



Assistenza per le persone con malattie croniche multiple in Italia: politiche e pratiche*

Maria Gabriella Melchiorre^a, Sabrina Quattrini^a, Roberta Papa^a, Francesco Barbabella^a, Ermellina Zanetti^b, Giovanni Lamura^a

Punti chiave

- L'Italia è un paese ad elevato tasso di invecchiamento, dove il 46% della popolazione di 50 anni e oltre soffre di multimorbidità.
- Le nuove politiche e i programmi di assistenza rivolti alla multimorbidità presentano buoni risultati preliminari in termini di integrazione/collaborazione tra servizi/erogatori di assistenza, trasferibilità, cambiamento nell'utilizzo delle risorse e coinvolgimento degli assistenti informali.
- Nonostante questi sviluppi, l'attuale crisi finanziaria e i relativi tagli alla spesa pubblica socio-sanitaria influiscono sulla sostenibilità dell'intero sistema di welfare.
- Gran parte dell'assistenza rivolta ai malati cronici (soprattutto anziani) che soffrono di multimorbidità continua così ad essere gestita e supportata principalmente dalla famiglia.



Cofinanziato dal
Programma
Salute dell'Unione
Europea

Questo rapporto proviene dal Progetto 'Innovare l'assistenza per le persone con malattie croniche multiple in Europa' (ICARE4EU) che è stato finanziato dall'Unione Europea, nell'ambito del Programma Salute.

* La presente pubblicazione rappresenta la versione italiana, a cura di Sabrina Quattrini, del testo: Melchiorre MG, Quattrini S, Papa R, Barbabella F, Zanetti E, Lamura G, Caring for people with multiple chronic conditions in Italy: policy and practices. Country Factsheet Italy for the ICARE4EU Project, luglio 2014
http://www.icare4eu.org/pdf/Country_Factsheet_Italy_ICARE4EU.pdf.

^a Centre for Socio-Economic Research on Ageing, National Institute of Health & Science on Ageing (INRCA), Ancona, Italy

^b Geriatric Research Group (GRG), Brescia, Italy

1. Multimorbidità: una sfida per l'erogazione delle cure

Fino a tempi recenti, la multimorbidità – quale presenza di più di una malattia cronica in uno stesso soggetto - non ha ricevuto molta attenzione da parte dei responsabili politici Europei. Tuttavia, tale tendenza sta cambiando alla luce della consapevolezza che il numero di persone con multimorbidità sta rapidamente crescendo. Attualmente, si stima che 50 milioni di persone (per lo più anziani) nell'Unione Europea soffrono di più malattie croniche¹, le quali influiscono profondamente sulla loro qualità della vita (fisicamente, ma anche mentalmente e socialmente). Ciò comporta una crescente domanda di cure multidisciplinari specifiche per le complesse esigenze delle persone con multimorbidità.

Purtroppo la collaborazione interdisciplinare tra i vari settori (cure primarie e ospedaliere, assistenza sociale e domiciliare, servizi per la comunità) è spesso ostacolata dai diversi assetti organizzativi e finanziari che li caratterizzano. Inoltre, la maggior parte dei modelli di erogazione delle cure si basano su un approccio orientato alla singola patologia, con conseguenti frammentazione o sovrapposizione nell'assistenza a persone con multimorbidità e impatto negativo su qualità ed efficienza delle cure, benefici per i pazienti e costi.

RIQUADRO 1. IL PROGETTO ICARE4EU

Il progetto ICARE4EU mira a identificare, descrivere e analizzare i modelli più innovativi di assistenza integrata per le persone con multimorbidità in 30 paesi europei, per agevolare una più efficace implementazione.

A tal fine, un esperto per ogni paese è stato incaricato di identificare i rispettivi programmi nazionali/regionali/locali focalizzati sull'assistenza di persone adulte (o anziane) con multimorbidità, o che contengono comunque elementi specifici dedicati a questo target di pazienti. In questo Progetto la multimorbidità è definita quale *'presenza/diagnosi di due o più malattie (somatiche o psichiatriche) croniche (non completamente curabili) o di lunga durata (da almeno sei mesi), delle quali almeno una di natura prevalentemente somatica'*. I programmi idonei ai fini dello Studio devono prevedere una cooperazione formale tra due o più servizi, dei quali almeno uno medico, e una valutazione già effettuata o pianificata. Per ciascun programma ammissibile, l'esperto nazionale (o il responsabile/manager del programma) ha provveduto alla compilazione di un questionario online. Inoltre, gli esperti hanno anche fornito dati di background sul rispettivo contesto nazionale, col supporto di ulteriori informazioni provenienti da banche dati europee e fornite dai partners del Progetto.

Lo Studio prevede anche l'identificazione di buone pratiche sulla base di tutti i dati disponibili, in aggiunta a visite di approfondimento in loco (site visits), al fine di reperire ulteriori dati qualitativi da diverse prospettive (ad esempio managers, erogatori di cure, pazienti). L'analisi dei programmi più promettenti fornirà conoscenze su come implementare con successo modelli assistenziali per la multimorbidità in diversi paesi europei. Per maggiori informazioni: www.icare4eu.org.

I modelli di cura integrati hanno il potenziale per superare queste problematiche tramite un approccio olistico e un uso efficiente delle risorse. Tali modelli sono caratterizzati da un'assistenza proattiva multidisciplinare centrata sul paziente e ben coordinata, con utilizzo di nuove tecnologie a supporto sia dell'autogestione dei pazienti, sia di una migliore collaborazione tra gli erogatori di cure. Il Progetto ICARE4EU (Riquadro 1) esplora nuovi modelli di cura dedicati all'assistenza integrata di persone con multimorbidità in 30 paesi europei. Questa pubblicazione ne descrive lo sviluppo in Italia.

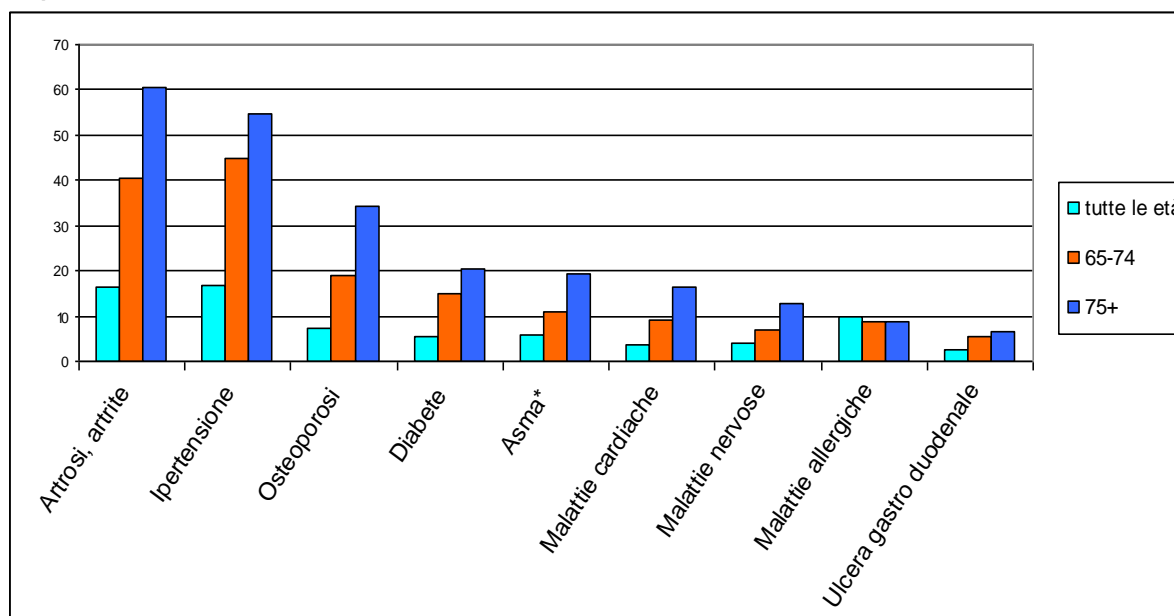
2. La sfida della multimorbidità in Italia

Nel 2011 in Italia si rilevano 59,3 milioni di abitanti, dei quali il 20,5% di 65 anni e oltre, e il 6% di 80 anni e oltre². In Europa (UE-27) le corrispondenti percentuali sono di minore entità (rispettivamente 17,6% e 4,8%).

Circa il 26,6% della popolazione italiana ha riferito di soffrire di almeno una malattia o di un problema di salute di lunga durata³. La figura 1 mostra la prevalenza di alcune importanti malattie croniche, evidenziando che i tassi di prevalenza sono molto più elevati per le persone con un'età di 75 anni e oltre (soprattutto per quanto riguarda l'artrite).

In riferimento al verificarsi di 14 condizioni croniche auto-riferite, è stato stimato che circa il 46% della popolazione di 50 anni e oltre soffre di multimorbidità, con diagnosi di almeno due tra le 14 condizioni croniche qui considerate⁴.

Tavola 1. Prevalenza di alcune importanti malattie croniche in Italia nel 2013, stime della popolazione totale (tutte le età , 65-74 , 75+) (% di 100 unità nella stessa classe di età)



*Bronchite cronica, asma bronchiale

Nel 2011, l'Italia ha speso il 9,2% del suo Prodotto Interno Lordo (PIL) per l'assistenza sanitaria, con un aumento di quasi il 23% rispetto al 1998 (7,5%). Nello stesso periodo, in Europa si registra un analogo incremento, con una spesa per l'assistenza sanitaria cresciuta dal 7,9% al 9,6% (+21,5%)⁵. L'ammontare relativo di spesa sanitaria in Italia (quale percentuale del PIL) si è così attestato sulla media Europea ed è anche in linea con i paesi del Mediterraneo come la Grecia (9,1%) e la Spagna (9,3%), ma al di sotto del Portogallo (10,2%) e della maggior parte dei paesi del nord Europa. Per alcune caratteristiche generali del sistema sanitario e di assistenza sociale in Italia si veda l'Appendice 1.

3. La risposta italiana alla sfida della multimorbidità

Per far fronte all'aumento del numero di cittadini affetti da malattie croniche, e delle persone con multimorbidità in particolare, l'Italia ha introdotto politiche e misure nuove con lo scopo di adeguare e innovare il sistema sanitario e le pratiche assistenziali, per renderli meglio rispondenti alla sfida di soddisfare i numerosi e complessi bisogni di questi pazienti.

Politiche sulla cura della multimorbidità

L'Italia ha delineato i principi fondamentali della sua politica per la cura delle patologie croniche nel 2005⁶, quando l'Istituto Superiore di Sanità e il Centro Italiano per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute hanno realizzato lo studio 'IGEIA: un progetto per la gestione integrata del diabete', con l'obiettivo di migliorare la qualità della gestione del diabete mediante l'attuazione di assistenza integrata⁷. Quale successivo passo, nel 2009 il Ministero della Salute Italiano ha promosso lo sviluppo dell'Alleanza Globale contro le malattie croniche respiratorie⁸.

Politiche specifiche in materia di gestione della multimorbidità sono state formulate dal Chronic Related Group (Gruppo di lavoro per la cronicità), istituito nel 2012 dalla Regione Lombardia quale modello innovativo di presa in carico territoriale della cronicità, per migliorare la continuità delle cure⁹. Altre politiche specifiche per della multimorbidità erano già state attuate nel 2008 da parte della Regione Toscana, con l'adozione del Chronic Care Model Expanded^c (Modello di cura della cronicità esteso), il quale focalizza, oltre la patologia, anche le condizioni sanitarie, sociali, economiche e culturali dei pazienti¹⁰. Anche il Punto Unico di Accesso (PUA) (istituito nell'84% dei distretti socio-sanitari) mira a garantire la presa in carico integrata dell'assistenza a pazienti con bisogni sanitari e sociali¹¹.

In complesso, la politica in materia di cura delle malattie croniche e della multimorbidità è stata avviata principalmente dal Ministero della Salute Italiano, dall'Istituto Superiore di

^c Il Chronic Care Model Expanded (Modello di cura della cronicità esteso, ECCM) rappresenta lo sviluppo del Chronic Care Model (Modello di cura della cronicità, CCM), e combina aspetti clinici degli individui con iniziative di sanità pubblica. Questo modello è stato adottato dalla Regione Toscana nel relativo Piano Sanitario Regionale 2008-2010. Nel progetto n. 2 (descritto nel RIQUADRO 2) solo il CCM è stato applicato.

Sanità e da alcune Regioni del Nord, in aggiunta a rappresentanti di pazienti/utenti, fornitori di cura formale/professionale e centri di assistenza. Tale politica ha inoltre stimolato alcune misure riguardanti la legislazione e la professionalizzazione degli operatori, quale ad esempio la redazione di una Guida Nazionale e di un Manuale di Formazione, entrambi elaborati nell'ambito del Progetto IGEA¹⁴.

Pratiche assistenziali rivolte alla multimorbilità

Sulla base delle informazioni riferite dall'esperto italiano e dai responsabili dei programmi, nella prima metà del 2014 sono state identificate in Italia sette pratiche assistenziali (o programmi di cura)^d rivolte a pazienti con multimorbilità o inerenti la gestione della stessa^e, che rispettavano i criteri di selezione stabiliti dal Progetto. Per quattro di queste^f, sono state raccolte informazioni riguardanti obiettivi, caratteristiche e risultati (Riquadro 2). Qui di seguito viene presentata una sintesi di quanto rilevato dalla survey.

I programmi^g

Dei quattro programmi descritti nel Riquadro 2, Aria [1] rappresenta un piccolo progetto pilota locale, mentre gli altri tre sono di scala maggiore. In particolare, Renewing Health è un programma internazionale [4]; il progetto MATRICE opera a livello locale/regionale [3], e il CMM, sebbene implementato a livello regionale, è tuttavia completamente integrato nel sistema sanitario [2]. Tutti e quattro i programmi operano a livello di cure erogate giornalmente ai pazienti e a livello di policy/gestionale.

Definizione di multimorbilità nel contesto del programma

Tre programmi [1,3,4] focalizzano su diagnosi/patologie specifiche, ma anche sulla concomitanza di specifiche malattie croniche, quali: malattie neuromuscolari e grave cifoscoliosi (con insufficienza respiratoria cronica); insufficienza cardiaca, BPCO e diabete; diabete, malattie cardiache, ipertensione e demenza. Il programma CCM [2] è dedicato alla multimorbilità in generale.

^d In questa pubblicazione sono presi in considerazione programmi di cura, progetti e interventi/iniziative realizzati (o adattati per essere utilizzati) in Italia o in una data regione/municipalità del Paese). Sono programmi in essere alla data della survey (2014) quali pilota o già implementati, oppure da avviare entro il 2014 o anche terminati nel 2013.

^e Si precisa che non riteniamo che tutti i programmi disponibili/idonei ai fini della survey siano stati identificati.

^f In complesso sono stati identificati sette programmi di cura, ma tre di questi sono stati esclusi, e quindi non vengono qui descritti, poiché non soddisfano i criteri di inclusione/eleggibilità stabiliti ai fini della survey.

^g Da questo paragrafo in poi i numeri entro le parentesi quadre si riferiscono ai programmi descritti nel Riquadro 2.

Obiettivi

L'obiettivo principale di tutti i programmi descritti è legato alla qualità delle cure (ad esempio, per migliorarne integrazione e coordinamento). Altri obiettivi comuni si riferiscono all'utilizzo e ai costi dei servizi (ad esempio, per evitare l'uso improprio degli stessi) e al miglioramento della centralità e relativo coinvolgimento del paziente [1,3,4]. Altri obiettivi riguardano il miglioramento dei risultati relativi alla salute del paziente (ad esempio, per diminuire le complicanze e la mortalità) [1,4] e dell'accessibilità dei/delle servizi di supporto/cure sanitarie [2,4]. Nel programma MATRICE i flussi informativi e i dati amministrativi relativi alle patologie croniche sono utilizzati per migliorare la fornitura di assistenza alle persone con multimorbidità, attraverso l'implementazione di cambiamenti organizzativi. Altri obiettivi di questo programma sono il miglioramento delle conoscenze professionali sulla multimorbidità, l'identificazione dei gruppi di utenti destinatari del programma e il controllo del rispetto degli standard assistenziali [3].

Destinatari/Utenti

Tre programmi [1,2,4] sono rivolti sia ai pazienti con multimorbidità, sia ai professionisti/fornitori di cure mediche. Due di questi si rivolgono anche alle famiglie e relativi assistenti informali [1,4], e solo uno anche ai fornitori di cure non mediche [2]. Il programma Renewing Health focalizza in particolare i pazienti anziani (65 anni o più). I destinatari del programma CCM sono i pazienti anziani con malattie neurodegenerative. ARIA si rivolge alle persone con disabilità fisica in generale. Il programma MATRICE non è direttamente rivolto a pazienti individuali, bensì ai fornitori di cure mediche (e non) coinvolti nella cura per le persone con multimorbidità.

Livello di integrazione delle cure/discipline

Tre programmi rivelano un alto [4] o medio [2,3] livello di integrazione dell'assistenza, della gestione manageriale e relative competenze, attraverso il coordinamento e il coinvolgimento di molte organizzazioni, ad esempio ospedali e cure primarie. I principali fornitori di assistenza sono medici di medicina generale e specialisti. Nel programma Renewing Health sono coinvolti anche una casa di riposo, Policlinici/day hospital/ambulatori, e diverse organizzazioni ad esempio di pazienti, di supporto alla comunità e di assistenza domiciliare. Questo implica anche il coinvolgimento di assistenti informali, assistenti/collaboratori domestici, assistenti sociali e infermieri specializzati di comunità/distretto/ospedale. Nel progetto ARIA sono coinvolti solo ospedali (generici o universitari), organizzazioni di pazienti, pneumologi e fisioterapisti.

Esperienze e risultati

Tre programmi sono stati valutati internamente [1,3,4] e solo uno anche da un organismo esterno [4]. Di quest'ultimo programma sono stati valutati diversi aspetti: processo, risultati, effetti a lungo termine, efficacia in termini di costi del programma stesso. Degli altri due programmi sono stati valutati soprattutto il processo e il software per l'integrazione dei dati e per la lettura delle informazioni prodotte [3], ma anche la qualità della vita dei pazienti e dei loro caregivers, oltre all'efficacia dell'iniziativa in termini di costi [1]. Il programma CCM non è stato ancora valutato, ma questa fase è prevista alla conclusione del progetto. Numerosi indicatori sono stati monitorati, allo scopo di raccogliere informazioni sulla qualità dei programmi e renderle disponibili per la valutazione. Nei quattro programmi presi in considerazione sono stati monitorati soprattutto gli indicatori a livello di risultati, specie per ARIA e Renewing Health (ad esempio risultati clinici, ricoveri ospedalieri, soddisfazione del paziente, efficacia a livello di costi e qualità della vita). Nell'ambito del programma Renewing Health, sono stati utilizzati ulteriori indicatori quali visite dal GP/ambulatoriali, durata del ricovero, mortalità, questionario HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), questionario per la valutazione dei sintomi e percezione del servizio da parte dei pazienti e dei medici.

Per quanto riguarda i risultati, in tutti i programmi sono state osservate integrazione dei servizi di cura e una migliore collaborazione tra i fornitori di servizi. Sono stati inoltre segnalati cambiamenti nell'utilizzo delle risorse (ad esempio riduzione dei ricoveri) [1,2,4], coinvolgimento di assistenti informali e trasferibilità del programma [1,3,4]. In almeno due programmi sono stati osservati un migliore coordinamento delle cure [1,2], soddisfazione dello staff e degli utenti [rispettivamente 3,4 e 1,4], risparmio sui costi [1,4], coinvolgimento del paziente e uso di strumenti di e-health [1, 4]. Migliori competenze dei fornitori di assistenza e cooperazione tra assistenza medica e non medica rappresentano risultati meno frequentemente indicati dai responsabili dei programmi. I risultati del programma ARIA suggeriscono anche che il monitoraggio a distanza conferisce tranquillità ai pazienti ambulatoriali fragili/disabili e relativi caregivers. Il programma ARIA sembra inoltre ridurre i ricoveri ospedalieri e le spese sanitarie regionali [1]. Nel programma MATRICE sono stati definiti indicatori per percorsi di cura specifici dedicati a singole patologie, e dati già disponibili sono stati integrati all'interno delle aziende sanitarie al fine di monitorare longitudinalmente l'intero percorso assistenziale del paziente [3].

Finora, gli esperti nazionali e i responsabili dei programmi hanno l'impressione che gli obiettivi siano stati raggiunti ampiamente. I risultati preliminari suggeriscono infatti che sono stati rilevati dati positivi a riguardo, sebbene valutazioni finali sono necessarie quale conferma degli stessi. I risultati finali del programma Renewing Health sono attesi a breve.

RIQUADRO 2. Caratteristiche dei programmi sulla multimorbidità in Italia

ID NR	PROGRAMMA	OBIETTIVI PRINCIPALI	DESTINATARI	FORNITORI DI CURE/ ORGANIZZAZIONI	RISULTATI
1	Progetto ARIA	<p><u>Qualità delle cure</u> Migliorare coordinamento delle cure/integrazione</p> <p><u>Utilizzo e costi</u> Prevenzione uso improprio dei servizi</p> <p><u>Migliorare la centralità del paziente</u> Migliorare il coinvolgimento dei pazienti/caregivers informali</p> <p><u>Risultati per il paziente</u> ridurre complicanze/morbidity/mortalità</p>	Pazienti, assistenti informali e fornitori di cure mediche Il programma è rivolto a persone con disabilità fisiche (ad es. malattie neuromuscolari, grave cifoscoliosi e disabilità muscolare) e insufficienza respiratoria cronica come comorbidità	<p><u>Fornitori di cure</u> medici specialisti (pneumologo) e fisioterapisti</p> <p><u>Organizzazioni</u> Università, ospedale generico, organizzazioni di pazienti</p>	<p>I risultati sembrano suggerire miglioramenti con riguardo a: integrazione dei servizi di cura; collaborazione dei professionisti; coordinamento delle cure; coinvolgimento e soddisfazione dei pazienti/ assistenti informali; utilizzo delle risorse, (ad es. riduzione dei ricoveri); utilizzo di strumenti di e-health, con risparmi sui costi (maggiore efficacia)</p> <p>Il programma sembra essere anche trasferibile</p> <p>I risultati indicano anche che il monitoraggio a distanza di pazienti ambulatoriali fragili favorisce una tranquillità fisiologica per gli stessi e rispettivi caregivers</p>
2	CCM Chronic Care Model Modello di cura della cronicità Punto Unico di accesso e team di specialisti per la presa in carico della persona con demenza	<p><u>Qualità delle cure</u> Migliorare coordinamento e integrazione delle cure</p> <p><u>Migliorare l'accesso alle cure</u> Ridurre le disuguaglianze e agevolare l'accessibilità all'assistenza e ai servizi di supporto</p>	Pazienti, fornitori di cure mediche/non mediche. Il programma si rivolge ad anziani (65+) con malattie cognitive/neurodegenerative (ad es. Alzheimer). Il programma si rivolge alla multimorbidità in generale	<p><u>Fornitori di cure</u> medici di medicina generale e medici specialisti (neurologo, geriatra), assistenti sociali, infermieri di comunità/distretto</p> <p><u>Organizzazioni</u> Ospedale generico, organizzazioni di cure primarie, centri per la cura della salute, case di riposo, organizzazioni di servizi sociali e assistenza domiciliare</p>	<p>I risultati sembrano indicare soprattutto: una migliore integrazione e collaborazione dei servizi assistenziali e relativi fornitori; un migliore coordinamento dell'assistenza e cambiamenti nell'utilizzo delle risorse (ad es. riduzione dei ricoveri)</p> <p>Il programma non è ancora stato valutato estensivamente. Ciò sarà possibile una volta concluso</p>

3	<p>MATRICE</p> <p>Integrazione delle informazioni per la gestione dei pazienti nella/nel comunità/ territorio</p>	<p><u>Qualità delle cure</u> Migliorare coordinamento e integrazione delle cure</p> <p><u>Utilizzo e costi</u> Prevenzione uso eccessivo/improprio dei servizi</p> <p><u>Migliorare la centralità del paziente</u> Identificazione dei pazienti destinatari del programma</p> <p>Monitoraggio dell'aderenza allo standard di cura</p> <p>Questo programma non comporta fornitura diretta di servizi sanitari, ma raccoglie dati e informazioni relativi a patologie croniche per migliorarne la gestione</p>	<p>Fornitori di cure mediche/non mediche, gestori/managers del programma</p> <p>Nessun sottogruppo specifico di pazienti</p> <p>Il programma si riferisce ad una combinazione di diagnosi mediche specifiche (diabete, cardiopatia ischemica, ipertensione, insufficienza cardiaca, demenza)</p>	<p><u>Fornitori di cure</u> medici di medicina generale e medici specialisti (cardiologo, neurologo, internista e diabetologo)</p> <p><u>Organizzazioni</u> Ospedale universitario, organizzazioni di cure primarie, Governo, distretti sanitari, unità sanitarie locali (ASL), regioni, Ministero della Salute</p>	<p>Si osservano soprattutto integrazione e collaborazione dei servizi/fornitori di assistenza, soddisfazione del personale, coinvolgimento di assistenti informali</p> <p>Il programma sembra essere anche trasferibile</p> <p>Sono stati definiti indicatori per percorsi di cura dedicati a singole patologie</p>
4	<p>Renewing Health</p> <p>REgions of Europe Working Together for HEALTH*</p> <p><i>* Progetto multicentrico che coinvolge i seguenti paesi europei: Italia, Danimarca (Capofila), Norvegia, Finlandia, Svezia, Spagna, Grecia, Austria e Germania</i></p>	<p><u>Qualità delle cure</u> Migliorare coordinamento e integrazione dei servizi di cura</p> <p><u>Utilizzo e costi</u> Prevenzione uso eccessivo/improprio dei servizi</p> <p><u>Migliorare la centralità del paziente</u> Migliorare il coinvolgimento dei pazienti/assistenti informali</p> <p><u>Risultati per il paziente</u> ridurre/ritardare complicanze e mortalità</p>	<p>Pazienti, assistenti informali e fornitori di cure mediche</p> <p>Il programma si rivolge in generale alle persone 18+ con malattie croniche (ad es. insufficienza cardiaca, COPD, diabete), e in particolare ad anziani fragili 65+</p>	<p><u>Fornitori di cure</u> medici di medicina generale, medici specialisti (cardiologo, pneumologo, geriatra e diabetologo), assistenti informali, assistenti/collaboratori domestici, assistenti sociali, infermieri di comunità/distretto, infermieri ospedalieri/specializzati</p> <p><u>Organizzazioni</u> Ospedale universitario e ospedale generico, organizzazioni di cure primarie, casa di riposo,</p>	<p>I risultati mostrano principalmente: l'integrazione tra servizi assistenziali; la collaborazione tra fornitori di cure; la partecipazione di pazienti/assistenti informali; la soddisfazione di personale, pazienti e assistenti informali</p> <p>Si notano anche cambiamenti nell'utilizzo delle risorse (ad es. riduzione dei ricoveri), l'uso di strumenti di e-health e risparmi sui costi (maggiore efficacia)</p> <p>Il programma è anche trasferibile</p>

		Migliorare l'accesso alle cure. Ridurre le disuguaglianze, agevolare l'accessibilità all'assistenza e ai servizi di supporto		Policlinico/day hospital/ambulatori, organizzazioni di pazienti, organizzazioni di supporto alla comunità/di assistenza a domicilio, dipartimento ICT, istituto di ricerca, regioni e fornitori di cure privati/esterni	
--	--	--	--	---	--

Appendice 1. Alcune caratteristiche del sistema sanitario e di assistenza sociale in Italia

In Italia, i servizi sanitari e sociali rappresentano ancora due settori distinti e solo parzialmente integrati. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) Italiano garantisce la fornitura di servizi di assistenza sanitaria. I servizi sociali sono gestiti dai Comuni, ma in molti casi sono erogati attraverso fornitori di assistenza privati (profit o non-profit) accreditati. L'integrazione tra i due settori, sebbene promossa dalla Legge 328/2000 (relativa al settore dell'assistenza sociale), non è mai stata definita e stabilita a livello nazionale, lasciando così la responsabilità di gestirla e garantirla alle singole Regioni¹⁵.

Assistenza sanitaria

Il parlamento italiano stabilisce gli obiettivi per la salute pubblica e ne approva la Legge di riferimento. Il Governo Centrale (Ministero della Salute) definisce gli obiettivi del SSN attraverso il Piano Sanitario Nazionale (PSN). Le Regioni sono responsabili della pianificazione, della gestione e della fornitura di servizi attraverso le Aziende Sanitarie Locali (ASLs)¹⁶. Il Governo Centrale e i vari Governi Regionali stabiliscono i fondi da destinare alla salute pubblica¹⁷, e le tasse locali ne rappresentano la principale fonte di finanziamento¹⁸. Sulla base delle caratteristiche strutturali e relative alla fornitura dei servizi assistenziali, uno studio comparativo sui sistemi sanitari europei ha attribuito una "forza media" al settore delle cure primarie in Italia¹⁹.

L'intera popolazione è coperta per le spese sanitarie (accesso universale) che di solito includono ricoveri ospedalieri e cure primarie. Tali servizi sono gratuiti nel momento della somministrazione²⁰. Tali benefici sono universali, nonostante la crisi finanziaria e la necessità di ridurre la spesa sanitaria (la cosiddetta "*Spending Review*" effettuata nel 2013)

abbiano avuto conseguenze importanti in termini di riduzione dell'accesso dei pazienti ai servizi²¹. La partecipazione dei pazienti alla spesa riguarda generalmente i farmaci soggetti a prescrizione ambulatoriale, le visite specialistiche e gli esami diagnostici²², con esclusione di particolari categorie di persone (ad esempio 65+, con basso reddito, con specifiche malattie croniche)²³. Nel 2011, il 77,8% del totale delle spese sanitarie è stato coperto da fonti pubbliche di finanziamento, mentre il rimanente 22,2% è stato pagato privatamente dai pazienti o da fonti esterne. Dati molto recenti però indicano un forte aumento dei pagamenti congiunti da parte dei pazienti, fatto che ha riguardato 12,2 milioni di italiani negli ultimi anni²⁴.

Assistenza sociale, domiciliare o per gli anziani

Il sistema italiano di Long Term Care (LTC) è caratterizzato da un'elevata frammentazione in termini di fonti di finanziamento, "governance" e responsabilità gestionale. Gli attori coinvolti sono lo Stato Centrale (per la legislazione nazionale) e i Comuni (per l'erogazione di servizi) sotto il controllo delle Regioni²⁵. L'assistenza a lungo termine è finanziata dalla fiscalità generale, dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) e dagli utenti. Le spese per LTC nel 2010 hanno rappresentato l'1,91% del PIL: 0,49% per l'assistenza domiciliare, 0,55% per l'assistenza residenziale, 0,86% per prestazioni in denaro/providenze economiche²⁶. Negli ultimi anni, la crescita della spesa dedicata all'indennità di accompagnamento (prestazione monetaria erogata alle persone gravemente disabili) ha rappresentato il cambiamento più importante nella LTC (dal 6% al 12,5% degli utenti anziani nella periodo 2002-2010), non dovuto comunque ad un cambiamento in tal senso della stessa politica/legislazione di riferimento, ma piuttosto ad un'applicazione meno restrittiva dei criteri riguardanti i requisiti di accesso nel corso degli anni. Diversamente, nel 2010 gli anziani utenti dell'assistenza domiciliare e residenziale erano, rispettivamente, solo il 5,5% e il 2%²⁷. Il sistema italiano di LTC si basa fortemente sui trasferimenti monetari diretti, volti a coprire le spese di cura, piuttosto che sull'erogazione di servizi. Tale sistema è caratterizzato anche da: 1) grande variabilità tra le Regioni nei livelli di finanziamento e nell'integrazione/fornitura di servizi sanitari e sociali (con sostegno pubblico/integrato maggiore nell'Italia Nord-Centro)²⁸; 2) consistente assistenza informale/familiare rivolta agli anziani²⁹; e 3) uso dell'indennità di accompagnamento per assumere privatamente lavoratori stranieri (i cosiddetti "badanti") in qualità di assistenti domiciliari³⁰.

¹Rijken M, Struckmann V, Dyakova M, Melchiorre MG, Rissanen S, van Ginneken E, on behalf of the ICARE4EU partners. ICARE4EU: Improving care for people with multiple chronic conditions in Europe. Eurohealth 2013; 19(3): 29-31.

² Eurostat 2011,

- <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00001&plugin=1> .
- ³ Eurostat 2011 http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_04&lang=en
- ⁴ SHARE 2010/2011 <http://www.degruyter.com/viewbooktoc/product/185064>
- ⁵ WHO Regional Office for Europe 2013. In: van Ginneken et al. Health Systems in Transition. Trends and patterns in EU28 health systems and Iceland, Norway and Switzerland (pp 79). World Health Organization, Copenhagen, 2015 (under review).
- ⁶ Epicentro, <http://www.epicentro.iss.it/igea/igea/progetto.asp>.
- ⁷ Maggini M., A chronic disease management project for people with diabetes. *Annuario Istituto Superiore Sanità*, 2009; 45(4): 349-352 <http://www.scielosp.org/pdf/aiss/v45n4/01.pdf> .
- ⁸ Laurendi G., Mele S., Centanni S., Donner CF, Falcone F., Frateiaci S., Lazzeri M., Mangiacavallo A., Indinnimeo L., Viegi G., Pisanti P., Filippetti G., Global alliance against chronic respiratory diseases in Italy (GARD-Italy): Strategy and activities, *Respiratory Medicine*, 2012; 106(1): 1-8, [http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111\(11\)00341-6/fulltext](http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111(11)00341-6/fulltext).
- ⁹ Sorlini M, Perego L, Silva S, Marinoni G, Zucchi A, Barboglio G, Azzi M. The chronic related groups (CReG) model for ensuring continuity of care for chronically ill patients: pilot experience of the planning stage in Bergamo (Italy). *Igiene e Sanità Pubblica*, 2012; 68(6): 841-61, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23369997>; Ministry of Health, Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza del paziente complesso. *Quaderni del Ministero della Salute*, 2013; 23: XVIII-XXII <http://www.quadernidellasalute.it/download/download/23-settembre-ottobre-2013-quaderno.pdf>.
- ¹⁰ Le malattie croniche in Toscana, 2013, www.ars.toscana.it/it/aree-dintervento/problemi-di-salute/malattie-croniche.html; Ministry of Health, 2013.
- ¹¹ Da Col P., Bellentani MD, Indagine nazionale sui distretti sanitari. Executive Summary. I messaggi Tascabili della Ricerca. *I Quaderni di Monitor*, 2011; 27(8): 10-14. <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4818800.pdf>.
- ¹⁴ ISS (Istituto Superiore di Sanità), 2012, *Gestione Integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto. Documento di indirizzo*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, <http://www.epicentro.iss.it/igea/news/pdf/Doc%20IGEA%20Gestione%20integrata%202012-Full.pdf>; ISS (Istituto Superiore di Sanità), 2009, *Gestione Integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto. Manuale di formazione per gli operatori sanitari*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, <http://www.epicentro.iss.it/igea/pdf/Manuale%20Formazione%20IGEA.pdf>.
- ¹⁵ Tediosi F., Gabriele S., 2010. *Long Term Care in Italy*, ENEPRI Research report N. 80, Contribution to WP1 (Overview of long-term care systems. Country report: Italy) of the ANCIEN PROJECT (Assessing Needs of Care in European Nations), Istituto di Studi e Analisi Economica, ISAE, Roma, <http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27>; Melchiorre M.G., Greco C., Lucchetti M., Chiatti C., Lamura G. (2013) "Italy". In: Genet N., Boerma W., Kroneman M., Hutchinson A., Saltman R. (eds) *Home Care in Europe – Case studies. Volume II*. WHO, European Observatory on Health Systems and Policies, NIVEL, the Netherlands Institute for Health Services Research, United Kingdom, pp. 150-160. <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Home-care-across-Europe-case-studies.pdf>.
- ¹⁶ Lo Scalzo A, Donatini A, Orzella L, Cicchetti A, Profi li S, Maresso A. Italy: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2009; 11(6) http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/87225/E93666.pdf?ua=1; Melchiorre et al., 2013.
- ¹⁷ Paris, Devaux and Wei, 2010. In: van Ginneken et al. Health Systems in Transition. Trends and patterns in EU28 health systems and Iceland, Norway and Switzerland (pp 34-35). World Health Organization, Copenhagen, 2015 (under review).
- ¹⁸ van Ginneken et al. Health Systems in Transition. Trends and patterns in EU28 health systems and Iceland, Norway and Switzerland (pp 94). World Health Organization, Copenhagen, 2015 (under review).
- ¹⁹ Kringos DS. *The strength of primary care in Europe*. Utrecht, NIVEL: 2012.
- ²⁰ Melchiorre et al., 2013; Lo Scalzo et al., 2009.
- ²¹ Aceti T., Bressi MT (Eds.), 2012, "Emergenza famiglie: l'insostenibile leggerezza del Welfare", XI Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità. Cittadinanzattiva, Roma, [http://www.cittadinanzattiva.it/files/relazioni annuali/salute/politiche cronicita/2012 XI rapporto politiche cronicita a Italia.zip](http://www.cittadinanzattiva.it/files/relazioni%20annuali/salute/politiche%20cronicita/2012%20XI%20rapporto%20politiche%20cronicita%20Italia.zip).
- ²² Lo Scalzo et al., 2009. In: van Ginneken et al. Health Systems in Transition. Trends and patterns in EU28 health systems and Iceland, Norway and Switzerland (pp 88-89). World Health Organization, Copenhagen, 2015 (under review).
- ²³ Melchiorre et al., 2013; Lo Scalzo et al., 2009.
- ²⁴ CENSIS, *Il ruolo della sanità integrativa nel Servizio Sanitario Nazionale*. Roma, 4 giugno 2013, http://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/ Oggetti_Correlati/Documenti/Dibattiti-e-Idee/SINTESI_WELFAREDAY_CENSIS.pdf?uuid=AbycDv1H
- ²⁵ Tediosi F., Gabriele S., 2010; Melchiorre et al., 2013.
- ²⁶ Lipszyc B., Sail E., Xavier A., *Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27*, European Commission, Economic Papers 469 | November 2012 (p. 15). http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf

²⁷ Gori C., 2011, 'Home Care in Italy', in Rostgaard, T., Glendinning, C., Gori, C., Kröger, T., Österle, A., Szebehely, M., Theobald, H., Timonen, V., Vabø, M., *LIVINGHOME - Living independently at home. Reforms in home care in 9 European countries*, Copenhagen, SFI – The Danish National Centre for Social Research, pp. 185-206, <http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/livindhome.pdf>, accessed 20.10.2012; Barbabella F, Chiatti C, Di Rosa M, Gori C (2013), La bussola di N.N.A.: lo stato dell'arte basato sui dati. In: Network Non Autosufficienza (ed.), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in ITALIA, 4° Rapporto, Tra crisi e ripartenza*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, pp. 11-28. http://www.maggioli.it/rna/2012/pdf/rapporto2012-assistenza_anziani.pdf.

²⁸ Tediosi, Gabriele, 2010; Melchiorre et al., 2013.

²⁹ Drożdżak Z., Melchiorre M.G., Perek-Białas J., Principi A., Lamura G., (forthcoming), Ageing and long-term care in Poland and Italy: a comparative analysis. In: Ervik R., Skogedal Lindén T. (a cura di), *The making of ageing policy: theory and practice in Europe*. Edward Elgar, Publishing Ltd, Cheltenham GlosUK, pp. 296-325.

³⁰ Lamura G., Melchiorre M.G., Polverini F., A. Principi, M. Lucchetti, 2009, Migrant workers in the elder care sector: the Italian experience, *Retraite et Société*, Selection in English, 2008, Caisse Nationale D'Assurance Vieillesse; Di Rosa M., Melchiorre M.G., Lucchetti M., Lamura G. (2012). The impact of migrant work in the elder care sector: recent trends and empirical evidence in Italy. *European Journal of Social Work*, 2012;15(1):9-27.