



**ARS TOSCANA**  
agenzia regionale di sanità

# **ASSISTENZA CONTINUA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI: COSA VALUTARE PER AGIRE**

*Firenze 21 APRILE 2015*

**“Lettura su  
*Governance di sistema e di produzione*”**

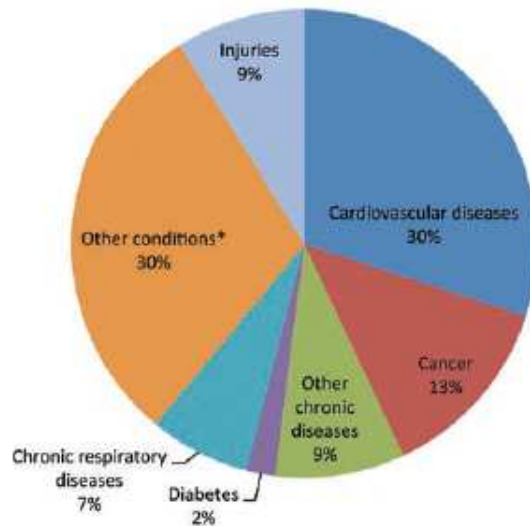
***Prof. Gianfranco Damiani***

*UNIVERSITA' CATTOLICA DEL SACRO CUORE*

Con la collaborazione della  
Dott.ssa Anna Acampora

# Transizione epidemiologica ed Economic Burden of Diseases

NEL MONDO:



Non Communicable Diseases constitute more than 60% of deaths worldwide ( Bloom 2011)

## LE PATOLOGIE CRONICHE: QUANTO INCIDONO SUL PIL?

- Si stima che il costo delle patologie croniche e dei loro fattori di rischio incida sul PIL di una nazione tra lo 0.02 % e il 6.77% (Oxford Health Alliance, *Economic consequences of chronic diseases and the economic rationale for public and private intervention 2005*)
- Si ritiene che nei prossimi vent'anni il costo delle patologie croniche superi i 38 trilioni di dollari ( 48% del PIL globale nel 2010) (World Economic Forum and Harvard School of Public Health, *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases 2011*)

IN ITALIA:

•**38,6%** dei residenti dichiara di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche

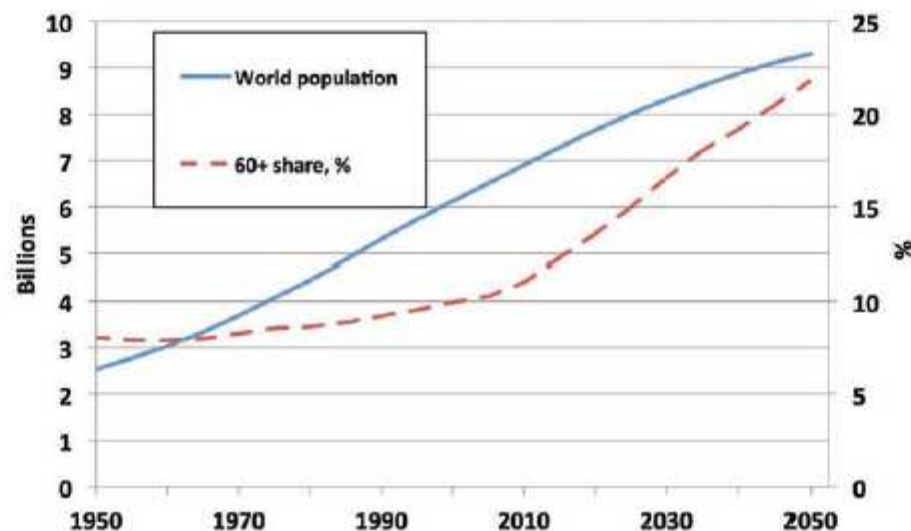
•**20,1%** ha almeno due patologie croniche e tra gli **over 75** la percentuale tocca il **68,2%** dei "grandi vecchi"

Fonte ISTAT 2011. Annuario Statistico Italiano 2011



COMMITTED TO  
IMPROVING THE STATE  
OF THE WORLD

**Figure 2: The world population is growing and getting older**



LA POPOLAZIONE  
INVECCHIA....  
La quota media di  
anziani **over 80**  
pari al **3.9%** nel  
**2010**, si prevede  
pari al **10%** nel  
**2050** tra i Paesi  
**OECD**.

Source: (United Nations Population Division, 2011)

The World Health Organization defines DALYs (Disability Adjusted Life Years) as "The sum of years of potential life lost due to premature mortality and the years of productive life lost due to disability." (World Health Organization, 2011b) A DALY is a healthy life year lost.

Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z., & Weinstein, C. (2011). *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum.

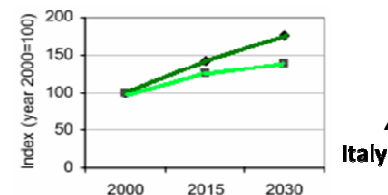
## IN ITALIA

12,3% over 65 (2011) ➡ 16,6% (previsoni 2030)  
6,03% over 80 (2011) ➡ 8,93% (previsoni 2030)

Fonti: ISTAT 2011. Il futuro demografico del paese.

OECD (2011), "Labour Force Statistics: Population projections", OECD Employment and Labour Market Statistics (database). doi: 10.1787/data-00538-en  
Censis-ASSR, 2004. Analisi comparativa dei principali servizi per gli anziani non autosufficienti; OECD Health Statistics 2014

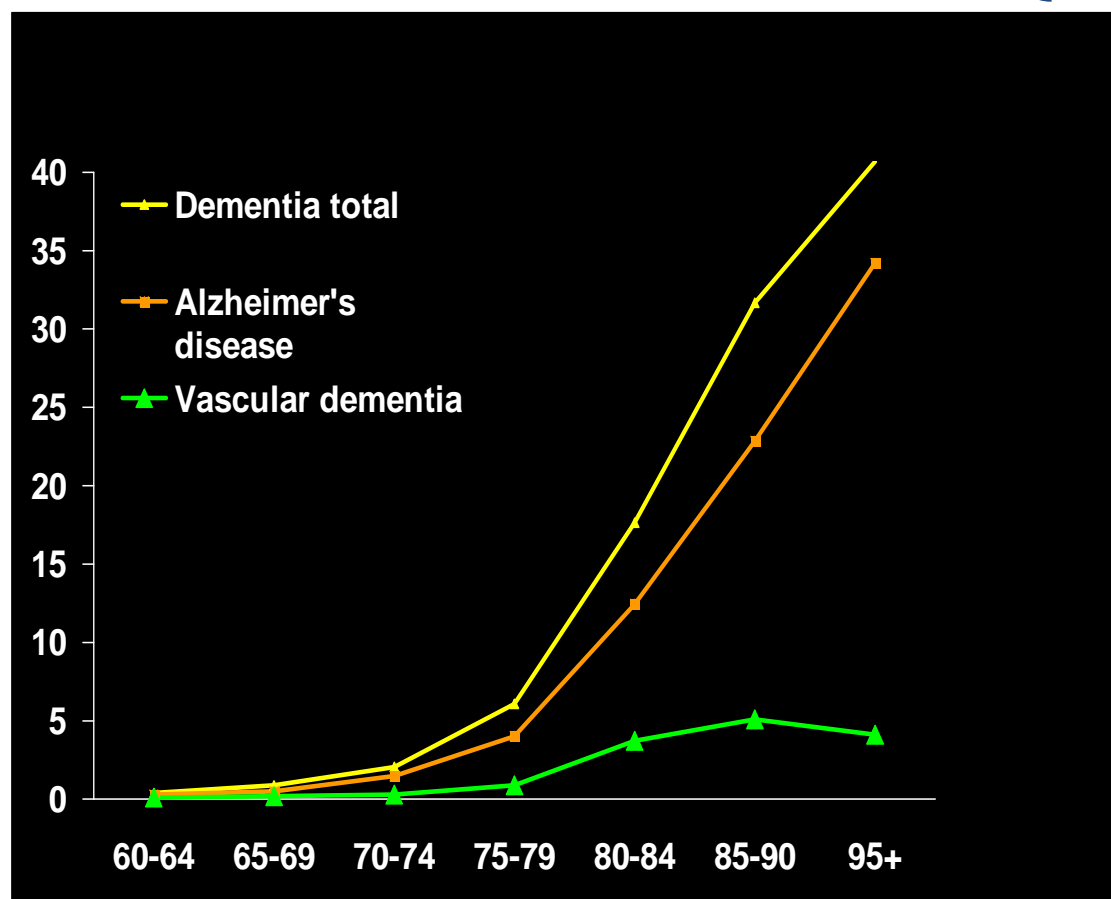
## Projections of disability trends



**Disabilità over 65**  
2.731.419      3.569.210  
**Anno 2010**      **Anno 2025**

Italy

# Prevalence of Dementia (%)



Fonte: Ott A, Breteler MMB, van Harskamp F, Claus JJ, van der Cammen TJM, Grobee DE, Hofman A, Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study, *BMJ*, 1995; 310:970-3

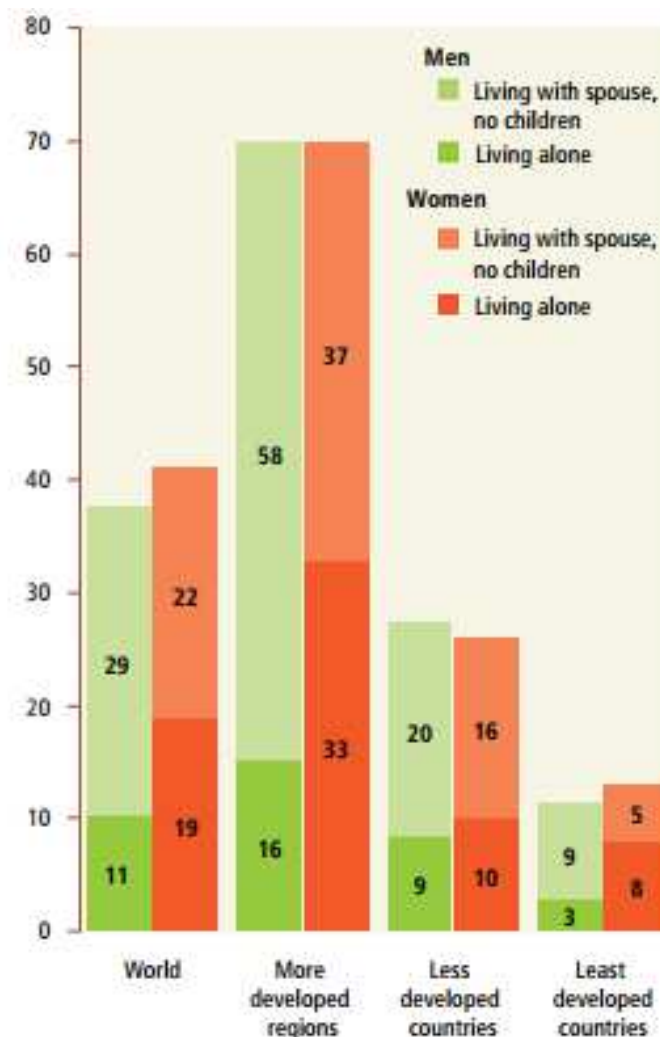
A livello mondiale, si stima che il **40 %** delle **persone anziane vive da sola**.

Circa  $\frac{3}{4}$  della popolazione anziana nei Paesi maggiormente sviluppati vive da sola, rispetto ad  $\frac{1}{4}$  nei Paesi meno sviluppati.

In **Italia** oltre un anziano su quattro, ossia il **27,1 %** degli **over 65 vive da solo**. Tra le donne il dato è pari al 36,9 %.

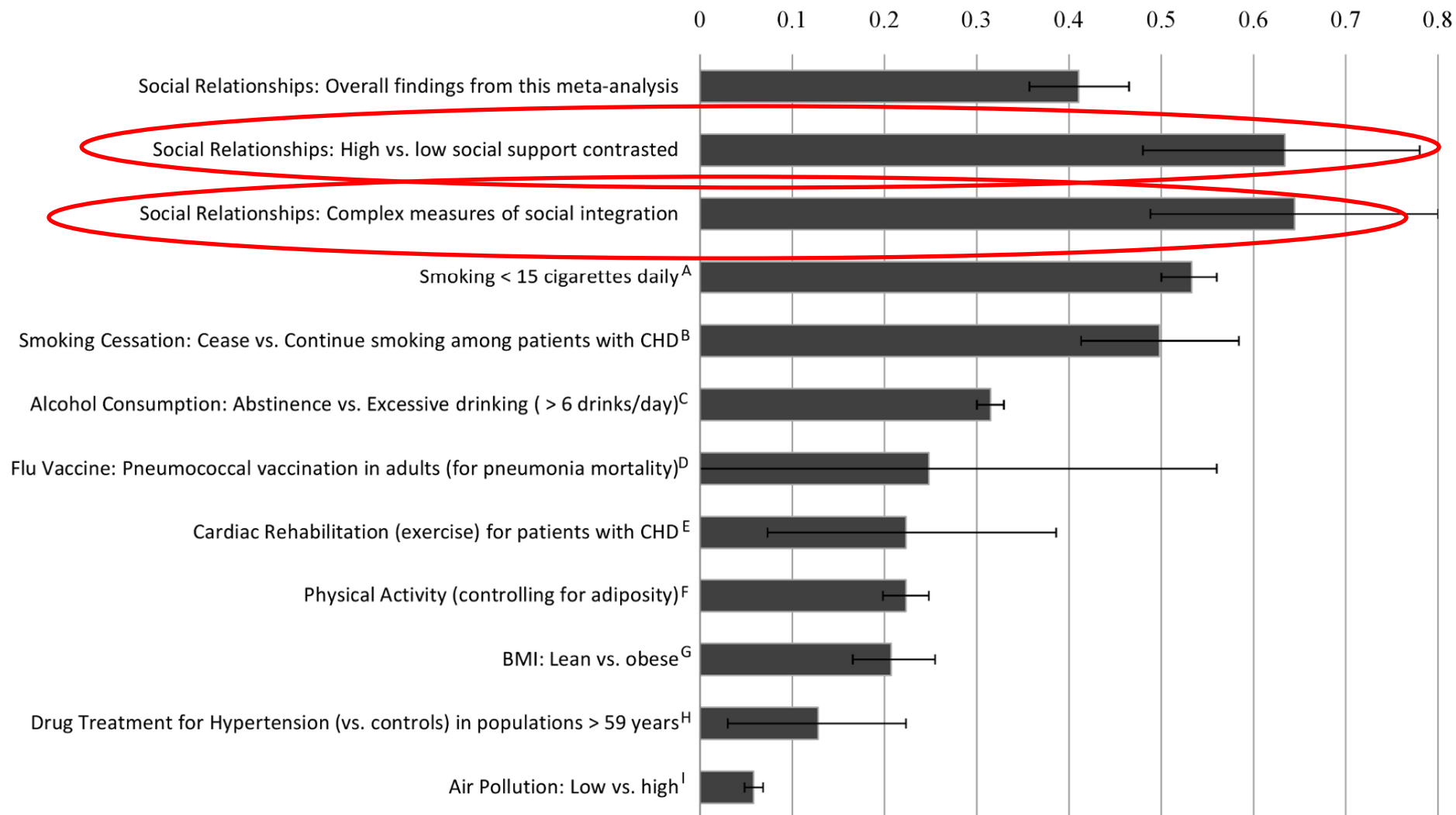
*“The predominance of independent living among older persons is likely to increase as the world’s population continues to age”.*

Percentage of population aged 60 or over living independently



Fonte: Population Ageing and Development 2012, disponibile in:  
[http://www.un.org/esa/population/publications/2012WorldPopAgeingDev\\_Chart/2012PopAgeingandDev\\_WallChart.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/2012WorldPopAgeingDev_Chart/2012PopAgeingandDev_WallChart.pdf);  
<http://www.italiachiamaitalia.net/news/121/ARTICLE/20721/2010-03-16.html>.

# Relazioni sociali e rischio di mortalità



Fonte: Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine*, 7(7), e1000316.

## **Time for a Paradigm Shift?**



## Cambio di paradigma

	Patologia acuta	Patologia cronica
<b>Esordio</b>	Improvviso	Subdolo
<b>Decorso</b>	Intervallo di tempo definito	Lento, progressivo, mutevole
<b>Causa</b>	Individuabile in maniera univoca	Molteplici e aspecifiche
<b>Diagnosi e prognosi</b>	Solitamente accurate	Diagnosi incerta e prognosi ignota
<b>Trattamento e cura</b>	Limitato nel tempo, ma efficace. Possibilità di risoluzione completa	Duraturo e personalizzato. Non esiste risoluzione completa
<b>Tipo di assistenza</b>	Di primo livello anche se spesso di secondo livello	Quasi sempre di primo livello
<b>Evoluzione</b>	Guarigione, sequele, morte	Ingravescente, con complicanze e recrudescenze, non guarigione, morte
<b>Follow-up</b>	Tempo limitato definito	Necessario e periodico
<b>Ruolo del paziente</b>	Inconsapevole, responsabilità «Passivo» tranne nelle fasi di rilascio del consenso informato e della <i>compliance</i> terapeutica	Consapevole, responsabilità «Attivo»
<b>Comorbidità</b>	Rare	Probabili acute o croniche
<b>Carattere</b>	Minima incertezza	Incertezza pervasiva



# Cambio di paradigma

Condizione

ACUZIE

«QUI ED ORA» IN RISPOSTA AD  
INSORGENZA DI NECESSITA  
SPECIFICA

Ruolo assistito

RIDOTTO E PASSIVO

Paradigma

CRONICITA'

«CON CONTINUITA' IN PIANO  
DI ASSISTENZA» CON  
INTEGRAZIONE PRE-DEFINITA  
INTERVENTI SU BISOGNI  
VALUTATI ANTICIPATAMENTE

RILEVANTE ED  
ATTIVO



Il passaggio dal paradigma dell'acuzie a quello della cronicità implica che il sistema di offerta sanitaria e sociosanitaria sviluppi elementi che facilitino l'**integrazione** dei servizi sul paziente, **alleato** e volano del sistema, determinando trattamenti coordinati e continui nel tempo, orientati al soddisfacimento di **bisogni di salute** individuali e complessi.

Home  
WHO/Europe home page

Where we work  
Our work in European countries

What we do  
Data and evidence, health topics, events

What we publish  
Books, fact sheets, press releases, reports

Who we are  
About us, our partners and networks

What we do > Health topics > Health policy

## Health 2020: the European policy for health and well-being



### Strategic objectives

- ▶ Reducing inequalities
- ▶ Better governance

### Priority areas

- ▶ Life-course approach
- ▶ Burden of disease
- ▶ Health systems
- ▶ Resilient communities

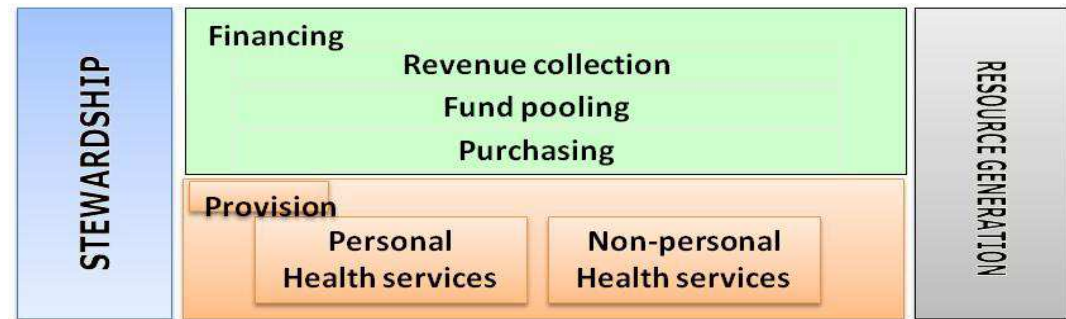
***“Health 2020 remains committed to a primary health care approach as a cornerstone of health systems in the 21st century. Primary health care can respond to today’s needs by fostering an **enabling environment for partnerships to thrive**, and encouraging people to participate in new ways in their treatment and take better care of their own health. **Making full use of 21st-century tools and innovations such as communications technology – digital records, telemedicine and e-health – and social media can contribute to better and more cost-effective care. Recognizing patients as a resource and as partners, and being accountable for patient outcome are important principles”*****

# La non autosufficienza: target dell' Assistenza primaria

**Comprehensiveness:**  
attenzione rivolta ai  
bisogni di salute del  
paziente nel suo  
complesso



# Stewardship



Murray, C. J., & Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the world Health Organization*, 78(6), 717-731.

Si articola in **sei** sub-funzioni:

- **Overall system design**

Progettazione complessiva del sistema indirizzando in maniera sinergica e coerente alla realizzazione di obiettivi di salute e di appropriatezza dell'assistenza i restanti tre aspetti chiave di un sistema sanitario: finanziamento, offerta di servizi, capacità di generare risorse per lo sviluppo sostenibile;

- **Performance assessment**

Programmazione e Valutazione dell'assistenza sia a livello di comunità (piani e report di salute) che di percorso individuale (piano di assistenza individuale e monitoraggio);

- **Priority setting** (chi ottiene, cosa, a fronte di quale spesa);

- **Intersectoral advocacy**

Sostegno intersettoriale: promozione di interventi in settori non sanitari aventi riflessi sulla salute;

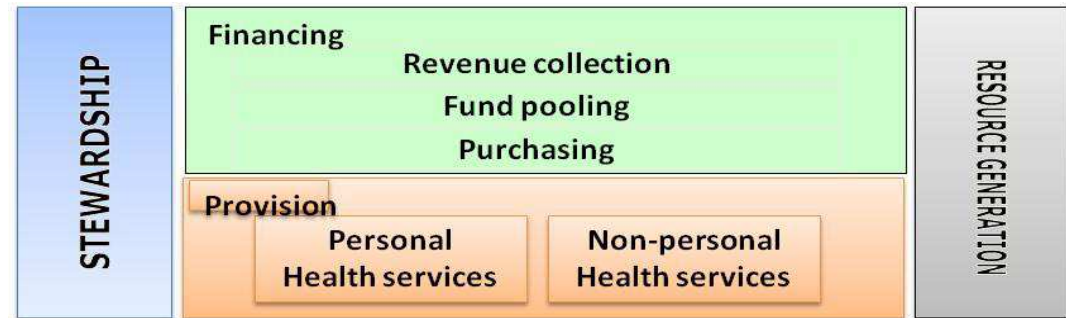
- **Consumer protection**

Protezione del "consumatore": fissare principi che assicurino ai cittadini sicurezza nella fruizione dei servizi sanitari e negli ambienti di vita e di lavoro.

- **Regulation**

Determinazione delle regole; (es legislazione)

# Stewardship

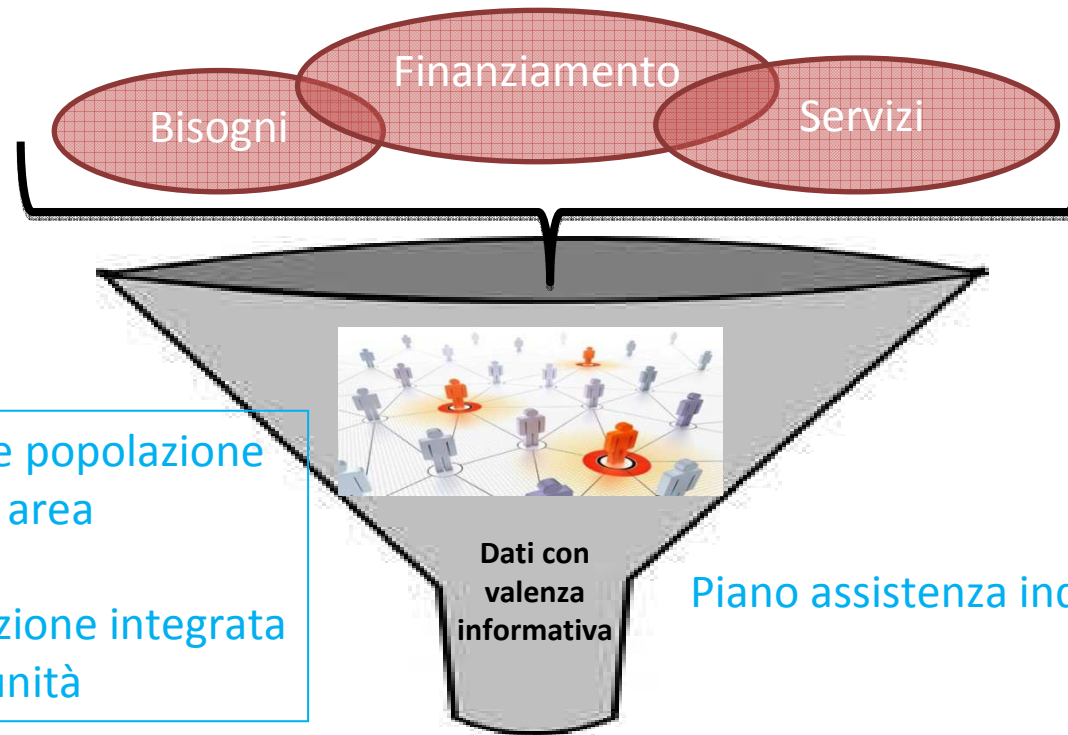


The stewards of a health system have a responsibility to ensure the health system operates according to governance principles. The actions of stewardship are all about improving health in contrast to many governance actions. *WHR 2000*

## ***Stewardship: subfunzioni***

1. generazione dell'intelligenza (gestione basata sulla conoscenza);
2. formulare un quadro strategico;
3. garantire strumenti per l'implementazione;
4. stabilire e mantenere collaborazioni e partnership;
5. creare una coerenza tra gli obiettivi della *policy*, la cultura e la struttura dell'organizzazione;
6. garantire la responsabilità (*accountability*).

Travis P,. Towards better stewardship: concepts and critical issues. Geneva, WHO, 2002. <http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf>



- Piano salute popolazione residente in area geografica
- Programmazione integrata servizi comunità

**Appropriatezza interventi Salute**

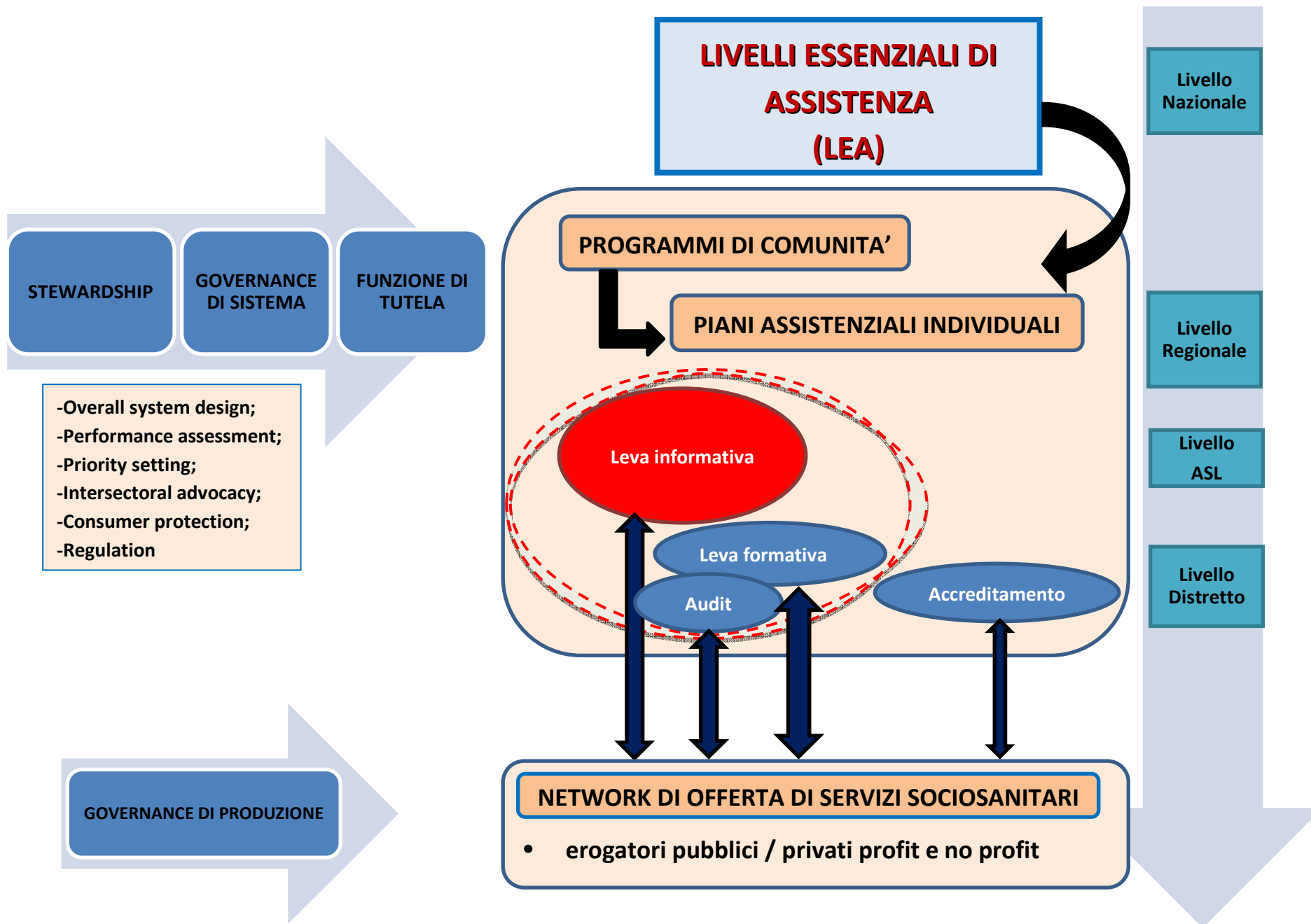
- Necessità di programmazione e monitoraggio di comunità (programmi comunitari)



- Necessità di programmazione e monitoraggio a livello individuale (piani di assistenza individuali)



“Electronic health records are the wave of the future.”



# Accountability dei livelli istituzionali

per la funzione di tutela degli anziani con bisogni  
socio-sanitari complessi

"...*good governance and public policy implication with the maximum achievable effectiveness and efficiency (not to be confused with mere savings), and the same standards of transparency, accountability and responsibility required from health professionals..*"

Fonte: Ortún Vicente Primary care at the crossroads. Gac Sanit. 2013;27(3):193–195.

L'importanza della stewardship/governance pubblica di sistema deve essere oggettivata in termini di **obiettivi, responsabilità, metodologie, strumenti** basati sull'evidenza con lo stesso **rigore scientifico** richiesto ai professionisti che offrono servizi (Ortun, 2013)



# Governance di Sistema o *Stewardship* per la non-autosufficienza

(6 Funzioni principali della Governance di Sistema)	Regione Toscana
<b>Progettazione complessiva del sistema</b>	Testi integrati L.R.40/2005 e L.R. 41/2005; L.R.66/2008 "Istituzione del Fondo Regionale per la Non-Autosufficienza"; Delibera Giunta Regionale 402/2005 P.I.S.R.- <i>Piano Integrato Sociale regionale</i> 2007 - 2010 P.I.S.S.R.- <i>Piano Integrato Sanitario e Sociale Regionale</i> 2008-2010 e 2012 - 2015 <i>Progetto per l'assistenza continua alla persona Non-Autosufficiente</i> (DGR
<b>Programmazione e valutazione dell'assistenza:</b> programmi di comunità (piani e report di salute) percorso individuale (piani di assistenza individuale e monitoraggio)	<b>Report UVM</b> Sistema di Valutazione Performance nelle Aziende e nei Distretti Assegnazione obiettivi alle Aziende Sanitarie (DGR 486/2005)
<b>Definizione dei livelli di priorità</b> (chi ottiene cosa a fronte di quale spesa)	<i>Progetto per l'assistenza continua alla persona Non-Autosufficiente</i> - Cap.4 (DGR 370/2010)
<b>Sostegno intersettoriale</b> (promozione di interventi anche in settori non sanitari che hanno riflessi sulla salute)	Integrazione Socio Sanitaria (L.R. 40/2005 e L.R 41/2005 Titolo IV; Progetto per l'assistenza continua alla persona Non-Autosufficiente) Integrazione con le Politiche pubbliche (Titolo V Art. 54 e 55 L.R 41/2005)
<b>Protezione del "consumatore"</b> (principi che assicurano la sicurezza nella fruizione dei servizi negli ambienti di vita e di lavoro)	Progetto Qualità , Equità e Sicurezza in RSA Commissione aziendale di vigilanza e controllo sulle strutture per anziani, disabili e minori
<b>Determinazione di regole</b> (Legislazione, Regolamenti, Accredimento etc.)	Tutta la normativa precedentemente illustrata "Regolamento Generale di Organizzazione" Accredimento (l.r. 82/2009 ; l.r. 51/2009)

# Governance di Sistema o Stewardship

## Livelli di Governance di sistema – Regione Toscana

Regionale		Assessorati...
Locale	Livello di governo	<b>AUSL</b> <b>Distretto</b> <b>Società della Salute</b> <b>Conferenza zonale dei sindaci ...</b>
	Livello di coordinamento e operativo	<b>PUA di zona</b> (Punto Unico di accesso) <b>UVM</b> (Valutazione Multidimensionale); <b>PAP</b> (Piano di Assistenza Personalizzato)

# Governance di produzione

Meccanismi di *decision making* clinico – assistenziale nell'offerta di una rete di servizi cui concorrono erogatori pubblici, privati, profit e no profit.

- **Raggiungimento di obiettivi di salute nel rispetto dell'appropriatezza richiesta dal sistema e della sostenibilità economica dell'erogazione.**
- Strumenti volti al coordinamento di un *network* di offerta di servizi centrato sulla persona
- Riferimento ad un sistema di un finanziamento per obiettivi di appropriatezza e salute *area-based*
- Controllo esterno da parte della *Governance* di Sistema

## Livelli di *Governance* di produzione – Regione Toscana

### Unità Funzionali della Zona-distretto

(Art.66 comma 4 l.r. 40/2005)

- **Attività sanitarie di comunità**
- Salute mentale
- Assistenza ai tossicodipendenti e alcolisti
- **Assistenza sociale/Alta integrazione**

### Cooperative

Esternalizzazione servizi per assistenza domiciliare integrata

Esternalizzazione servizi di assistenza infermieristica e di aiuto alla persona in RSA

**Assegnazione tramite gare**

**RSA**

**Accreditate**

**GRAZIE PER  
L'ATTENZIONE**