

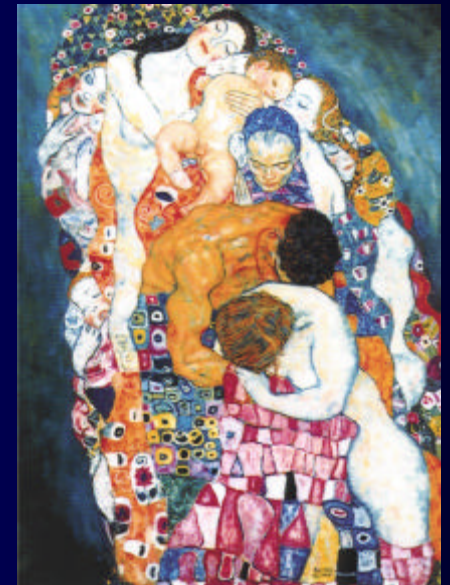


**Universita' degli Studi del Molise  
Facolta' di Scienze del Benessere  
XIV SETTIMANA DELLA CULTURA  
SCIENTIFICA E TECNOLOGICA**

**Campobasso, 22 marzo 2004**

---

**“L' ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA  
IN UN PAESE CHE INVECCHIA”**



---

**Franco Rengo**

**Direttore della Cattedra di Geriatria dell' Università di Napoli “Federico II”**

**Direttore Scientifico degli Istituti di Telesse-Campoli - IRCCS -**

# **ASSISTENZA GERIATRICA**

---

**Assistenza agli anziani non-autosufficienti parzialmente autosufficienti ed a quelli con pluripatologia ad alto rischio di invalidità, con particolare riguardo ai pazienti ultra-75enni.**

***Piano Sanitario Nazionale , 1994-1996***

# OBIETTIVO DELL'ASSISTENZA GERIATRICA

---

**Per la Geriatria non è tanto rilevante la guarigione della malattia quanto il recupero funzionale nell'intento di migliorare la qualità della vita e prevenire la non autosufficienza.**

*Piano Sanitario Nazionale , 1994-1996*

# RETE TRADIZIONALE DELL'ASSISTENZA SANITARIA

---

Paziente geriatrico

Medico di Medicina  
Generale

OSPEDALE

DH

AMBULATORI SPECIALISTICI

*Piano Sanitario Nazionale , 1994-1996*

# RETE DEI SERVIZI GERIATRICI

## Assistenza Continuativa

---

Paziente geriatrico

Medico di Medicina  
Generale

UVG

Valutazione  
Multidimensionale  
Geriatrica

OSPEDALE

DH

RSA

AMBULATORI SPECIALISTICI

ADI

*Piano Sanitario Nazionale , 1994-1996*

**PIANO  
SANITARIO  
NAZIONALE  
1997 - 1999**

**Un patto di solidarietà per la salute**

**OBIETTIVO IV**

**Rafforzare la Tutela dei Soggetti Deboli**

**ANZIANI**

**- GLI OBIETTIVI -**

- **Promuovere il mantenimento e il recupero dell'autosufficienza nell'anziano.**
- **Adottare politiche di supporto alle famiglie con anziani bisognosi di assistenza a domicilio.**
- **Promuovere l'assistenza continuativa integrata.**
- **Favorire l'integrazione interna al Servizio Sanitario e fra questo e l'Assistenza sociale.**

**OBIETTIVO IV**

**Rafforzare la Tutela dei Soggetti Deboli**

**ANZIANI**

**- LE AZIONI -**

- **Adeguare il numero di posti letto di lungodegenza riabilitativa a 1 p.l. / 1.000 abitanti.**
- **Garantire nel distretto la UVG.**
- **Sviluppare forme alternative di ricovero (ADI, semiresidenziale, ospedalizzazione a domicilio) favorendone l'integrazione.**
- **Realizzare le RSA.**



**Ministero della Sanità**

***Piano Sanitario Nazionale 2000 - 2002***

**PIANO  
SANITARIO  
NAZIONALE  
2000-2002**

***IL NUOVO SCENARIO ED I FONDAMENTI DEL  
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE***

### **PROGETTI OBIETTIVO**

- Progetto 1 "Attuare l'Accordo sui Livelli Essenziali ed Appropriati di Assistenza"
- **Progetto 2 "Creare una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili"**
- Progetto 3 "Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche"
- Progetto 4 "Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità"
- Progetto 5 "Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità"
- Progetto 6 "Ridisegnare la rete ospedaliera ed i nuovi ruoli per i Centri di Eccellenza e per gli altri Ospedali"
- Progetto 7 "Potenziare i Servizi di Urgenza ed Emergenza"
- Progetto 8 "Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari"
- **Progetto 9 "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute"**
- **Progetto 10 "Promuovere un corretto uso dei farmaci e la farmacovigilanza"**

**Progetto 2**

**"Creare una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili"**

- L'anziano e il disabile chiedono di poter essere assistiti al loro domicilio, evitando il ricovero improprio in strutture ospedaliere o in residenze sanitarie assistenziali, con il ricorso a *Centri di degenza riabilitativa post-acuta e di sollievo, Centri diurni* nei quali gli anziani possono essere assistiti.

***Gli obiettivi per i prossimi tre anni***

- avviare lo studio per l'identificazione di una adeguata sorgente di risorse per la copertura dei rischi di non-autosufficienza;
- la sperimentazione di forme di "governo della rete" che integrino le competenze degli Ospedali, delle ASL e dei Comuni, con ricorso anche all'utilizzo di gestori di servizio privato nelle aree di sperimentazione.

Home > Piano Sanitario Nazionale > Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005



## Piano Sanitario Nazionale 2003 - 2005

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005

### Gli altri argomenti

- Il quadro di riferimento
- **Parte Prima**
- Parte Seconda

### Parte Prima

#### I dieci progetti per la strategia del cambiamento

##### 2. I dieci progetti per la strategia del cambiamento:

- 2.1 Attuare, monitorare e aggiornare l'accordo sui livelli essenziali ed appropriati di assistenza e ridurre le liste di attesa
- 2.2 Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili
  - 2.2.1 La cronicità, la vecchiaia, la disabilità: una realtà della società italiana che va affrontata con nuovi mezzi e strategie
  - 2.2.2 Le sfide per il Servizio Sanitario Nazionale
- 2.3 Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche
- 2.4 Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità
- 2.5 Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità
- 2.6 Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere
- 2.7 Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio-Sanitari
- 2.7bis Potenziare i Servizi di Urgenza ed Emergenza
- 2.8 Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari
- 2.9 Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute
- 2.10 Promuovere un corretto impiego dei farmaci e la farmacovigilanza



## **2.2. Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili.**

### ***2.2.1. La cronicità, la vecchiaia, la disabilità: una realtà della società italiana che va affrontata con nuovi mezzi e strategie***

**Il mondo della cronicità e quello dell'anziano hanno delle peculiarità che in parte li rendono assimilabili:**

- ✍ sono aree in progressiva crescita;**
- ✍ richiedono una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali;**
- ✍ necessita di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro paese;**
- ✍ hanno una copertura finanziaria insufficiente.**



## **2.2. Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili.**

### **2.2.2. *Le sfide per il Servizio Sanitario Nazionale***

**Gli obiettivi strategici:**

- la realizzazione di una sorgente di finanziamento per il rischio di non-autosufficienza;**
- realizzazione di rete dei servizi di assistenza integrata;**
- corretto dimensionamento dei nodi della rete;**
- riduzione del numero di ricoveri impropri negli ospedali per acuti;**
- il miglioramento dell'autonomia funzionale delle persone disabili;**
- l'introduzione di misure che possono ritardare la disabilità e la non autosufficienza.**

Home > Piano Sanitario Nazionale > Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005



## Piano Sanitario Nazionale 2003 - 2005

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005

### Gli altri argomenti

- Il quadro di riferimento
- **Parte Prima**
- Parte Seconda

### Parte Prima

#### I dieci progetti per la strategia del cambiamento

##### 2. I dieci progetti per la strategia del cambiamento:

- 2.1 Attuare, monitorare e aggiornare l'accordo sui livelli essenziali ed appropriati di assistenza e ridurre le liste di attesa
- 2.2 Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili
  - 2.2.1 La cronicità, la vecchiaia, la disabilità: una realtà della società italiana che va affrontata con nuovi mezzi e strategie
  - 2.2.2 Le sfide per il Servizio Sanitario Nazionale
- 2.3 Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche
- 2.4 Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità
- 2.5 Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità
- 2.6 Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere
- 2.7 Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio-Sanitari
- 2.7bis Potenziare i Servizi di Urgenza ed Emergenza
- 2.8 Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari
- 2.9 Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute
- 2.10 Promuovere un corretto impiego dei farmaci e la farmacovigilanza



## 2.7. Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari

Obiettivo di questo riordino sono:

- ✍ la garanzia di un'adeguata erogazione dei servizi a partire dai LEA;
- ✍ il mantenimento nel territorio di tutte le attività ambulatoriali;
- ✍ un'efficace continuità assistenziale;
- ✍ la fornitura di attività specialistiche;
- ✍ l'abbattimento delle liste d'attesa;
- ✍ la riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri;
- ✍ l'attivazione dei percorsi assistenziali.



Home > Piano Sanitario Nazionale > Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005



## Piano Sanitario Nazionale 2003 - 2005

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005

### Gli altri argomenti

- Il quadro di riferimento
- **Parte Prima**
- Parte Seconda

### Parte Prima

#### I dieci progetti per la strategia del cambiamento

##### 2. I dieci progetti per la strategia del cambiamento:

- **2.1 Attuare, monitorare e aggiornare l'accordo sui livelli essenziali ed appropriati di assistenza e ridurre le liste di attesa**
- **2.2 Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili**
  - 2.2.1 La cronicità, la vecchiaia, la disabilità: una realtà della società italiana che va affrontata con nuovi mezzi e strategie
  - 2.2.2 Le sfide per il Servizio Sanitario Nazionale
- **2.3 Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche**
- **2.4 Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità**
- **2.5 Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità**
- **2.6 Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere**
- **2.7 Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio-Sanitari**
- **2.7bis Potenziare i Servizi di Urgenza ed Emergenza**
- **2.8 Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari**
- **2.9 Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute**
- **2.10 Promuovere un corretto impiego dei farmaci e la farmacovigilanza**



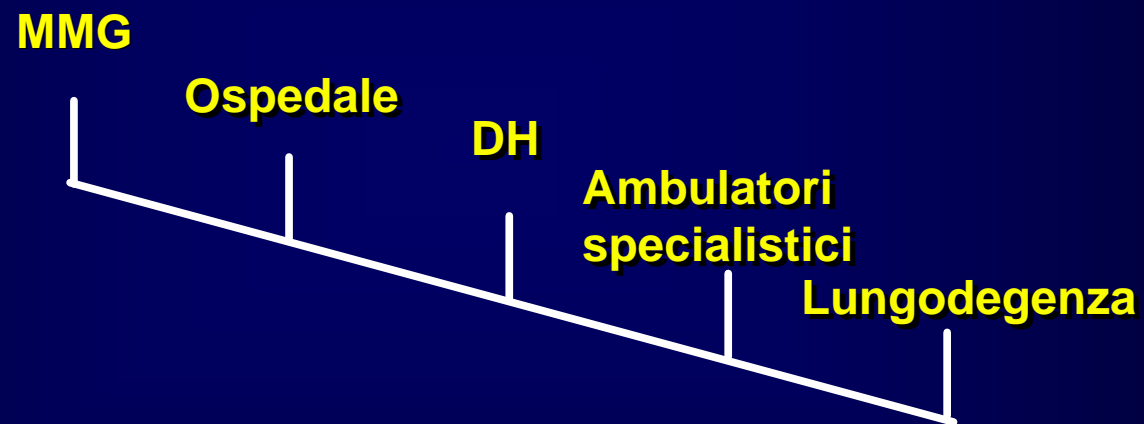
## 2.9. Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica della salute.

Le conoscenze scientifiche attuali dimostrano che l'incidenza di molte patologie è legata agli stili di vita:

- ✍ alimentazione non corretta;
- ✍ attività fisica;
- ✍ tabagismo;
- ✍ abuso di alcool.

# MODELLO ASSISTENZIALE TRADIZIONALE

---



# RETE DEI SERVIZI GERIATRICI

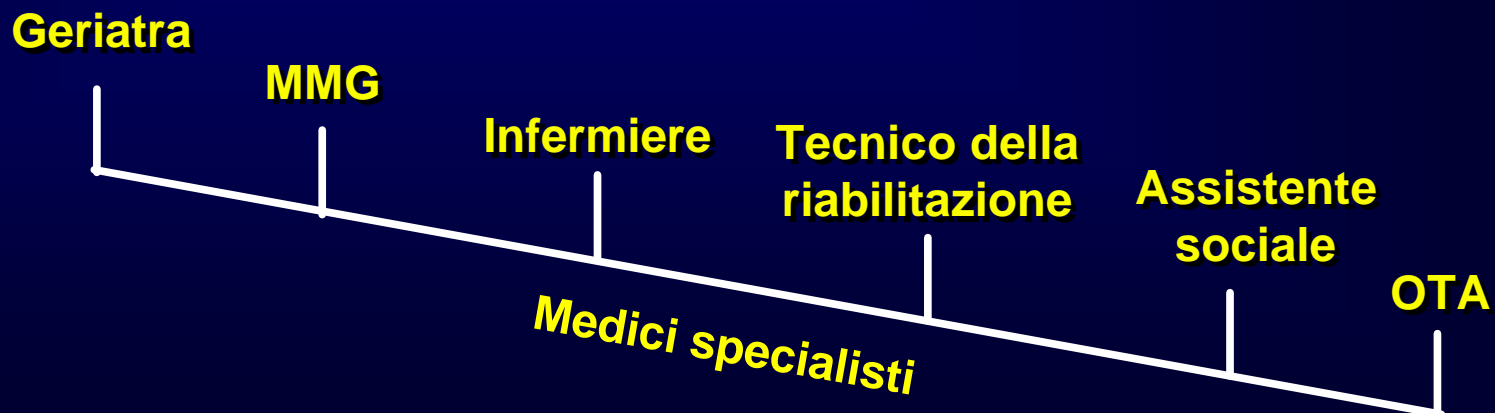
**Cura continuativa**



# UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA



**Unità di Valutazione Geriatrica (UVG)**



# VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

## Paziente di interesse geriatrico

**SALUTE  
FISICA**

**SALUTE  
MENTALE**

**PROGRAMMA  
TERAPEUTICO-RIABILITATIVO  
INDIVIDUALE**

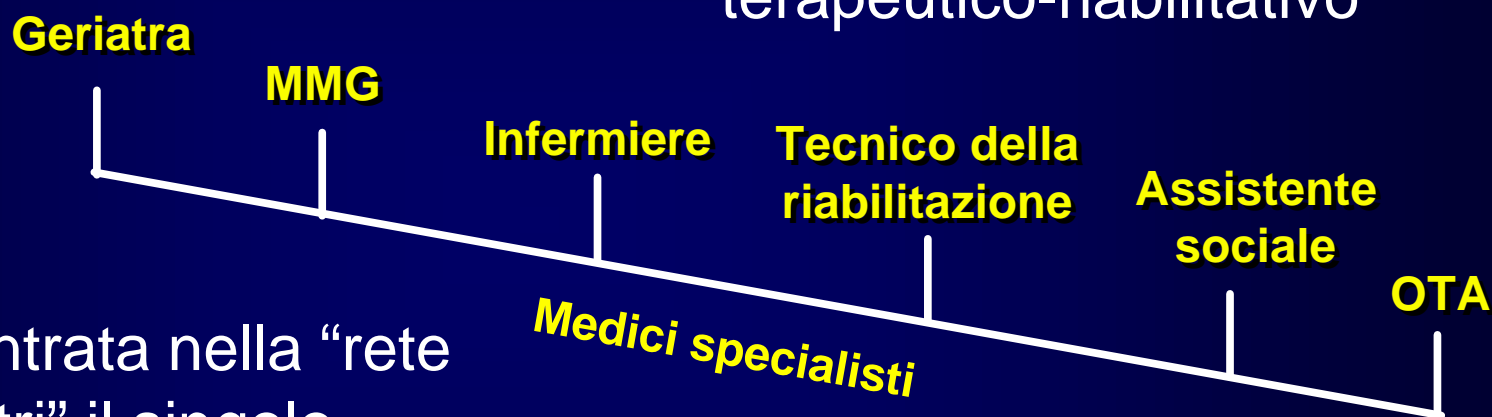
**SITUAZIONE  
AMBIENTALE**

**CONDIZIONE  
SOCIO-ECONOMICA**

# COMPITI DELL'UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA

## *Unità di Valutazione Geriatrica (UVG)*

- Valutare il singolo caso clinico al fine di definire il programma individuale terapeutico-riabilitativo



- Permettere l'entrata nella "rete dei servizi geriatri" il singolo caso clinico, assegnandolo ai diversi livelli di assistenza
- Valutare il risultato

## ***Il nuovo modello di assistenza socio-sanitaria geriatrica:***

 **è l' opera della lobby dei geriatri ?**

 **è il frutto dalla fervida fantasia della politica ?**

 **fonda sui risultati della ricerca scientifica ?**

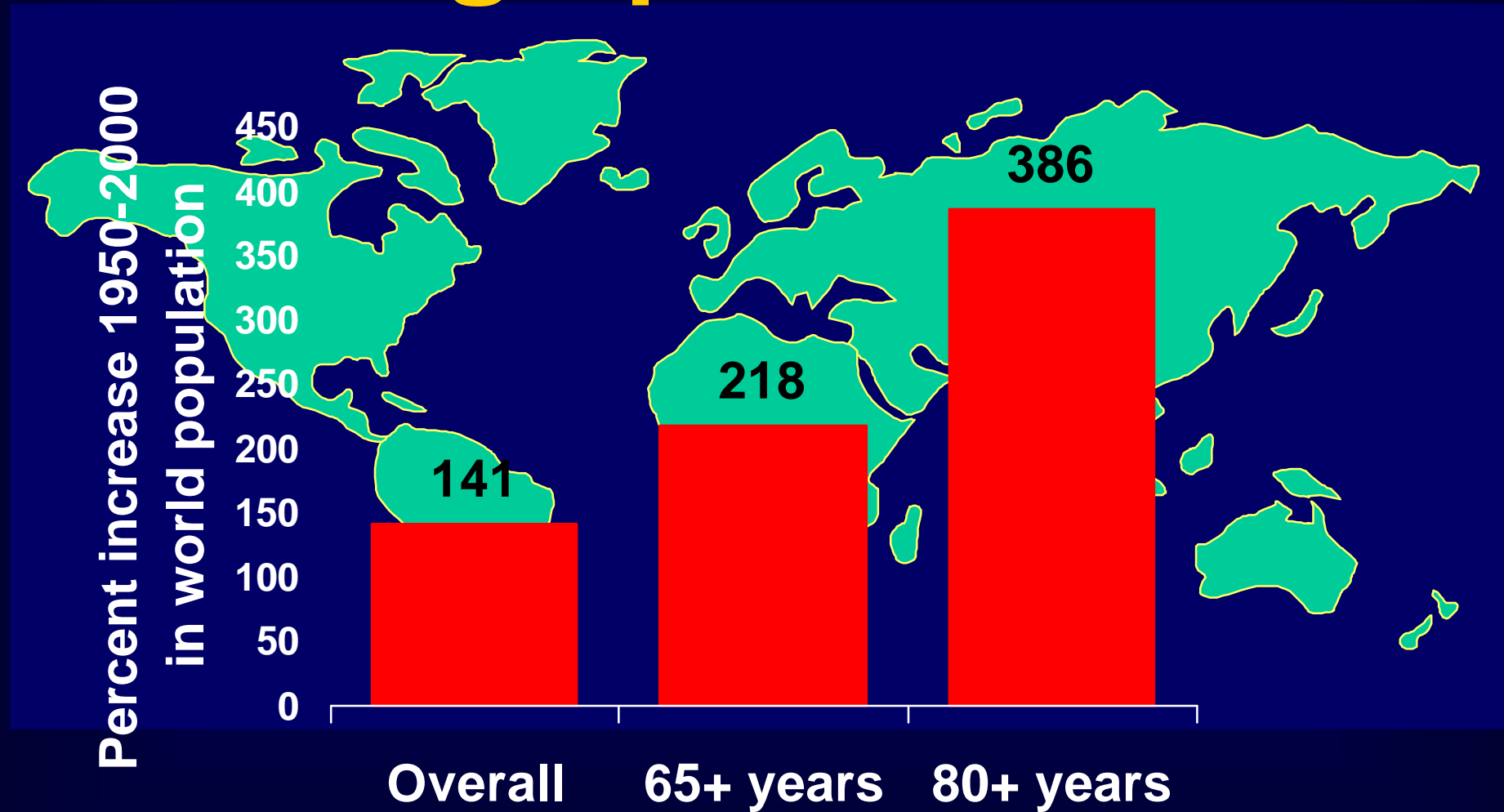


# Anziani e Società

*Il nuovo assetto sanitario per l'assistenza geriatrica può trovare un razionale nella:*

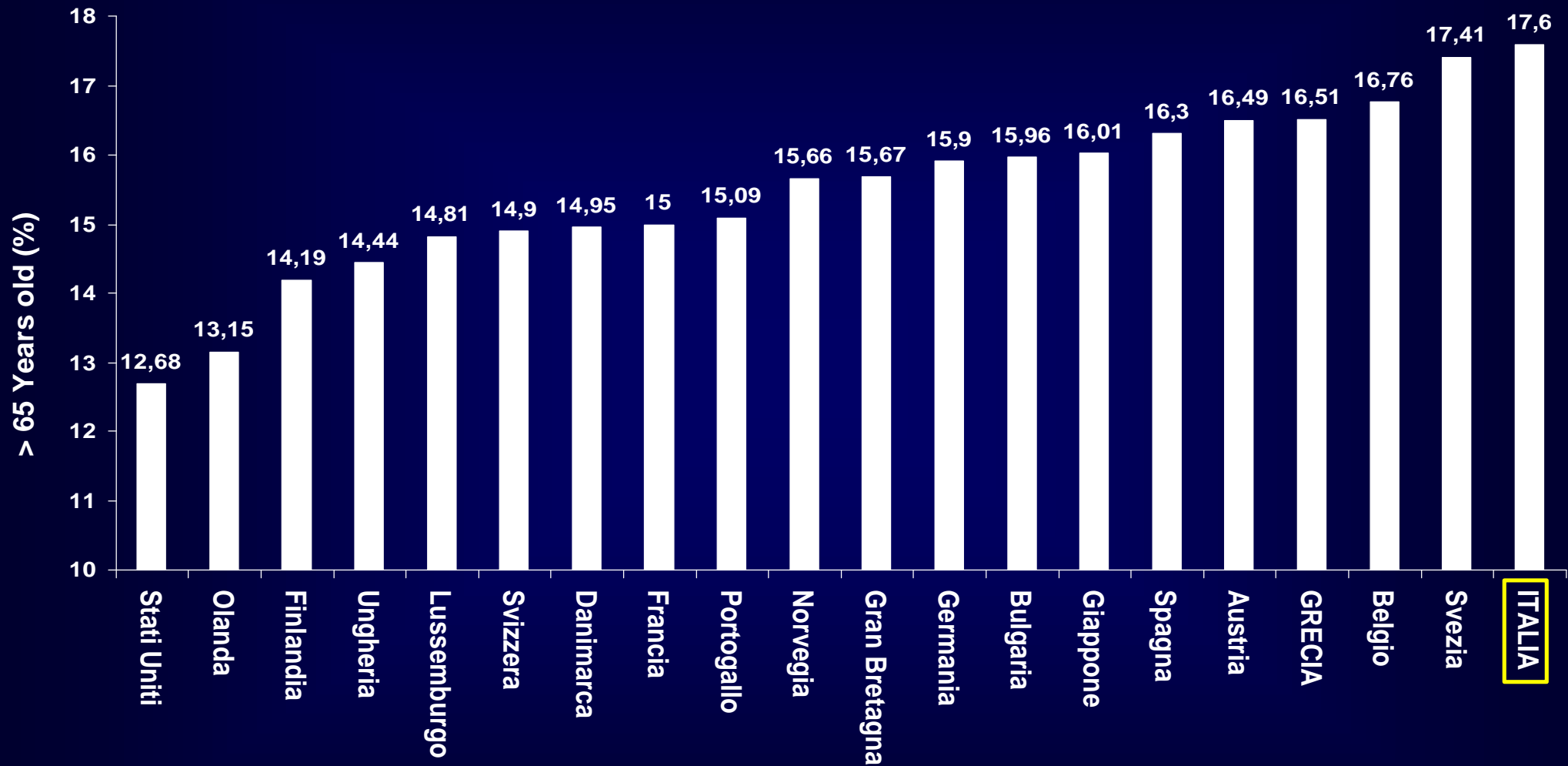
- **realtà demografica ?**
- **realtà socio-economica ?**
- **realtà epidemiologica ?**
- **evidenza dei modelli assistenziali ?**

# Demographic Transition



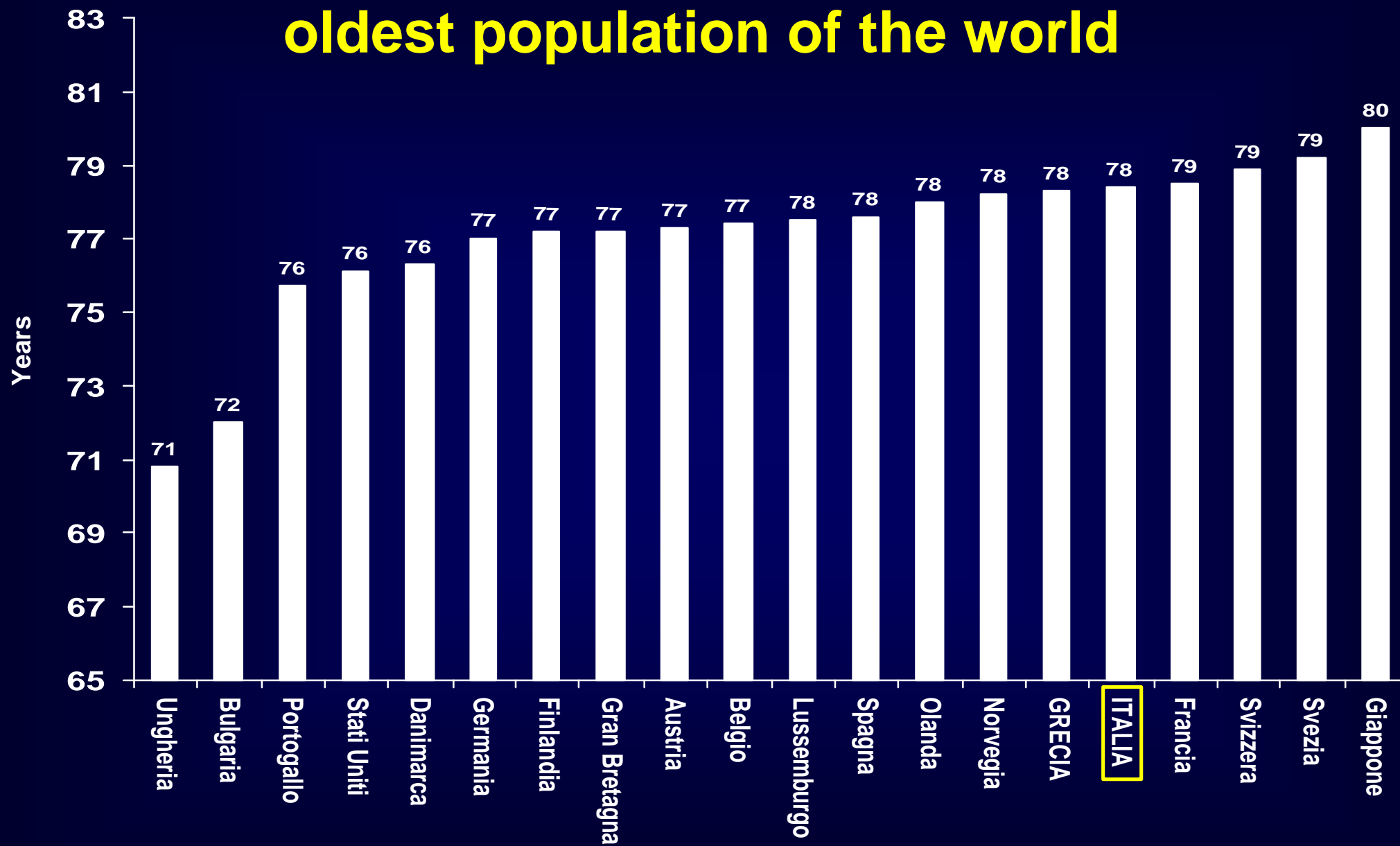
*Golini A, WHO Symposium Japan, 1998*

# The oldest population of the world



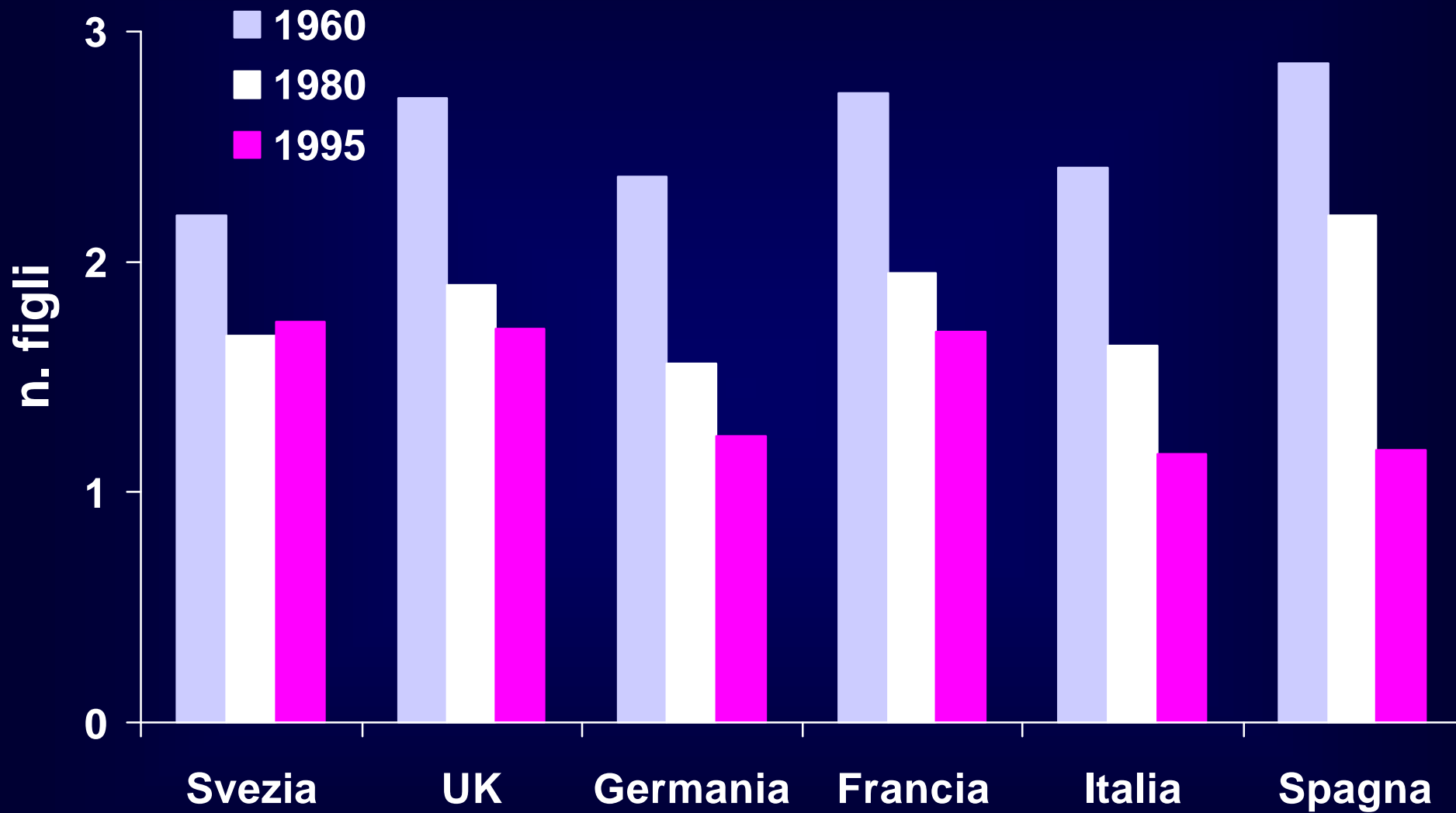
(U.S. Bureau of the Census, 30.11.1998)

# Life expectancy of the oldest population of the world



(U.S. Bureau of the Census, 30.11.1998)

# Numero medio di figli per donna



da A. Golini, 1998

# FAMIGLIA TIPO ITALIANA

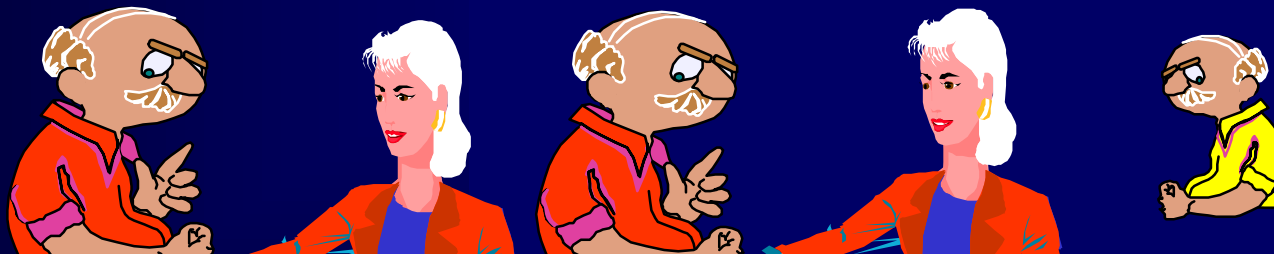
per 1 bambino 9 adulti e anziani



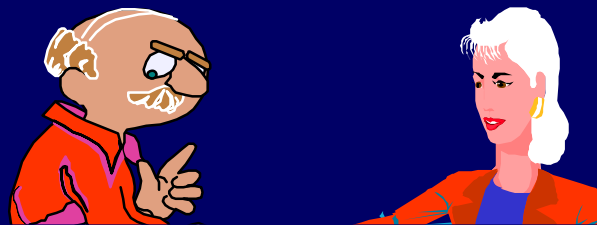
1 bambino



2½ genitori

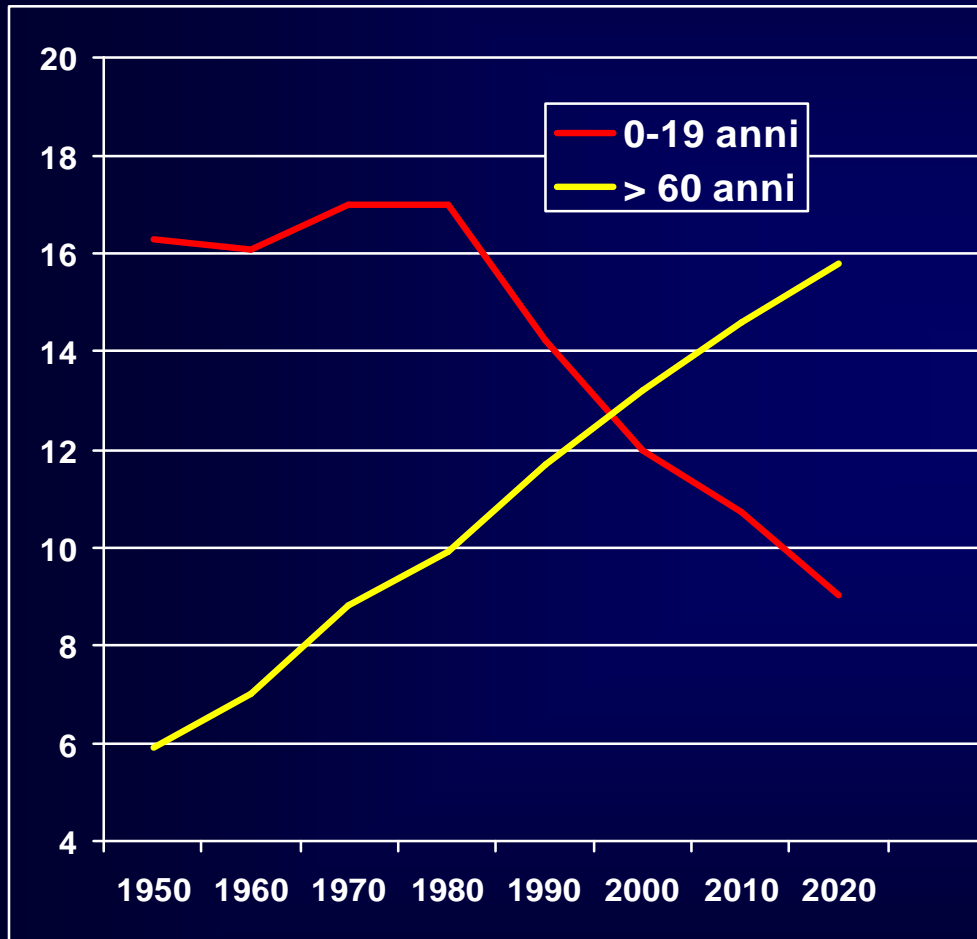


4½ nonni

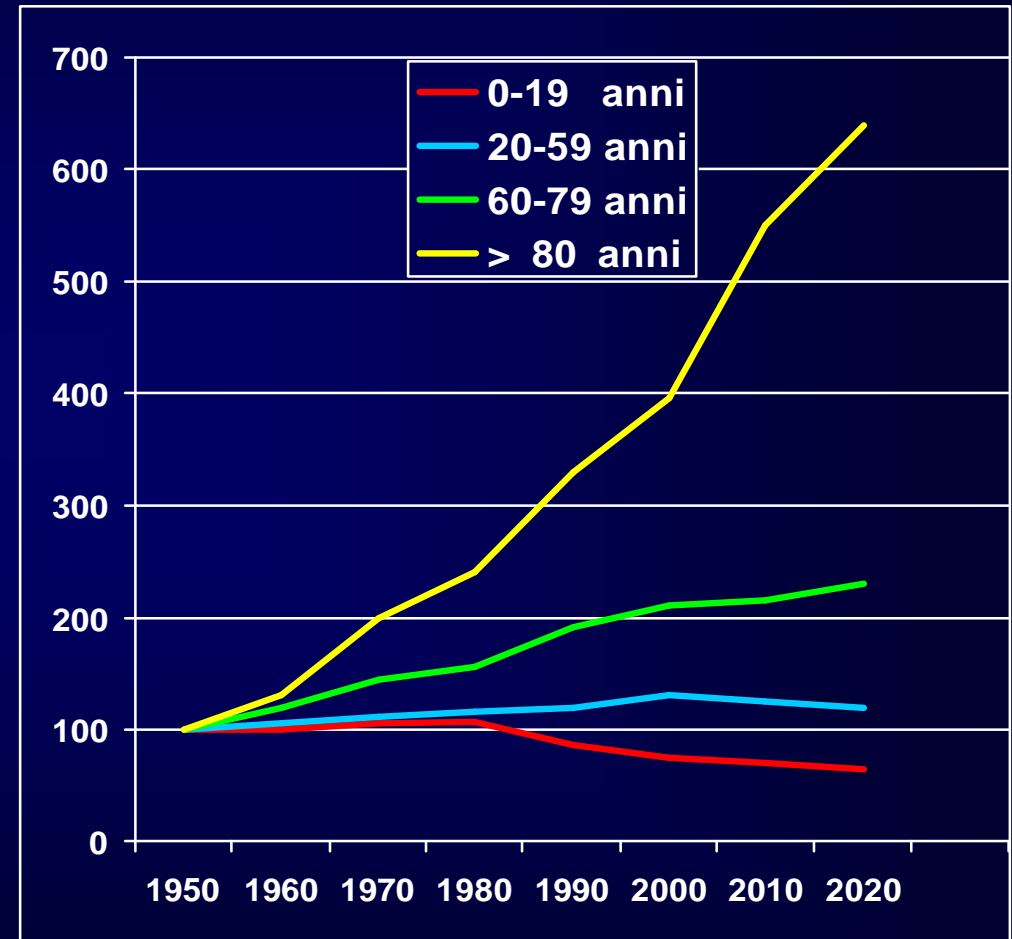


2 bisnonni

## Popolazione giovane ed anziana in Italia (milioni) 1950-2020



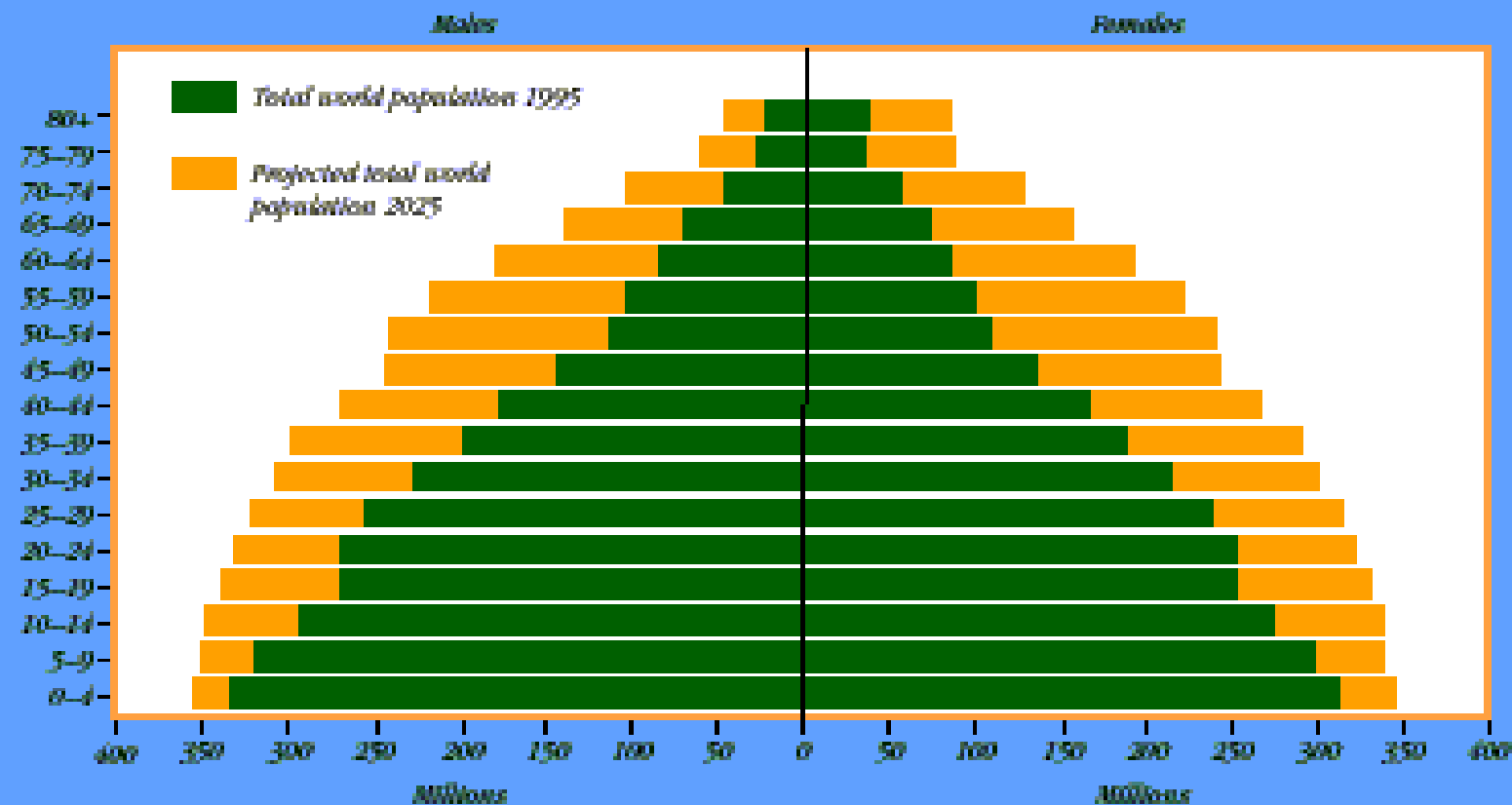
## Evoluzione della popolazione italiana per classi di età 1950=100



Modificata da fonte ONU, 1993

# Total world population stratified by age in a demographic projection of WHO

## Living in an ageing world



Source: United Nations medium-variant projections



# **Dati demografici italiani**

**Il 40% degli abitanti dei centri storici urbani e dei comuni montani con 200-500 abitanti ha + di 65 anni**

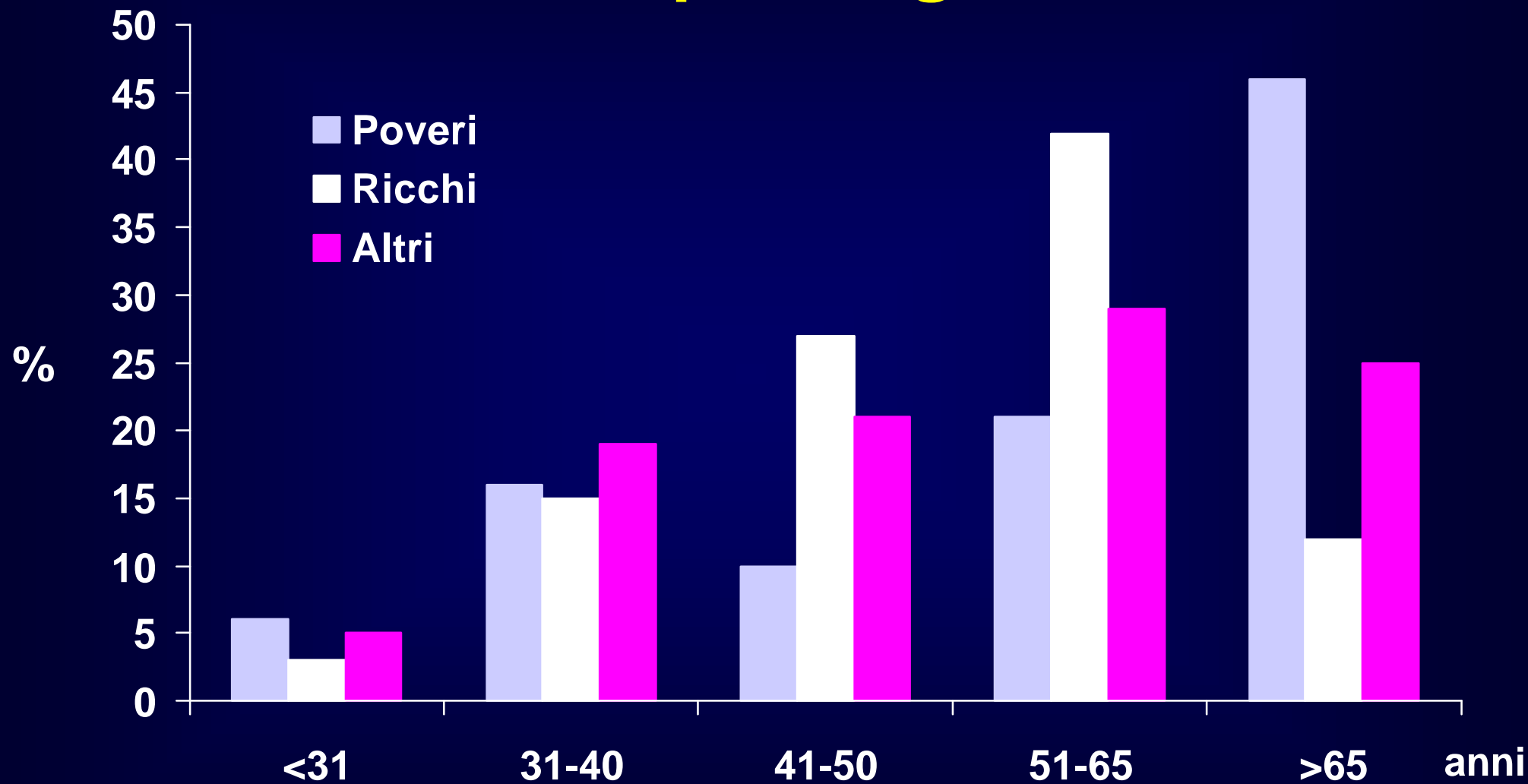
*da A. Golini, 1998*

# Anziani e Società

*Il nuovo assetto sanitario per l'assistenza geriatrica può trovare un razionale nella:*

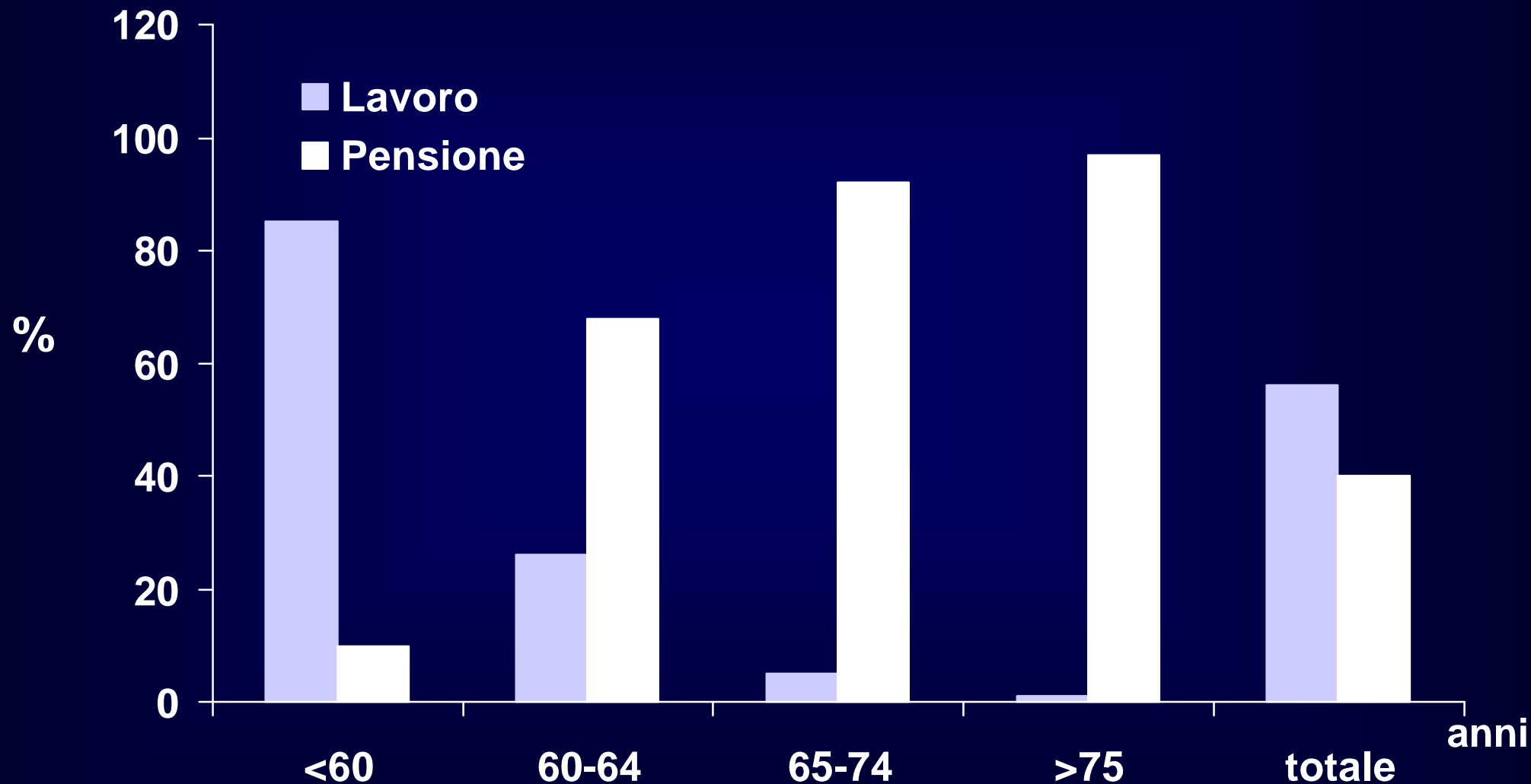
- realtà demografica ?
- **realtà socio-economica ?**
- realtà epidemiologica ?
- evidenza dei modelli assistenziali ?

# Stato economico delle famiglie per eta' del capofamiglia



Fonte elaborazioni su dati Banca d'Italia, 1997

# Fonte di reddito familiare per l'età del capofamiglia



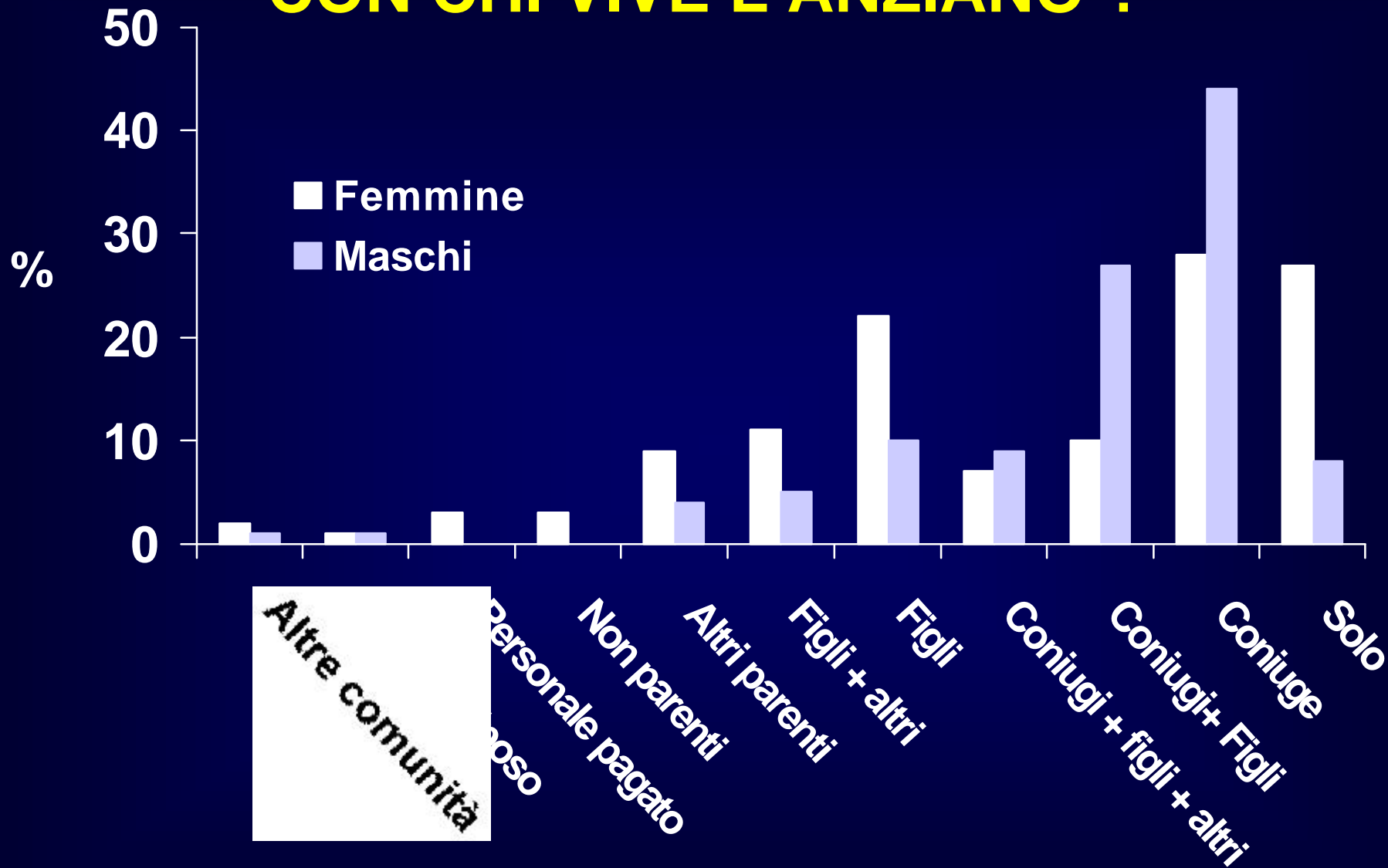
Fonte ISTAT, 1996

# Indicatori demografici di base per il sistema pensionistico



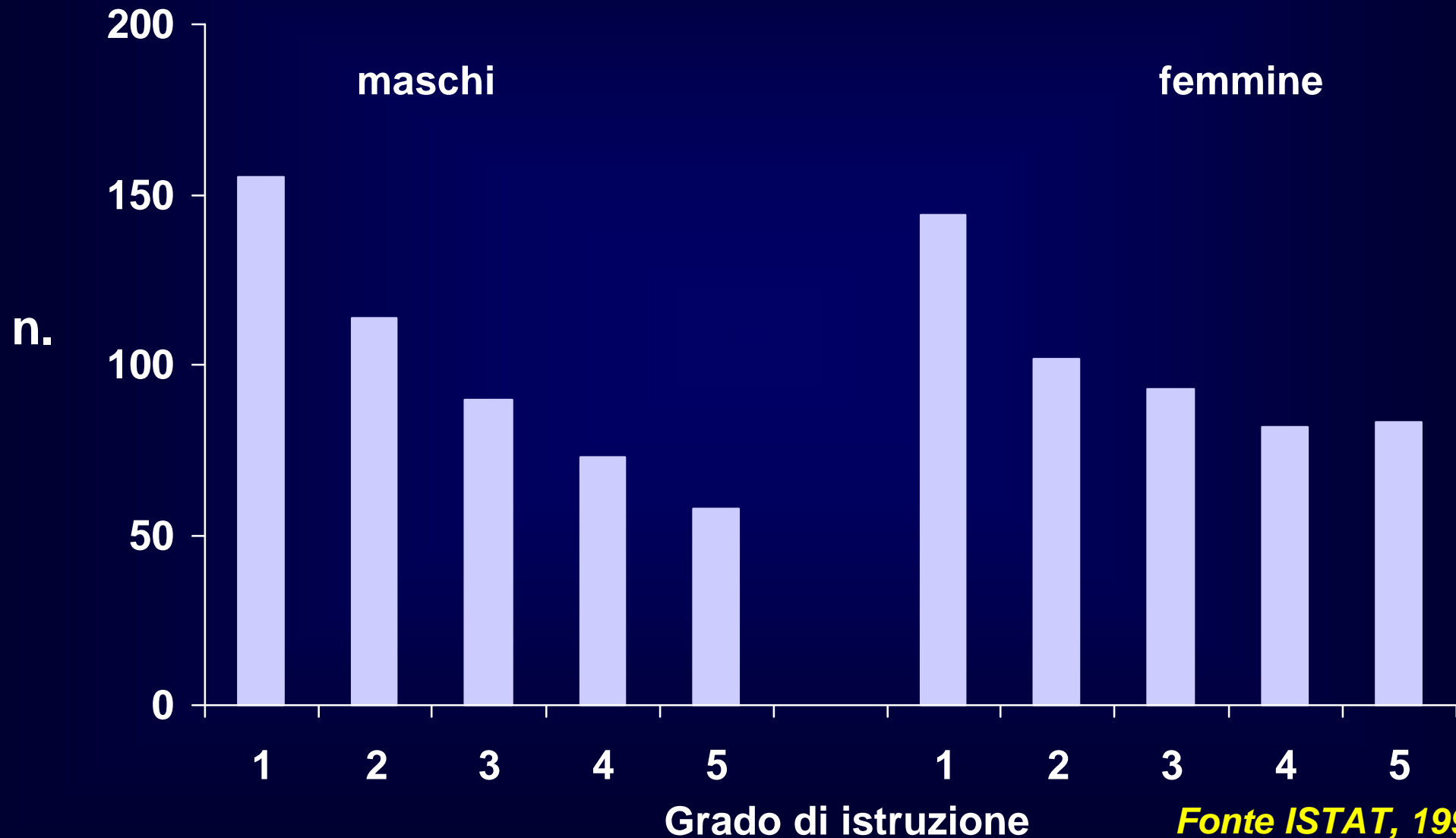
da A. Golini, 1998

# CON CHI VIVE L'ANZIANO ?



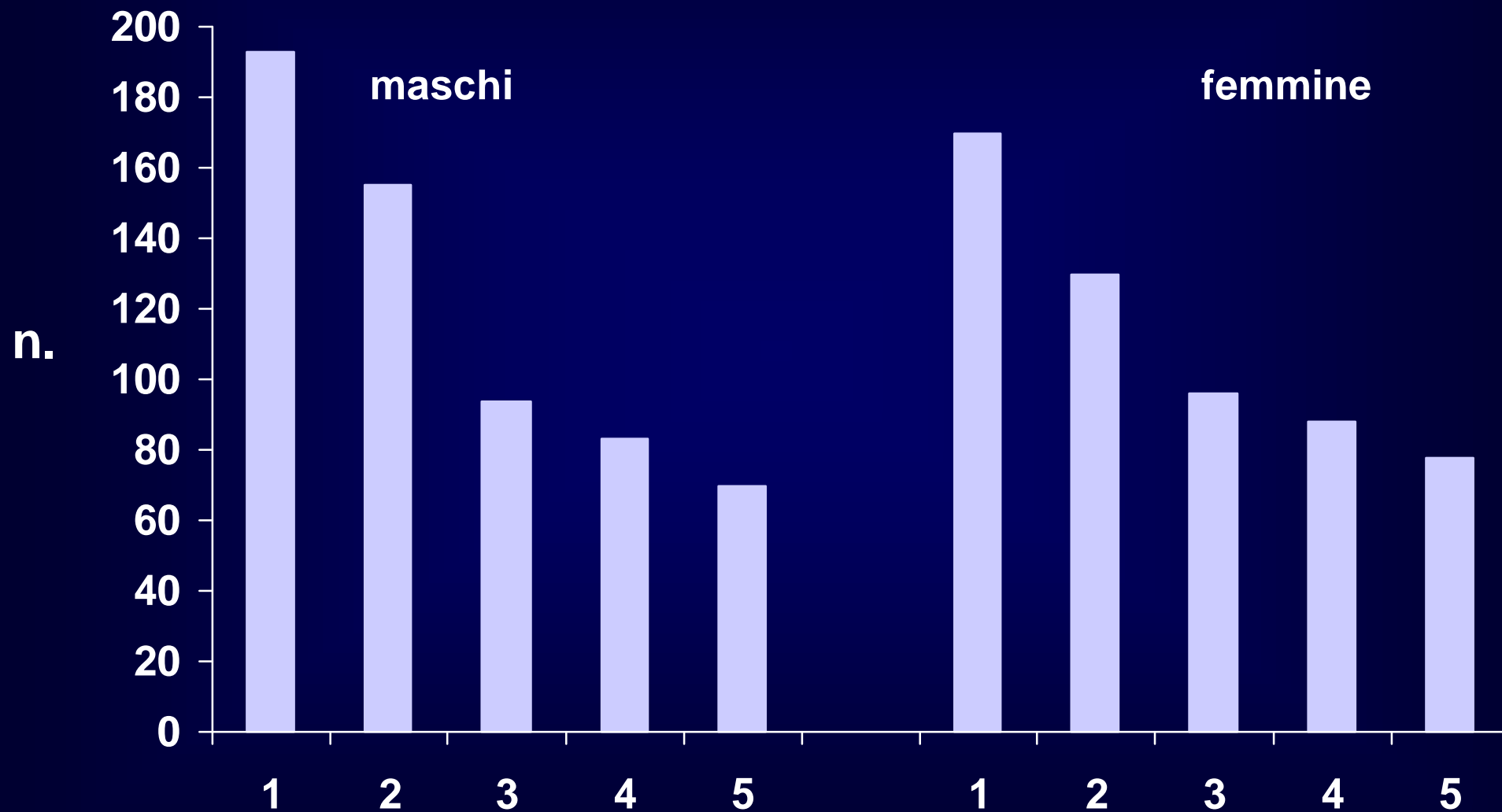
Osservatorio Geriatrico della Regione Campania  
 Cacciatore F et al., Arch Geront Geriatr, 1997

# Mortalità per grado di istruzione Italia 1981-82



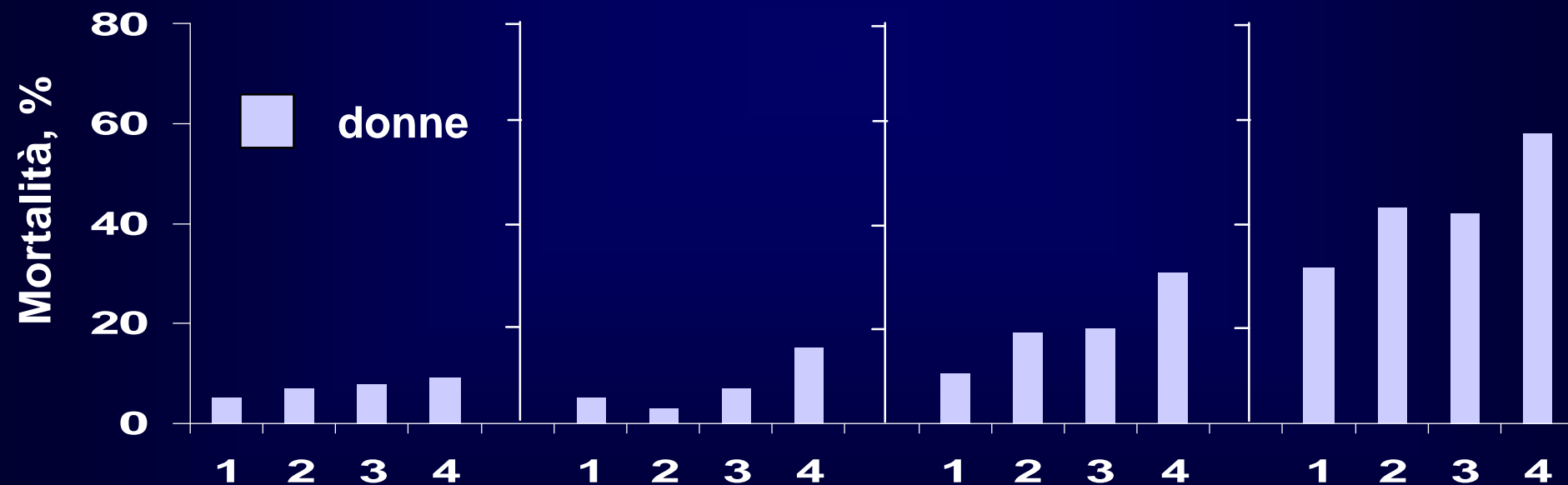
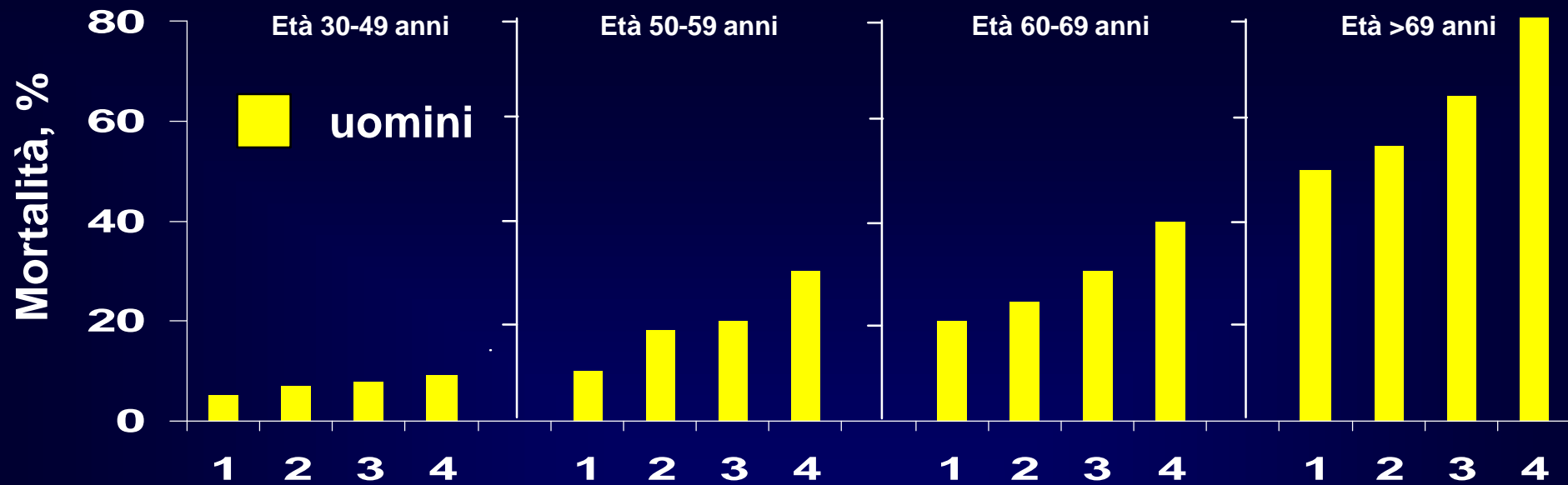
Fonte ISTAT, 1990

# Mortalità per reddito di famiglia Italia 1981-82



Fonte ISTAT, 1990





1 = rapporti sociali intensi  
4 = rete sociale disgregata

**SOCIAL NETWORK INDEX**

*Marchionni N et al., Giorn Geront, 1990*

## Distribuzione delle variabili in relazione alla mortalità “Osservatorio Geriatrico Campano”

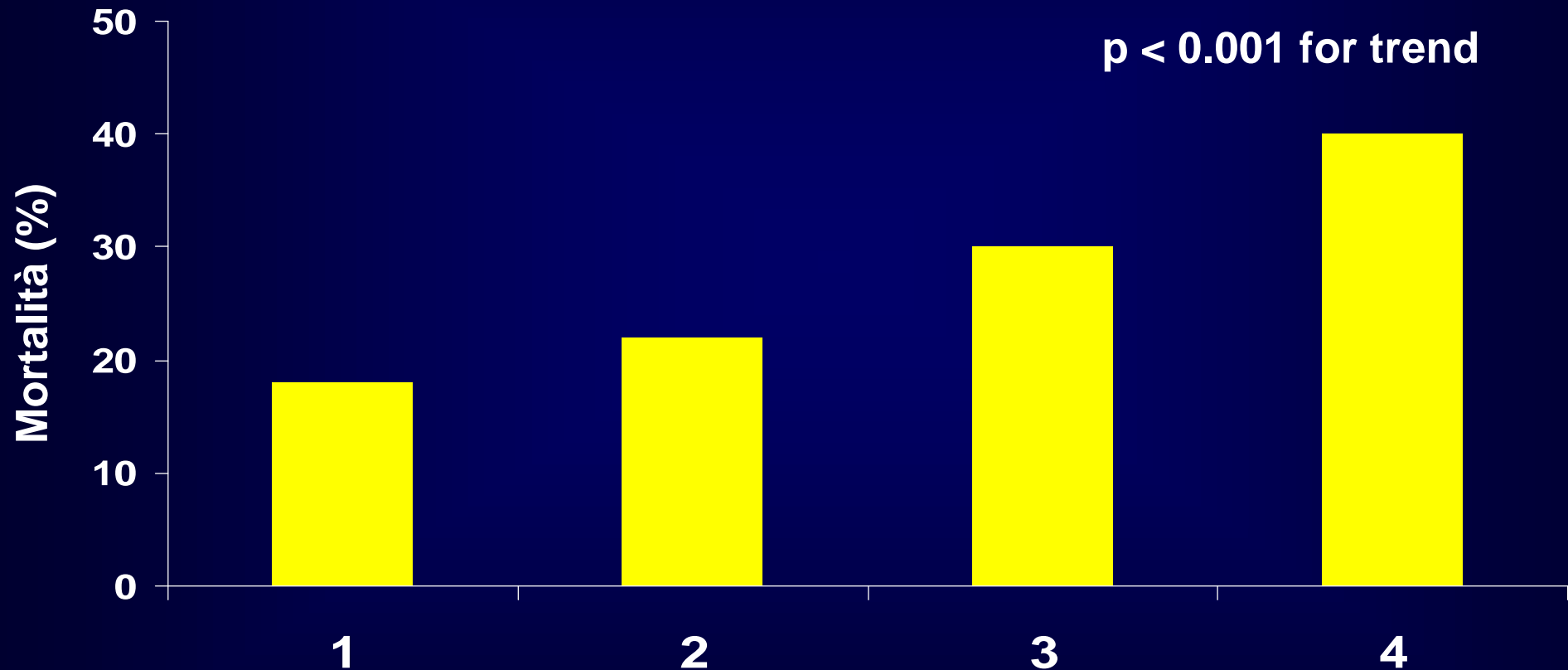
<b>Variabile</b>	<b>Vivi</b>	<b>Morti</b>	<b>p</b>
Sesso (M/F)	69.0/77.8	31.0/22.2	.000
Età	72.9? 5.6	77.6? 7.1	.000
MMSE (punteggio)	22.2? 6.1	19.4? 7.5	.000
Disabilità (ADL)	0.41? 1.01	1.11? 1.66	.000
BPCO (%)	32.1	51.5	.000
CHF(%)	7.7	17.2	.000
Diabete (%)	24.7	33.1	.020
Malattie Neurol. (%)	24.5	35.0	.005
<b>Supporto sociale</b>	<b>12.9? 2.6</b>	<b>13.9? 2.7</b>	<b>.000</b>
GDS (punteggio)	10.8? 6.5	13.4? 6.8	.000

## Caratteristiche della popolazione "Osservatorio Geriatrico Campano"

<b>Variabile</b>	<b>65-75</b>	<b>75-84</b>	<b>? 85</b>	<b>p</b>
Sesso (F)	384 (53.5)	174 (55.8)	56 (72.4)	.000
Scolarità	3.6? 1.4	3.1? 1.5	3.0? 1.6	.000
MMSE (<24)	19.2	24.5	34.4	.000
Disabilità (ADL)	4.5	13.9	25.7	.000
BPCO (%)	34.5	44.6	37.6	.003
CHF (%)	7.1	12.5	12.2	.003
Diabete (%)	15.1	15.0	9.9	.371
Malattie Neurolog.	11.3	15.2	15.8	.041
<b>Supporto sociale</b>	<b>12.6? 2.5</b>	<b>13.9? 2.6</b>	<b>14.8? 2.9</b>	<b>.000</b>
GDS (punteggio)	9.8? 6.3	12.2? 6.0	13.1? 6.4	.000
<b>Mortalità a 6-anni</b>	<b>16.1</b>	<b>36.6</b>	<b>60.0</b>	<b>.000</b>

# Mortalità a 6 anni di follow up stratificata per quartili di supporto sociale

**“Osservatorio Geriatrico Campano”**



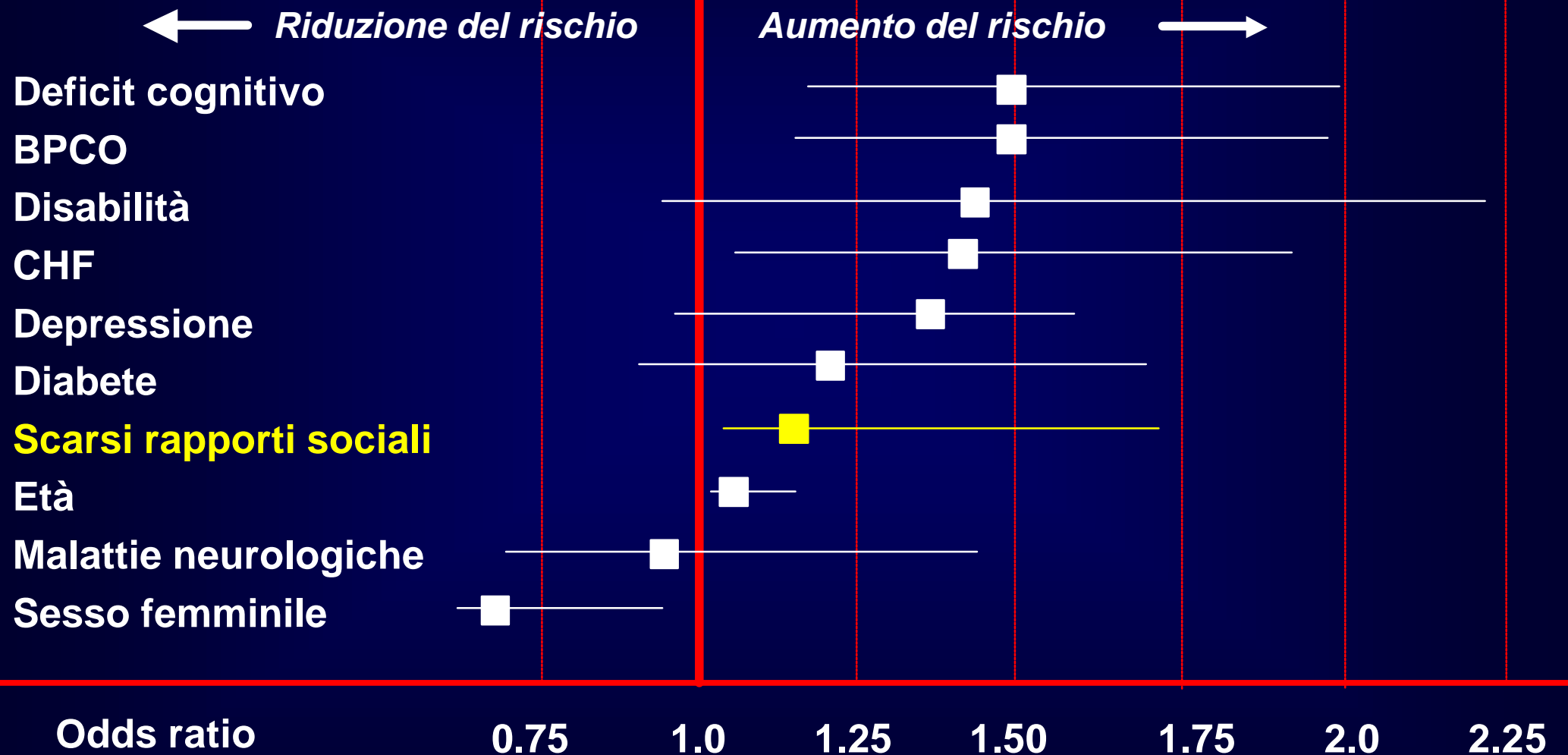
1 = massimo supporto sociale

**Quartili di supporto sociale**

4 = minimo supporto sociale

**Cacciatore F et al., Giorn Gerontol, 2000**

# Ruolo del supporto sociale sulla mortalità a 6 anni di follow-up "Osservatorio Geriatrico Campano"



*Cacciatore F et al., Giorn Gerontol, 2000*

# **Condizione economica della popolazione russa nel 1992**

- **61.3% della popolazione vive in condizioni di povertà**
- **23.2% vive in condizioni di estrema povertà**
- **Aumento dei poveri di circa 10 volte rispetto al 1989**

*Crisis in mortality, Health and Nutrition. UNICEF, 1995*

# **Variazioni dei tassi di mortalità e natalità in Russia dal 1989 al 1993**

<b>Mortalità infantile</b>	<b>+ 13%</b>
<b>Mortalità 20-39 anni</b>	<b>+ 66%</b>
<b>Mortalità 40-59 anni</b>	<b>+ 50%</b>
<b>Tasso di natalità</b>	<b>- 5/1000</b>

*Crisis in mortality, Health and Nutrition. UNICEF, 1995*

# Durata media della vita in Russia

	1989	1993	variazione
Uomini	64.2	59.0	- 5.2 anni
Donne	74.5	72.7	- 1.8 anni

*Crisis in mortality, Health and Nutrition. UNICEF, 1995*



# **Il “paradigma” di Virchow**

**Le cause delle epidemie, così come si possono attribuire a fattori biologici e fisici, vanno anche ricercate nelle condizioni sociali, politiche ed economiche**

# Anziani e Società

*Il nuovo assetto sanitario per l'assistenza geriatrica può trovare un razionale nella:*

- realtà demografica ?
- realtà socio-economica ?
- **realtà epidemiologica ?**
- evidenza dei modelli assistenziali ?