

.... ci potresti scrivere un articolo su cosa hai fatto negli ultimi 20 anni nel «territorio», dopo altrettanti in ospedale, e come vedi la situazione di oggi e di domani?

Una testimonianza

.... Le idee portanti

CHI: i molto fragili, di tutte le età, pur prevalendo i grandi vecchi

COSA: Curare e non guarire

COME/QUANDO: nella complessità, nel tempo molto molto lungo

Dalla fragilità alla longevità nelle cure di lungo termine nella società moderna: paure, speranze, certezze.

*Giornale Italiano dell'Arteriosclerosi 2018; 9 (2): 58-62***

1. Al centro la **fragilità**: include la vecchiaia e la «cronicità», da affrontare nel lunghissimo termine, sui fattori modificabili, per dare + qualità di vita
2. La priorità: **le cure di lungo termine**, verso milioni di persone fragili, protratte fino ad età molto avanzate (**longevità**)
3. Il **Distretto**: il luogo e lo strumento più appropriato per **creare un nuovo sistema per la fragilità, la “cronicità”, la Long Term Care, ad alta integrazione verticale ed orizzontale.**
4. Il **DISTRETTO**: perché oggi conta molto di più curare che guarire.

** l'articolo è scaricabile dal sito www.carditalia.com/notizie ed eventi

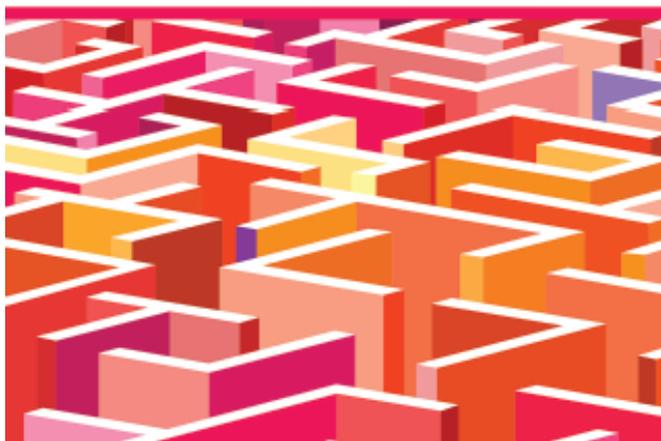


CONVEGNO CARD TRIVENETO

LE CURE DOMICILIARI E RESIDENZIALI AD ALTA COMPLESSITÀ

La presa in carico delle persone fragili
e dei pazienti con grave quadro polipatologico

Mestre, 12 ottobre 2018



Dalla fragilità alla longevità
nelle cure di lungo termine
nella società moderna: paure,
speranze e certezze

Paolo Da Col

*Responsabile Centro Studi CARD Italia,
Area cure domiciliari*

pg.dacol@gmail.com

Umberto (75), Maria (80), Carlo (85):
convivono con i sintomi dello scompenso
cardiaco e ADL ridotte da oltre 7 anni => **2-4 anni**

Gianna (76), Mario (82), Anna (87):
convivono con il loro diabete, raramente
sintomatico, e ADL ridotte da oltre 15 anni =>
5-7 anni

Piero (72), Enrica (78), Antonia (84): i
familiari convivono da oltre 6 anni con la
loro grave demenza senile, con disturbi
comportamentali => **6-10 anni**

Carlotta (15), Matteo (8), Alan (9):
affrontano ogni giorno da molti anni la
disabilità con gravi problemi di NPI => **molti**
molti altri anni

FRAGILITA'

- **Medico-clinica**
- **Socio-economica**
- **Socio-abitativa**
- **Relazionale**
- **Chiedere e ricevere sostegno e supporto**
- **Possibilità di recupero-ripresa, di modifica dello stato attuale**

DI CHI SONO
QUESTI PAZIENTI ?

FRAGILITA'

a tutte le età

Polipatologie

Politerapie

«cronicità»

Difetti sensoriali

Fragilità socio-
economiche

Fragilità abitative

Fragilità autonomi

qualità di vita

LONGEVITA'

Aumento grandi anziani
(transito baby boom 1961-76 =>
aumento ultra65enni)

2030: 3 milioni ultra80enni

1,3 mil. ultra95enni

1. DISTRETTO

CURE DI LUNGO TERMINE

Polipatologie/Politerapie

Nonautosufficienza



paure

speranze

certezze

S



PROPOSTA 2 - LE LINEE DIRETTRICI DEGLI INTERVENTI

IL DISTRETTO PUNTO DI RIFERIMENTO PER LE AZIONI PRIORITARIE (le parole chiave)

3 P persona prossimità prevenzione

3 C casa cognitività cadute

3 R relazione riabilitazione risorse

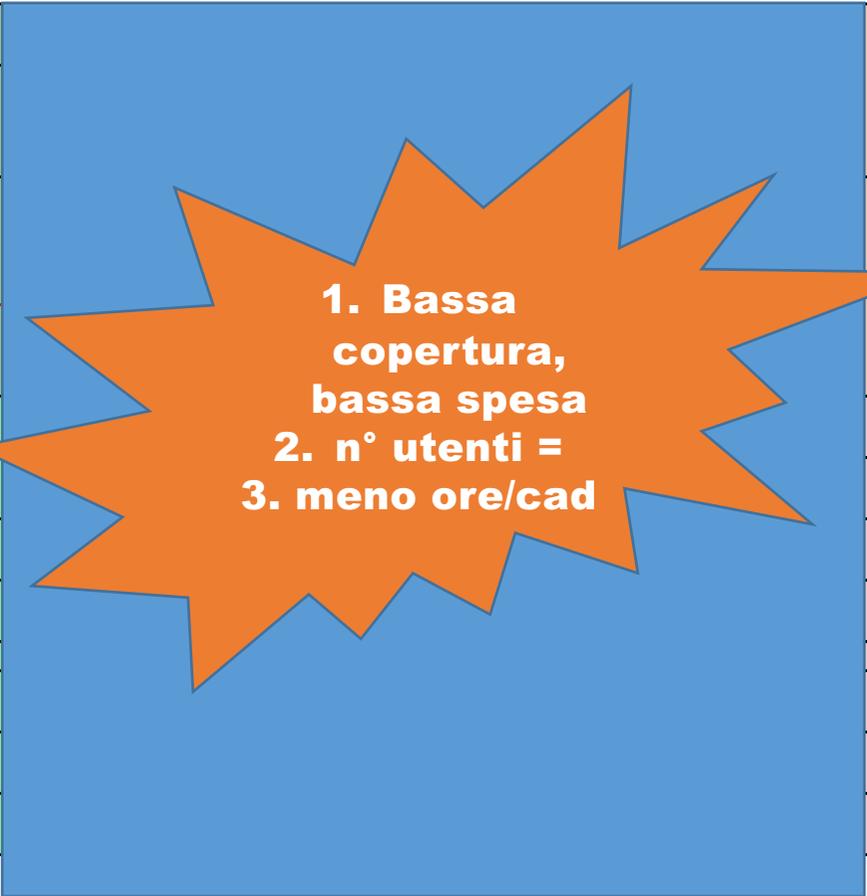
RISORSE
(evoluzione)

COSA SUCCEDE NELL'ADI

	ADI SSR utenti > 65 aa					
	2013		diff % 2007-2013		2014	2012
	utenti (%)	ore utente	utenti	ore utente	SIAD >65 (%)*	% spesa SSR ^{oo}
P.BOLZANO	0,4	n.d.	-0,2	n.d.	n.d.	1,3
P.TRENTO	3,5	12	2,5	-41	4,11	1,3
VENETO	5,7	9	-0,7	-1	2,76	2,3
FRIULI V.G	6,9	7	-0,4	-6	1,54	6,2
EMILIA R.	10,4	12	4,7	-41	4,19	5,6
TOSCANA	10,6	8	8,5	-65	2,78	2,8
ITALIA	4,8	17	1,5	-15	2,39	2,4

* escl.
Livello
base

^{oo} fonte:
Italia
Longeva

- 
1. **Bassa copertura, bassa spesa**
 2. **n° utenti =**
 3. **meno ore/cad**

COSA SUCCEDE NELL'ADI DI SSR E NEL SAD DEI COMUNI

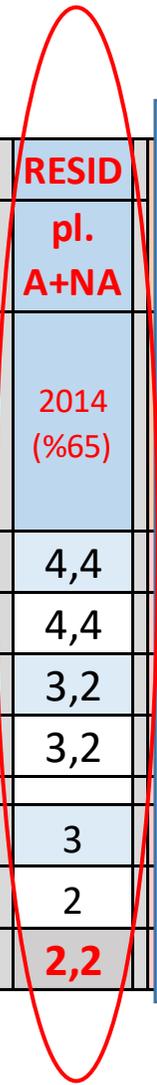
	ADI SSR utenti > 65 aa						SAD >65 aa				Grandi differenze nei territori Non cresce il basso numero di utenti, con ore / cad. in calo
	2013		diff % 2007-2013		2014	2012	2013		diff 2007-2013		
	utenti (%)	ore utente	utenti	ore utente	SIAD >65 (%)*	% spesa SSR ^{oo}	UTENTI (%)	spesa per utente €	diff % utenti	diff % ore	
P.BOLZANO	0,4	n.d.	-0,2	n.d.	n.d.	1,3	4,8	2,979	0,6	-11	
P.TRENTO	3,5	12	2,5	-41	4,11	1,3	3,5	1,069	-0,1	-4	
VENETO	5,7	9	-0,7	-1	2,76	2,3	1,4	1,438	-0,3	-9	
FRIULI V.G	6,9	7	-0,4	-6	1,54	6,2	2,2	2,135	-0,5	5	
EMILIA R.	10,4	12	4,7	-41	4,19	5,6	1,3	1,631	-0,3	-29	
TOSCANA	10,6	8	8,5	-65	2,78	2,8	0,7	2,738	-0,7	59	
ITALIA	4,8	17	1,5	-15	2,39	2,4	1,2	2,123	-0,5	21	

* escl. Livello base

^{oo} fonte: Italia Longeva

COSA SUCCEDE NEI SERVIZI DOMICILIARI E RESIDENZIALI

	ADI SSR utenti > 65 aa						SAD >65 aa				RESID
	2013		diff % 2007-2013		2014	2012	2013		diff 2007-2013		pl. A+NA
	utenti (%)	ore utente	utenti	ore utente	SIAD >65 (%)*	% spesa SSR ^{oo}	UTENTI (%)	spesa per utente €	diff % utenti	diff % ore	2014 (%65)
P.BOLZANO	0,4	n.d.	-0,2	n.d.	n.d.	1,3	4,8	2,979	0,6	-11	4,4
P.TRENTO	3,5	12	2,5	-41	4,11	1,3	3,5	1,069	-0,1	-4	4,4
VENETO	5,7	9	-0,7	-1	2,76	2,3	1,4	1,438	-0,3	-9	3,2
FRIULI V.G	6,9	7	-0,4	-6	1,54	6,2	2,2	2,135	-0,5	5	3,2
EMILIA R.	10,4	12	4,7	-41	4,19	5,6	1,3	1,631	-0,3	-29	3
TOSCANA	10,6	8	8,5	-65	2,78	2,8	0,7	2,738	-0,7	59	2
ITALIA	4,8	17	1,5	-15	2,39	2,4	1,2	2,123	-0,5	21	2,2



Copertura pari alle cure domiciliari: ok vs bisogni?

COSA SUCCEDE NEI SERVIZI DOMICILIARI E NEI SUSSIDI

	ADI SSR utenti > 65 a					aa					RESID	indennità	
	2013		diff % 2007-2013		2014	diff % 2007-2013		diff % 2007-2013		diff % 2007-2013	pl.	accompagnamento	
	utenti (%)	ore utente	utenti	ore utente	ore	utenti	ore	diff %	diff %	diff %	2014 (%65)	2015 (%)	diff% 10-15
P.BOLZANO	0,4	n.d.	-0,2	n.d.	n.d.	0,8	0,8	0,0	0,0	0,0	4,4	3,5	-3,3
P.TRENTO	3,5	12	2,5	-41	2,5	2,0	0,1	-4	0,0	-4	4,4	8	-1,9
VENETO	5,7	9	-0,7	-1	5,7	1,4	1,438	-0,3	-9	0,0	3,2	10	-0,8
FRIULI V.G	6,9	7	-0,4	-6	1,54	6,2	2,2	2,135	-0,5	5	3,2	9,9	-1,6
EMILIA R.	10,4	12	4,7	-41	4,19	5,6	1,3	1,631	-0,3	-29	3	9,3	-1,6
TOSCANA	10,6	8	8,5	-65	2,78	2,8	0,7	2,738	-0,7	59	2	9,7	-1,6
ITALIA	4,8	17	1,5	-15	2,39	2,4	1,2	2,123	-0,5	21	2,2	12	-1,2

1. I sussidi coprono 3-6x i servizi

2. alta spesa

3. n° beneficiari in calo

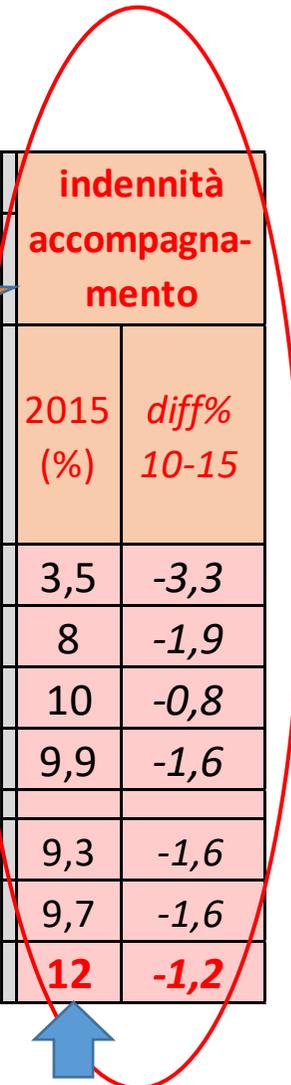
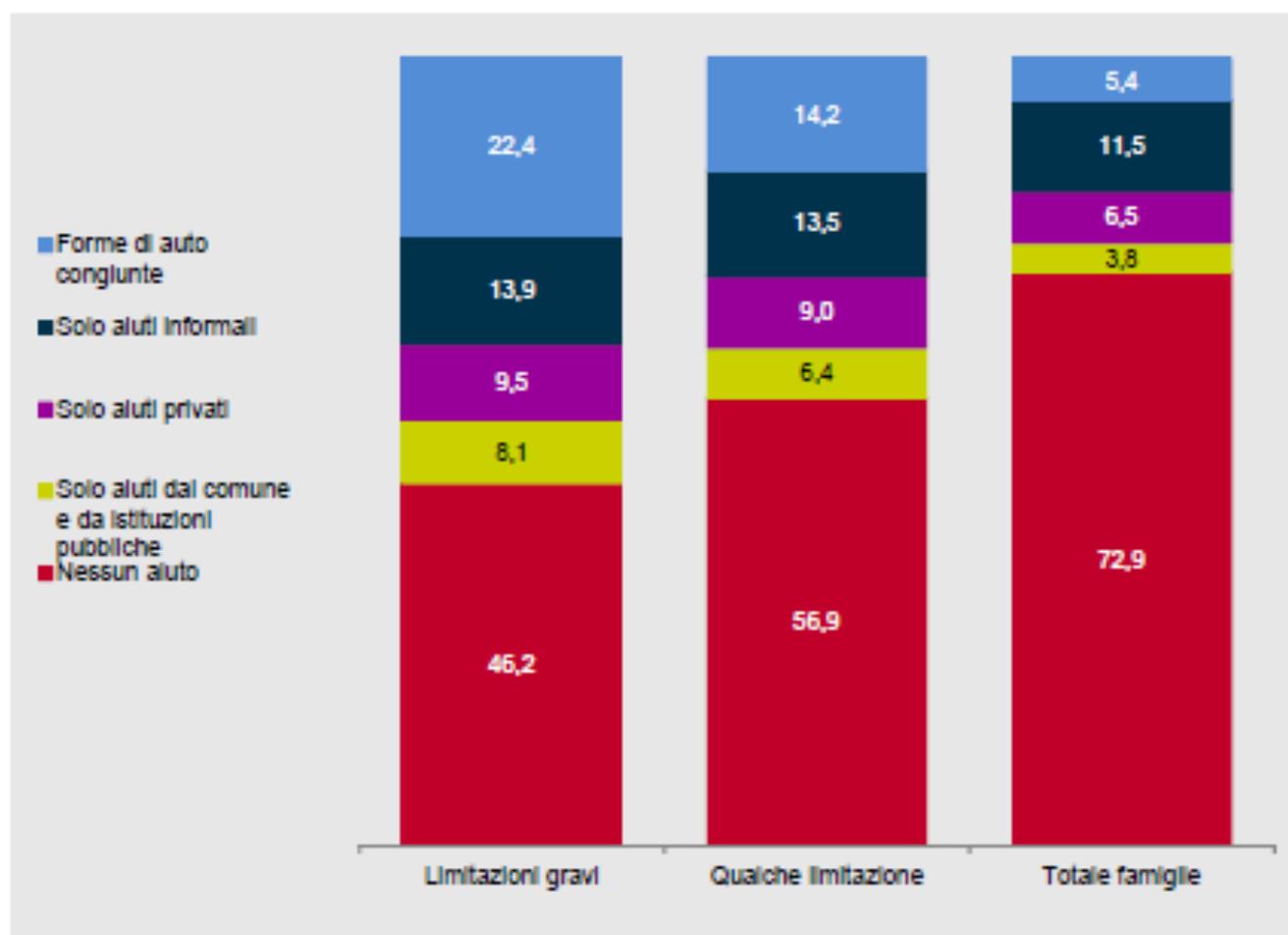


Figura 5.21 Famiglie per presenza di almeno una persona con limitazioni nelle attività, per tipo di aiuto ricevuto - Anno 2016 (per 100 famiglie con le stesse caratteristiche)



Fonte: Istat, Indagine Famiglie, soggetti sociali e ciclo di vita

SPESA PUBBLICA PER LA LONG TERM CARE (report NNA 2018)

Tabella 2.8 - Andamento della spesa pubblica per *Long-Term Care* per anziani non autosufficienti (65+ anni) secondo le diverse componenti di spesa (% su PIL e valore nominale assoluto in miliardi di euro) (anni 2006-2016) ⁽¹⁵⁾

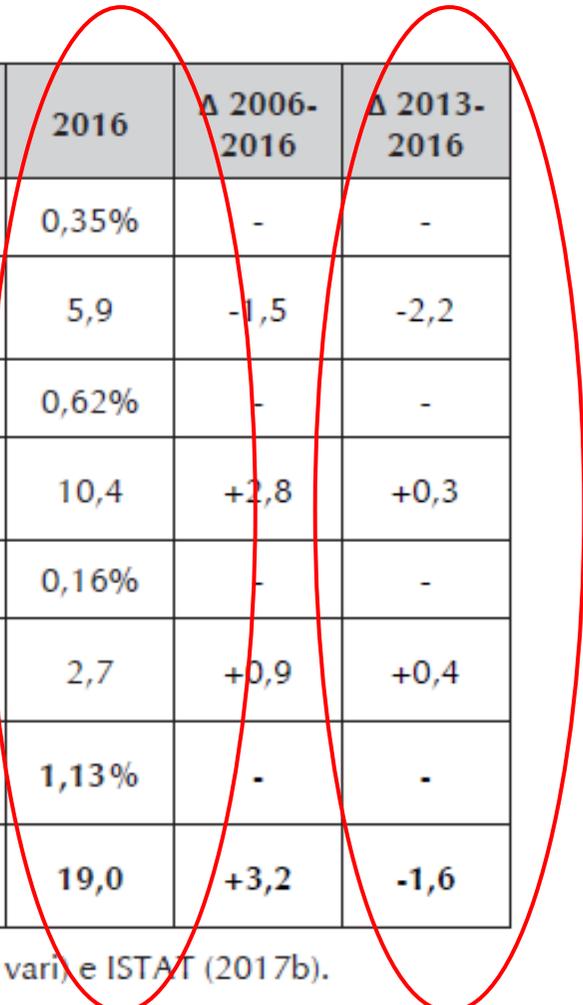
Componente di LTC	Unità di misura	2006	2011	2013	2016	Δ 2006-2016	Δ 2013-2016
A) Spesa sanitaria	% su PIL	0,50%	0,51%	0,52%	0,35%	-	-
	miliardi di euro	8,1	8,1	8,1	5,9	-1,5	-2,2
				5%	0,62%	-	-
				10,1	10,4	+2,8	+0,3
				5%	0,16%	-	-
				3	2,7	+0,9	+0,4
				2%	1,13%	-	-
Totale		16,8	16,8	16,6	19,0	+3,2	-1,6

Fonte: ns. elaborazioni su dati Ragioneria Generale dello Stato (anni vari) e ISTAT (2017b).



SINTESI

1. La spesa sanitaria e sociale è commisurata ai bisogni ?
2. GIUSTA LA SPESA DI 10,4 mld PER INDENNITA' E 8,6 PER SERVIZI ?
3. COME CONTRASTARE IL CALO DI SPESA PER SERVIZI ?



NEL DISTRETTO PUNTO DI RIFERIMENTO PER LE AZIONI PRIORITARIE (parole chiave)

3 P persona prossimità prevenzione

3 C casa cognitivà cadute

3 R relazione riabilitazione risorse

**AUMENTARE LE
RISORSE ?**

RISORSE

SI', GRAZIE ALLA NOSTRA COSTITUZIONE (keynesiana)

- Art. 32. La Repubblica **tutela la salute come fondamentale diritto** dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.
- Art. 1. L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul **lavoro**. La sovranità appartiene al **popolo**, che la esercita nelle forme e nei limiti della Costituzione.
- Art. 3. Tutti i cittadini hanno **pari dignità** sociale e sono eguali davanti alla legge..... È compito della Repubblica **rimuovere gli ostacoli** di ordine economico e sociale, che... impediscono il **pieno sviluppo della persona umana** e l'effettiva partecipazione.....
- Art. 4. La Repubblica riconosce a tutti i cittadini **il diritto al lavoro** e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto.
- Art. 35. La Repubblica **tutela il lavoro** in tutte le sue forme ed applicazioni.
- Art. 36. Il lavoratore ha **diritto ad una retribuzione** proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro e in ogni caso sufficiente ad assicurare a sé e alla famiglia un'esistenza libera e dignitosa.

PIU' RISORSE ? **NO.**

A causa delle modifiche (ordoliberaliste)

- **ART. 81** : Lo Stato assicura l'equilibrio tra le entrate e le spese del proprio bilancio, tenendo conto delle fasi avverse e delle fasi favorevoli del ciclo economico. Il bilancio deve tenere conto è consentiti, in via eccezionale, deficit strutturali di natura economica e, previa autorizzazione del Parlamento, deficit di bilancio senza assoluta garanzia di copertura finanziaria. (*)
- **ART. 97** : Le pubbliche amministrazioni, in coerenza con l'ordinamento dell'Unione europea, assicurano l'equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito pubblico. (*)

**SIAMO AD UN BIVIO. VOGLIAMO
RIDURRE DISUGUAGLIANZE DI VITA ?
RIDURRE DISEQUILIBRI DI BILANCIO ?**

NOTE: (*) I due commi dell'art. 81 e l'art. 97 sono mutati a seguito della legge costituzionale 20 aprile 2012, n. 1.

IL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

SSN	2007	2009	2012	2016	DIFF%
totale dipendenti	682.197	693.716	673.416	648.663	-5%
a tempo determinato	35.907	33.510	27.159	33.317	-7%
tot. costo personale (x1000) €	39.027.000	41.190.000	40.154.000	38.694.000	-1%
retribuzioni medie annue €	35.811	38.298	38.898	38.574	8%
età media (2001 - 2008)	43,5	46,9	n.d.	50,6	16%

Fonte: Ragioneria dello Stato, 2018

PROSPETTO 1. SPESA SANITARIA PER REGIME DI FINANZIAMENTO. Anni 2012-2016, valori assoluti, tassi di variazione, incidenza sul Pil e sul totale della spesa sanitaria

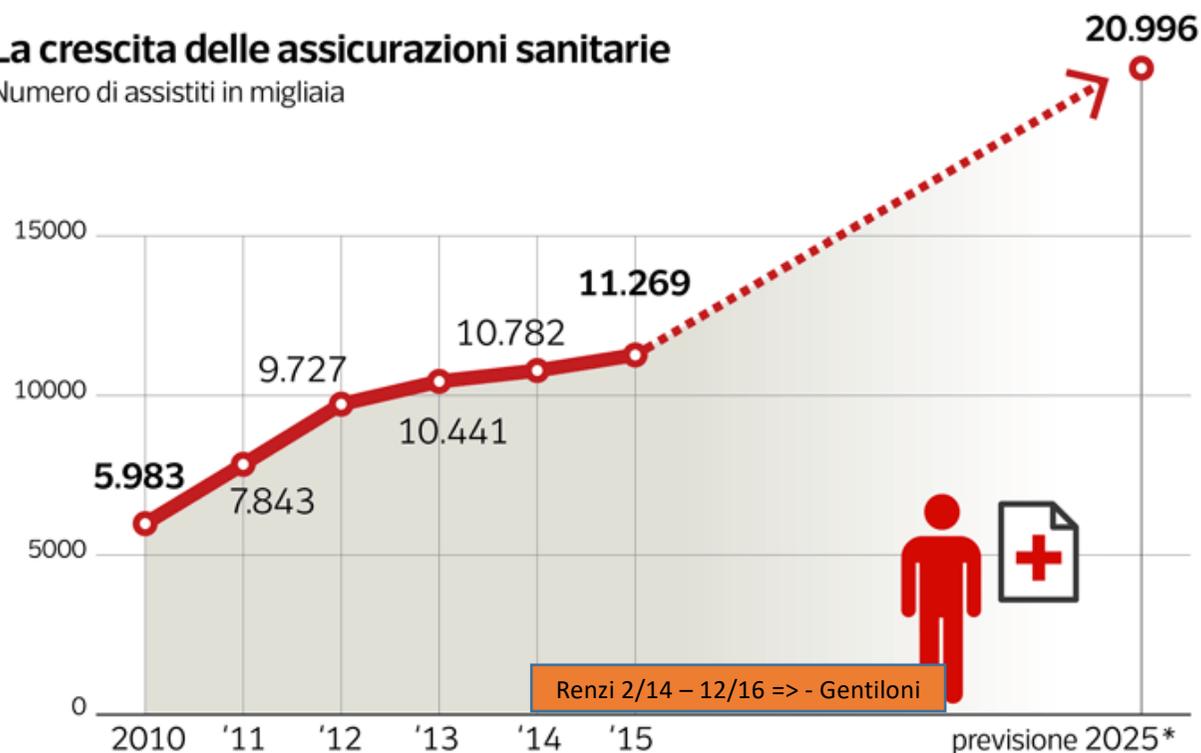
REGIME DI FINANZIAMENTO	2012	2013	2014	2015	2016	Tasso di variazione (%)	Incidenza percentuale anno 2016 sul totale di spesa corrente	Tasso di variazione (%)			
Regimi di assicurazione sanitaria a contribuzione obbligatoria	110.001	109.500	109.500	109.500	109.500	-0,5	-0,5	-0,5	-0,5	75,0	6,7
Pubblica amministrazione										1,2	74,7
Regimi di assicurazione sanitaria a contribuzione obbligatoria	404									2,5	0,3
Regimi di finanziamento volontari	3.160	3.160	3.160	3.160	3.160	0,0	0,0	0,0	0,0	4,9	-0,4
Assicurazioni sanitarie volontarie	2.200									-1,0	4,2
Regimi di finanziamento da parte di istituzioni senza scopo di lucro	417	467		570	566	12,0	9,2	11,8	1,1	0,4	-
Regimi di finanziamento da parte delle imprese	472	486	574	583	601	3,0	18,1	1,6	3,1	0,4	-
Spesa diretta delle famiglie	31.324	31.262	32.353	33.799	33.930	-0,2	3,5	4,5	0,4	22,7	2,0
Totale	144.485	143.648	146.150	148.029	149.500	-0,6	1,7	1,3	1,0	100,0	8,9

1. La spesa pubblica non recupera i tagli
2. L'aumento di spesa delle famiglie è diventato insostenibile
3. Aumenta il divario tra le due => squilibrio !!

Fonte ISTAT, 2017

La crescita delle assicurazioni sanitarie

Numero di assistiti in migliaia



Fonte: RBM Assicurazione Salute (2016) - *previsione: Aldo Piperno (2017)

Berlusconi
4/08-11/11

Monti
11/11
4/13

Letta
4/13
2/14

Detrazioni fiscali

Sono 8,2 milioni i dipendenti assicurati dal datore di lavoro tramite contratti collettivi, oppure fondi di categoria. Per loro è possibile dedurre dal reddito i contributi versati fino a 3.615,20 euro all'anno, oltre al 19% delle spese sanitarie non rimborsate (con una franchigia di 129,11 euro). Anche per il datore di lavoro i contributi versati per le polizze dei dipendenti sono interamente defiscalizzati. Quei 2,8 milioni di italiani che invece hanno una polizza individuale — pagata tra gli 800 e i 3.600 euro l'anno — possono portare in detrazione il 19% di tutte le spese sanitarie sostenute, anche quelle che sono state rimborsate.

GLOBALMENTE, GLI ITALIANI SPENDONO (spesa privata) 37,5 MLD € PER PRESTAZIONI SANITARIE E 10 PER LTC (Istat 2018)

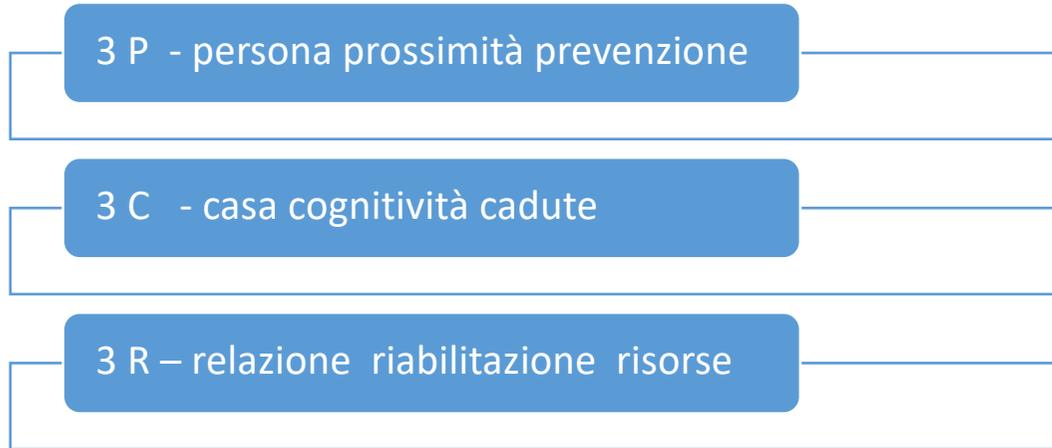
“I fondi assicurativi privati per LTC hanno alcune potenzialità, ma paiono destinati a rimanere prodotti di nicchia” (Ocse, 2011).

Cristiano Gori (Report NNA 2018, p.26)

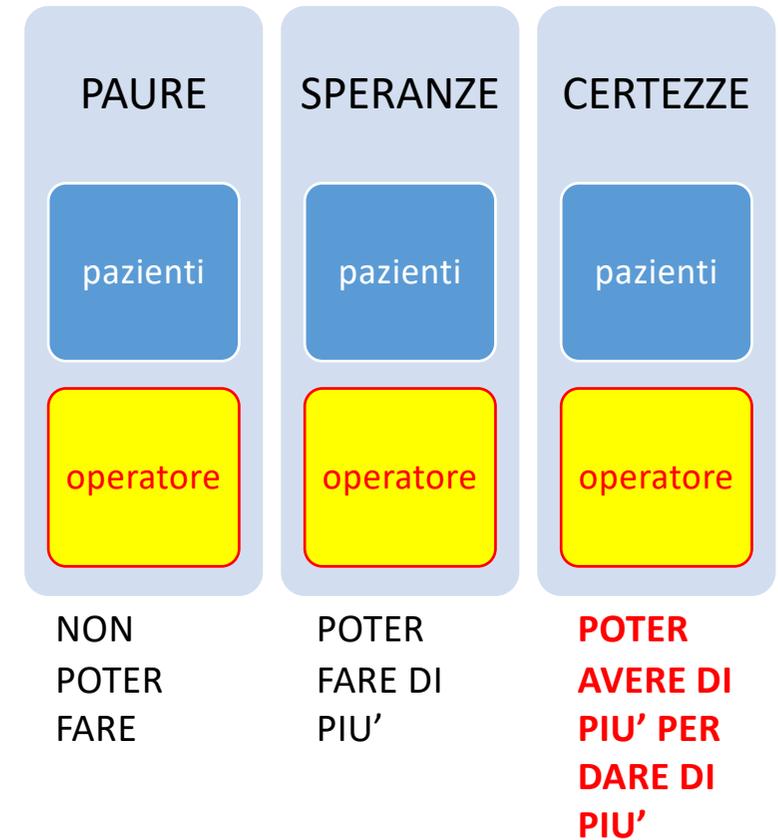
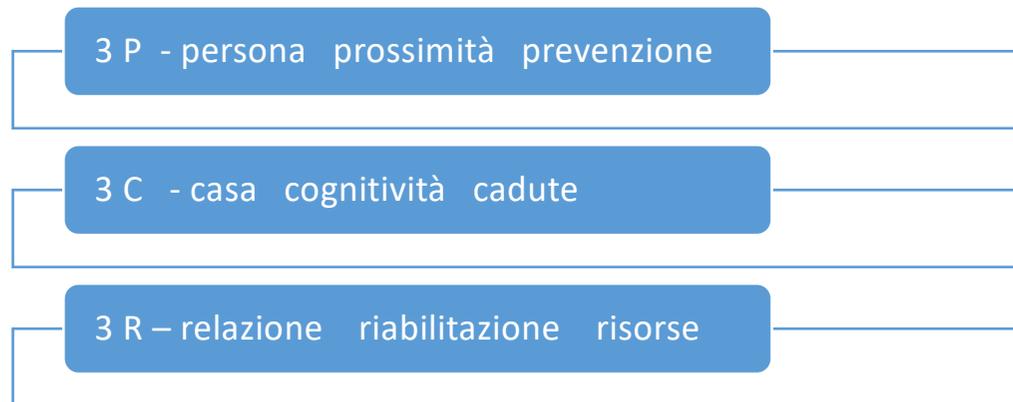
- *.....la principale risposta ai crescenti bisogni di LTC non può che provenire da un adeguato finanziamento pubblico.*
- *.....si scrive risorse economiche ma si legge scelte politiche: il punto consiste nel riuscire a trovare un spazio per il Long-Term Care tra le priorità del Paese.*
- *.... per rispondere la spesa dovrebbe salire dall'1,27% di oggi a circa l'1,7% del Pil. (la spesa pubblica per la complessiva protezione sociale è il 30,3% del Pil, quella al netto degli interessi sul debito il 46,1% e la spesa pubblica totale il 50,3%)*

LE PROPOSTE 3. - SEGUIRE I VISSUTI: PAURE, SPERANZE, CERTEZZE DEI PAZIENTI

I NODI CENTRALI - CAPIRE e diventare più consapevoli e rispettosi dei sentimenti delle persone



LE PROPOSTE 4. SEGUIRE I VISSUTI: PAURE, SPERANZE, CERTEZZE ANCHE DEGLI OPERATORI
I NODI CENTRALI - CAPIRE e diventare più consapevoli e rispettosi dei vissuti degli operatori del territorio



DI PIU'..... ?



PIU' TEMPO



ANNI DI SPESA
VS
ANNI DI DIRITTI ?

«ti ho curato» => per giorni (degenze sempre più brevi in ospedale,

«ti ho seguito» => per settimane, talora mesi

«ti conosco e ti accompagnerò» => per molti moltissimi altri anni



RELAZIONE, PROSSIMITA', CASA (risorse)

**L'ASSISTENZA
AGLI ANZIANI
NON
AUTOSUFFICIENTI
IN ITALIA**

**6° Rapporto
2017/2018**

Il tempo delle
risposte

« la vera innovazione (del Long-Term Care) non è, per dirla con gli economisti, “di prodotto”, (individuare un nuovo servizio), bensì “di processo”, (trovare modalità operative nuove per far funzionare nella pratica soluzioni ben note, ma di difficile realizzabilità).

È un tipo d'innovazione particolarmente impegnativa, perché non ha il fascino che l'attivazione di ogni nuova risposta porta con sé, ed obbliga chi lavora nella rete del welfare locale ad interrogarsi sulle proprie difficoltà. «

C. Gori

FRAGILITA'

a tutte le età

Polipatologie

Politerapie

«cronicità»

Difetti sensoriali

Fragilità socio-
economiche

Fragilità abitative

Fragilità autonomia e
qualità di vita



LONGEVITA'

Aumento grandi anziani
(transito baby boom
1961-76 => >65a)

2030: 3 milioni >80a

1,3 mil. >95a

Certo e intenso aumento
età media

CURE DI LUNGO TERMINE

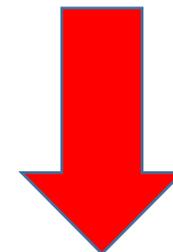
Polipatologie/Politerapie
Nonautosufficienza



Paure

Speranze

Certezze



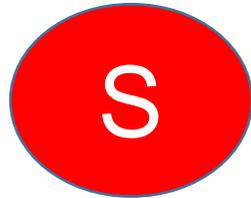


FATTORE Solitudine

Gran parte di questi problemi è causato o amplificato dalla solitudine
La solitudine è una malattia ?

*“la solitudine... è come il rintocco di un pesante martello: riduce in frantumi il vetro,
ma non temprava l'acciaio” (Amos Oz)*

Solitudine



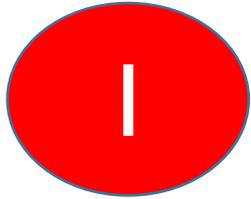
Della persona

Operatore

La medicina non
ha rimedi

Condizione da
riconoscere e
affrontare,
forse anche
rafforzando
l'identità di
tutti gli
operatori del
«territorio»





FATTORE IDENTITA'

ABBIAMO BISOGNO DI POTENZIARE LE NOSTRE CERTEZZE DELLE RISORSE («*avere*»), ED ANCHE QUELLE COLLEGATE AD UNA NOSTRA PIU' FORTE IDENTITA' («*essere*»)

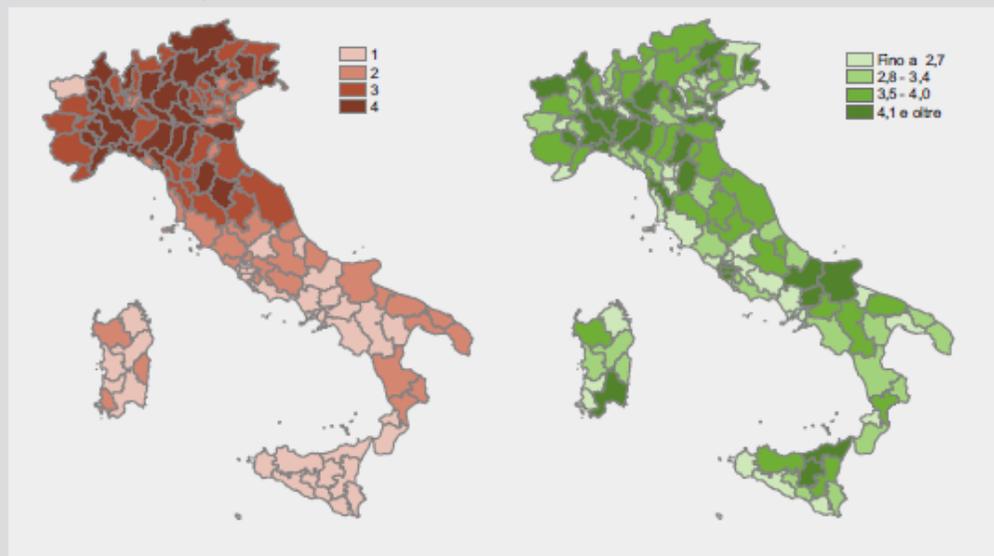
PROFESSIONALE
RELAZIONALE
MOTIVAZIONALE
DI APPARTENENZA

Il Distretto rappresenta il luogo giusto della nostra identità di lavoratori territoriali

CARD è l'Associazione giusta perché multi/inter-professionale, in grado di esserne un catalizzatore PER DARCI PIU' FORZA DI PERSUASIONE

OFFERTA SANITARIA TERRITORIALE NON OSPEDALIERA

Figura 5.2 I profili dell'offerta sanitaria territoriale non ospedaliera (sinistra) e posti letto totali (destra) - Anno 2015 (valori per mille abitanti)

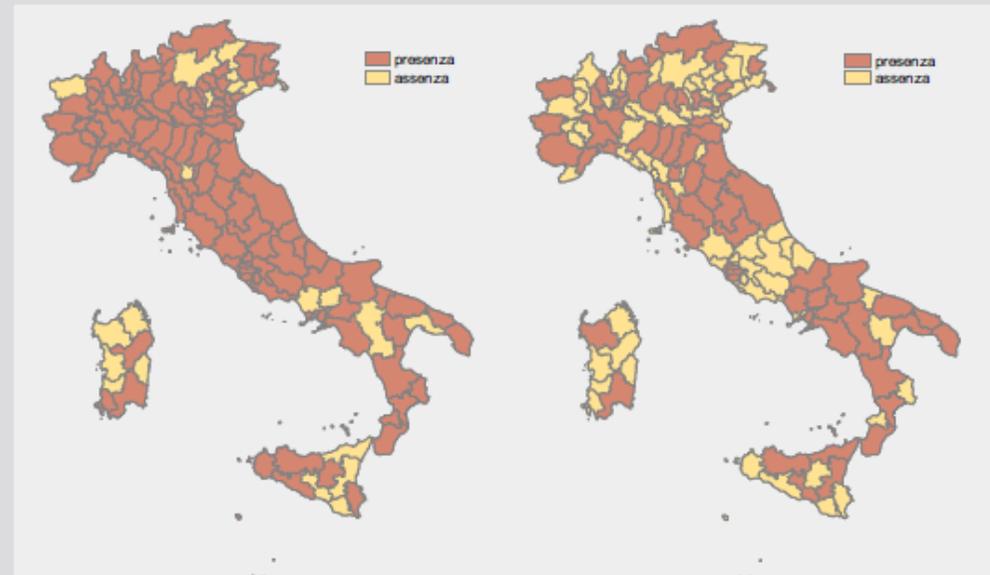


Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della salute

**LA POLITICA RICEVE
DOMANDA E PRESSIONE
forse anche a causa di debole
identità professionale e di
appartenenza ?**

OFFERTA OSPEDALIERA (DEA I e II livello)

Figura 5.3 Presenza di Dea di I (sinistra) e II livello (destra) per Asl - Anno 2015



Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della salute

LA POLITICA RICEVE **ALTA
DOMANDA E PRESSIONE
forse anche grazie a **FORTE**
identità professionale e di
appartenenza ?**

PROPOSTE CARD (DI STUDIO) L'IDENTITA' DEGLI OBIETTIVI E DEGLI STRUMENTI

CURE DOMICILIARI

50 operatori/100.000 ab.

COPERTURA 5% pop.
ultra75enne

2,5% cure ad alta
complessità «PER IL
TEMPO CHE SERVE»

50% paz. > 80a con SCC

100% persone con PAI
inseriti in PDTA

Valutazione COSTI vs ESITI

CURE INTERMEDIE

OFFERTA 50 p.l.
/100.000 ab.

50% ad alta intensità

Gratuità per 6-8
settimane, s.c.

Valutazione COSTI vs
ESITI

CURE AMBULATORIALI TERRITORIALI

75% dei pazienti con
SCC, BPCO, Diabete con
complicanze riceve
almeno 2 visite/contatti
all'anno

75% > 80a hanno PAI
collegato a PDTA (es.
100% F.O. nei diabetici)

Valutazione COSTI vs
ESITI

LA STRUTTURA E L'ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE vs I DISTRETTI

Nel rispetto di ciascun SSR,
essere capaci di affermare:

COSA SERVE

COSA C'E'

COSA MANCA

SAPREMO CHIEDERE

- MAGGIORI Risorse vs chiari
obiettivi ++ sfidanti, validati,
con esiti ben valutati

POTENZIARE INTERAZIONI COOPERAZIONI INTEGRAZIONI CON L'OSPEDALE

LE FRAGILITA' E LE CURE LONG TERM
SONO NEL « BUON DISTRETTO »
PER ALIMENTARE LE LORO E LE NOSTRE
SPERANZE

PER RIDURRE LE LORO E LE NOSTRE
PAURE

PER RAFFORZARE LE LORO E LE
NOSTRE CERTEZZE

FRAGILITA'

- Medico-clinica
- Socio-economica
- Socio-abitativa
- Relazionale
- Chiedere e ricevere sostegno e supporto
- Possibilità di recupero-ripresa, di modificare lo stato attuale

DI CHI SONO
QUESTI PAZIENTI ?

Sono
NEL e DEL
DISTRETTO !

DI CHI SONO
QUESTI
PAZIENTI ?

pg.dacol@gmail.com

5-7 a.

Piero (72), Enrico (8),
familiari convivono da
loro grave demenza s
comportamentali =

Carlotta (15), Matteo
affrontano ogni giorno
disabilità con gravi pro
molti altri anni

= > 2-

ente
15 anni =>