assistenza offerta anche a livello locale e in alcuni casi sulla prestazione erogata.

2.9.2. Indicazioni per la programmazione

Sulla base di quanto sopradescritto si ritengono prioritarie le seguenti indicazioni di programmazione per:

- garantire la continuità assistenziale dell’anziano fragile e della persona non autosufficiente nel percorso di dimissione ospedaliera e successiva presa in carico da parte dei servizi territoriali;
- implementare la diffusione di procedure di presa in carico unitarie e dei PUA presso i servizi territoriali;
- favorire la diffusione e l’utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale, particolarmente indicati nella definizione dei bisogni di assistenza sanitaria e bisogni assistenziali delle persone fragili e non autosufficienti;
- favorire il coinvolgimento del MMG nel percorso di cura;
- potenziare e migliorare il servizio di assistenza domiciliare integrata da parte dei servizi;
- garantire un’assistenza adeguata presso le strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere, nonché incrementare