

L'ADI in Regione Lombardia. I dati VAOR presentati a Italia Longeva 2016

L'articolo commenta alcuni dati sull'ADI lombarda presentati a luglio 2016 al simposio plenario organizzato da Italia Longeva, network scientifico del Ministero della Salute dedicato all'invecchiamento e alla longevità attiva.

a cura di Fabrizio Giunco - mercoledì, ottobre 12, 2016

<http://www.lombardiasociale.it/2016/10/12/ladi-in-regione-lombardia-i-dati-vaor-presentati-a-italia-longeva-2016/>



Il convegno di Italia Longeva

L'11 e il 12 luglio 2016 si sono tenuti a Roma i due giorni di simposio plenario del [progetto Italia Longeva](#), denominato Long-Term Care ONE, che ha permesso a esperti di varie regioni italiane di presentare *“nuove soluzioni per rafforzare i percorsi socio-assistenziali alternativi al contesto ospedaliero”*.

In apertura del convegno il Presidente Roberto Bernabei ha esplicitato l'obiettivo di *“individuare soluzioni pragmatiche da offrire concretamente ai cittadini. E a più cittadini possibile”*. Il simposio è stato di grande interesse grazie a molte buone pratiche di eccellenza; la Lombardia ha garantito diversi contributi di rilievo, a comprova della buona qualità dei suoi servizi. In particolare Giovanni Daverio – attuale Direttore Generale (DG) dell'Assessorato al Welfare della Regione Lombardia – ha illustrato **un'interessante analisi dei servizi ADI regionali, basata su 151.957 valutazioni VAOR di 86.703 persone prese in carico fra l'1-1-2012 e il 30-6-2016.**

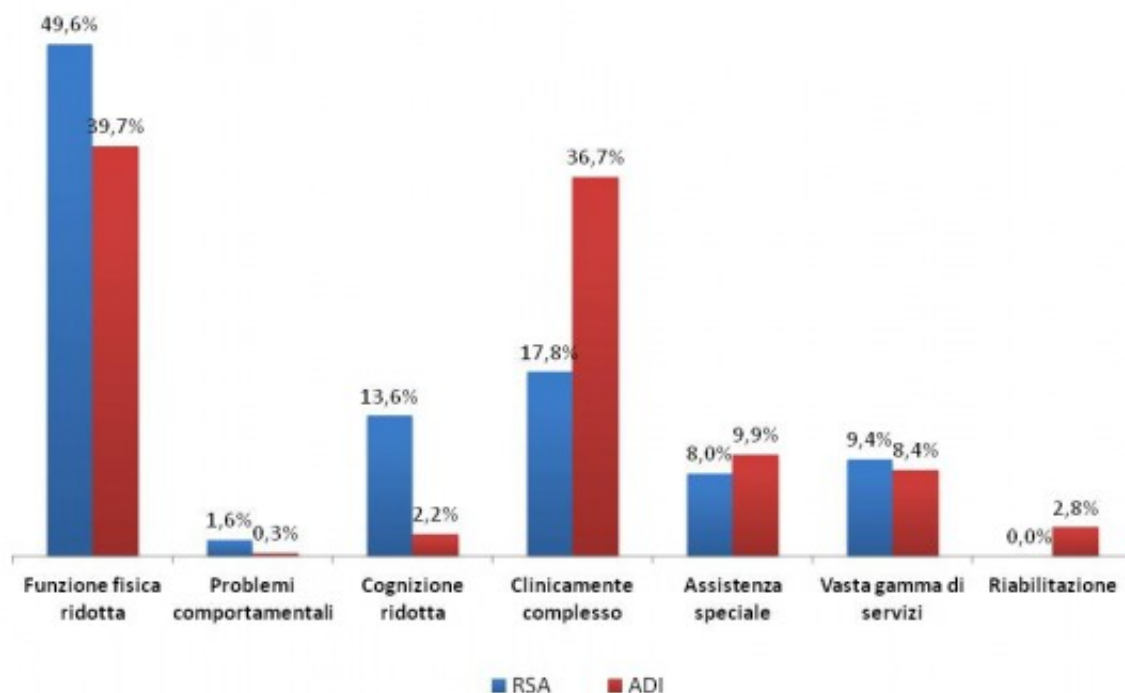
L'analisi dell'ADI lombarda

La presentazione - liberamente consultabile nel sito di Italia Longeva - esplora un tema a cui Lombardia Sociale ha dedicato molti e recenti approfondimenti, a partire dal [Focus Group](#) organizzato il 4 febbraio 2016 fra i principali erogatori ADI. Gli erogatori hanno segnalato come i risultati della valutazione VAOR Home Care (VAOR HC), regolarmente eseguita delle ATS/ASST dell'intero territorio regionale, non entrino nel circuito comunicativo fra valutatore e erogatore. Per ogni profilo, inoltre, vengono attivate [due valutazioni distinte](#) (dall'ATS/ASST e dall'erogatore), che utilizzano strumenti diversi, non dialogano fra di loro e non confluiscono in una sintesi collegata sicuramente con il piano di assistenza. La presentazione di Daverio segna quindi un momento rilevante; i dati VAOR sono raccolti e analizzati dal programmatore regionale e sono offerti in forma di report complessivo alla discussione generale.

In precedenza sono già stati sottolineati [i punti di forza e le possibili criticità del sistema VAOR\[1\]](#), la cui adozione – seppur parziale – avvicina la Lombardia alle applicazioni internazionali più avanzate. I dati illustrati a Italia Longeva restituiscono un'immagine della potenza del sistema e della sua efficacia. VAOR permette di distribuire le popolazioni analizzate per aree omogenee di intensità assistenziale e di identificare bisogni complessivi, problemi attivi, rischi e obiettivi personalizzati, garantendo un supporto decisivo sia alla programmazione strategica del programmatore regionale – che può avere traccia delle priorità e delle tendenze nel tempo della domanda per orientare di conseguenza l'evoluzione dei servizi – che all'azione dei distretti e degli erogatori, chiamati a definire piani di assistenza centrati sull'effettiva misura dei bisogni della singole persone. Sotto molti aspetti, la metodologia di valutazione del bisogno e di pianificazione delle cure proposta da VAOR traduce in concreto le principali parole chiave [dell'ultima legislatura e della riforma](#) avviata con la Legge 23/ 2015: continuità di cura, orientamento verso la domanda, governo dei percorsi.

La Figura 1 descrive la distribuzione della popolazione analizzata nei macro-profilari RUG, aggregazioni suggestive dell'intensità assistenziale e della priorità delle diverse aree di bisogno: dipendenza, comportamento, prevalenza dei disturbi cognitivi o della complessità clinica, esigenze riabilitative ed altro. Questa popolazione è stata confrontata con la corrispondente valutazione eseguita utilizzando il modulo VAOR Long-Term Care (VAOR LTC) nella [sperimentazione](#) promossa nel 2013 dalla Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG) su un campione significativo di RSA lombarde (3.258 valutazioni su un campione casuale). Fra le due popolazioni vi sono alcune differenze: **nelle RSA sono più numerose le persone con grave disabilità e cognizione ridotta, mentre la complessità clinica è più rilevante nella popolazione ADI.**

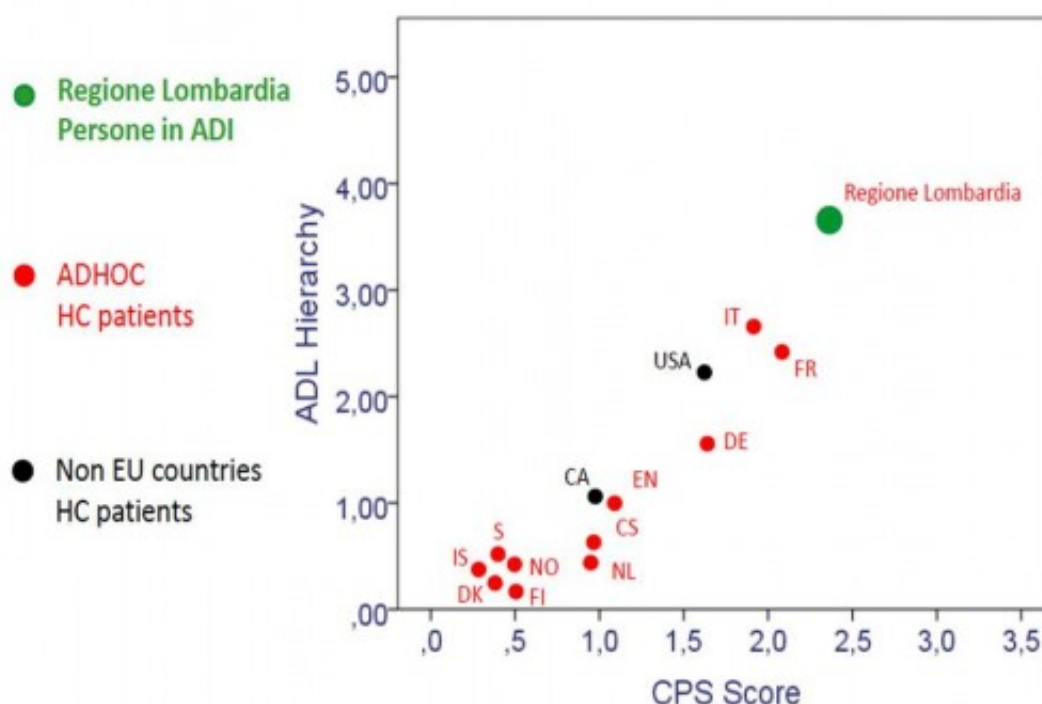
Figura 1 - Regione Lombardia. Confronto fra la popolazione in carico alle Cure Domiciliari lombarde (Vaor HC) e quella residente in RSA (VAOR LTC)



Fonte: Daverio G. Italia Longeva, Long-Term Care One, Roma, 12 luglio 2016 e SIGG Lombardia, Milano, 2013

La popolazione ADI lombarda presenta inoltre un rischio elevato o molto elevato di istituzionalizzazione (55,3% dei casi analizzati con l'indicatore MAPLE) e livelli variabili di compromissione delle autonomie (ADL Hierarchy), delle funzioni mentali superiori (Cognitive Performance Scale, CPS) e di instabilità clinica (Changes in Health, End-stages disease, Signs and Symptoms scale, CHESS). Complessivamente, emerge una specifica complessità, diversa nelle singole ATS analizzate. La Figura 2 dell'allegato mette a confronto queste variabili con i risultati di corrispondenti rilevazioni eseguite in altri paesi europei.

Figura 2 - Caratteristiche delle persone in carico alle cure domiciliari in diversi paesi europei. Confronto con la popolazione ADI lombarda



Fonte: *Daverio G. Italia Longeva, Long-Term Care One. Roma, 12 luglio 2016*

Osservazioni

Alcune annotazioni a commento di quest'analisi:

- la complessità della popolazione ADI lombarda sembra influenzata soprattutto dalle variabili cliniche. Si confermano quindi le analisi precedenti (Gori C, 2011), che hanno descritto l'ADI lombarda come **prevalentemente prestazionale e soprattutto orientata verso i bisogni strettamente sanitari**, come la presenza di decubiti o cateteri o la necessità di assistenza respiratoria e di terapie endovenose;
- i criteri di ammissione ai servizi ADI prevedono l'inclusione solo di persone non in grado di deambulare autonomamente, con indice di Barthel ridotto e con un evento indice recente. Viene quindi selezionata a monte una popolazione a elevata dipendenza e in fase di post-acuzie. Sono invece tendenzialmente escluse le popolazioni con maggiore autonomia o con demenza in fase meno avanzata, più attinenti all'offerta – oggi ancora limitata - del servizio di RSA aperta.

Nella presentazione del dott. Daverio mancano, però, i **profili assistenziali** erogati alla popolazione analizzata. Data la sua evidente complessità, **ci si aspetterebbe una corrispondente elevata proporzione dei profili a maggiore intensità di cura. Così non è nella pratica; l'offerta lombarda sembra invece compressa verso i profili a minor intensità** (interventi prestazionali e voucher di profilo 1), come ben segnalato dagli erogatori e dai dati pubblicati annualmente dalle ASL/ATS. Questa constatazione non sembra coerente con i risultati della valutazione VAOR HC presentata a Roma. Anche in questo caso, si tratta di una conferma di quanto già descritto in altri commenti (Gori, a cura di, 2011; Giunco, 2014): il sistema di regolazione dell'ADI in Lombardia sembra costretto a dare priorità al limitato budget a disposizione; le ATS/ASST sono quindi chiamate a una difficile mediazione fra la complessità della domanda e la necessità di comprimere l'erogazione – per motivi economici - verso i livelli più semplici e meno costosi piuttosto che verso i risultati delle valutazioni oggettive del bisogno.

Differenze tra l'Italia e altri paesi a economia avanzata

Queste caratteristiche spiegano alcune delle differenze che emergono nel confronto internazionale. **E' noto come [l'offerta italiana e lombarda sia inferiore](#) a quella degli altri paesi a economia avanzata**, che raggiungono una media del 7,4% di ultra65enni con punte del 21%. La differenza sarebbe ancora più evidente se depurata dagli interventi *spot* e puramente prestazionali (prelievi per esami di laboratorio, ad esempio), che disturbano l'interpretazione delle casistiche nazionali. Il dato della Figura 2 ha comunque una spiegazione evidente. I modelli di erogazione domiciliare dei paesi a economia avanzata intercettano prima e per più tempo le popolazioni in età anziana, garantendo un ventaglio di offerta ampio e diversificato lungo l'intero arco di espressione del bisogno. La media delle ADL e CPS, ma anche dei dati CHESS, è quindi più bassa solo perché i valori sono meglio distribuiti e i criteri di ammissione ai servizi domiciliari decisamente meno selettivi di quelli lombardi.

L'anomalia italiana negli interventi sulla vecchiaia

Questa constatazione trova conferma in un altro dato segnalato da autorevoli commentatori e che ha già trovato ampio spazio su Lombardia Sociale. Proprio a Italia Longeva molti interventi – fra cui quelli di Francesco Longo del Cergas (Longo, 2016) – hanno descritto l'anomalia tutta italiana degli interventi sulla vecchiaia. **Se meno del 4% degli anziani italiani riceve una qualche forma di assistenza domiciliare formalizzata, non è perché i loro bisogni siano inferiori a quelli degli altri paesi.** L'OECD ha analizzato nel 2015 il sistema sanitario italiano (Ministero della Salute, 2015). Secondo i risultati della rilevazione, meglio dettagliati anche nel rapporto Health at a Glance 2015, **l'assistenza**

ospedaliera e quella primaria italiane garantiscono risultati superiori alla media, mentre il sistema appare in maggiore difficoltà nella prevenzione e nella qualità dell'assistenza ai più anziani; cure domiciliari, residenzialità protetta e soluzioni alternative all'istituzionalizzazione sono distanti dagli standard internazionali (OECD, 2015). Questo, nonostante l'Italia sia il 4° paese per longevità nell'area OECD. Piuttosto, **il sistema italiano è caratterizzato dalla decisiva azione delle famiglie, in gran parte autonoma e sostenuta dalle diverse forme di lavoro privato di cura, fra cui le badanti.** Le famiglie italiane spendono 9,4 mld di euro per le assistenti familiari, cui andrebbero aggiunti i 4,5 mld collegati alla valorizzazione economica dell'assistenza informale dei familiari (Longo, 2016). In Lombardia, le badanti garantiscono il 40.7% dell'assistenza ai non autosufficienti, dato ampiamente sottostimato per la nota rilevanza del lavoro sommerso (Longo, 2014). Anche il rapporto CENSIS-ISMU del 2013 ha richiamato il boom delle badanti (+53% in dieci anni) e la necessità, per mantenere gli attuali livelli di assistenza, di un loro incremento di almeno 500.000 unità entro il 2030. Resta da vedere se i flussi migratori – così osteggiati negli scenari attuali – saranno in grado di sostenere questa domanda, ma anche se sia ragionevole mantenere questa anomalia, lasciando le famiglie praticamente sole a sostenere l'impatto maggiore della vecchiaia. Le parole d'ordine della Legge 23/2015 – dall'ospedale al territorio, continuità assistenziale, orientamento verso la domanda – lasciano ben sperare, ma il percorso da compiere è ancora lungo e certamente ricco di insidie.

Bibliografia

- *Censis, Servizi alla persona e occupazione nel welfare che cambia. Censis, Note e Commenti 2013; vol. 7/8*
- *Daverio G. L'assistenza domiciliare integrata in Europe e Italia. Problemi organizzativi e obiettivi da raggiungere. Italia Longeva, LTC One. Roma, 12 luglio 2016*
- *Giunco F., Assistenza agli anziani non autosufficienti. Vero o falso? Welfare Oggi 2014; 5:11-16*
- *Gori C., a cura di, Come cambia il Welfare Lombardo. Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2011*
- [Italia Longeva, Long-Term Care One. Atti del simposio. Roma, 11 e 12 luglio 2016](#)
- *Longo F. La sostenibilità economica dei modelli assistenziali nel medio periodo: prestazioni monetarie, sanità integrativa e assicurazioni. Italia Longeva, LTC One. Roma, 11 luglio 2016*
- *Longo F. Non autosufficienza e Alzheimer in Lombardia. SDA Bocconi, Cergas, 19 settembre 2014*
- *Ministero delle Salute. Revisione OCSE dell'assistenza sanitaria in Italia. Sintesi dei dati, 15 gennaio 2015. www.salute.gov.it*
- *OECD. Health at a Glance 2015: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris, 2015*

[1] VAOR Home Care (VAOR HC) è uno dei moduli della più completa suite InterRAI, un sistema di valutazione multidimensionale di terza generazione fra i più diffusi e applicati nel mondo per la programmazione strategica e il governo dei servizi, oltre che per la pianificazione delle cure.

Rappresenta, in questo senso, un vero e proprio “gold standard”. Il sistema InterRAI integra molti strumenti di valutazione specifici delle più rilevanti aree di valutazione della persona con le indicazioni derivanti da un completo set di linee guida e strumenti di buone prassi – a bordo del programma applicativo - utili per identificare gli obiettivi dei Piani di assistenza individuali. Il sistema, inoltre, prevede i necessari adattamenti ai diversi setting assistenziali (sanitari, sociali, residenziali, semiresidenziali e domiciliari), favorendo il dialogo fra le valutazioni specifiche e l'implementazione di un modello di cura centrato sulla persona.