



*Ministero del Lavoro
e delle Politiche Sociali*



Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010

*Stampato per il Ministero del lavoro e delle politiche sociali
nel mese di Febbraio 2011
da Maggioli Editore
Maggioli Editore è un marchio di Maggioli S.p.a.
Azienda con sistema qualità certificato ISO 9001:2000*

Indice

<i>Prefazione</i>	Pag.	3
<i>Premessa</i>	»	5
1. Cenni demografici e sanitari	»	9
1.1. L'Italia e l'Europa	»	9
1.2. Lo scenario italiano	»	11
2. La disabilità	»	17
3. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia ...	»	23
3.1. Premessa	»	23
3.2. La rete dei servizi	»	24
3.3. La spesa per l'assistenza	»	26
4. L'assistenza nelle Regioni	»	29
5. I trasferimenti monetari e i servizi	»	35
6. La long term care	»	37
I FOCUS	»	39
FOCUS: Anziani e invecchiamento attivo	»	39
FOCUS: I sistemi di valutazione multidimensionali ed il sistema dei profili	»	41
FOCUS: I servizi domiciliari	»	44
FOCUS: Il lavoro privato di cura	»	46
FOCUS: I servizi residenziali	»	49
FOCUS: Le demenze	»	52
FOCUS: Le soluzioni innovative	»	55
FOCUS: I trasferimenti monetari	»	73
FOCUS: Anziani e Fondi integrativi – long term care	»	76
PUNTI FERMI E QUESTIONI APERTE	»	83

Prefazione

Il Libro Bianco “La vita buona nella società attiva” sul futuro modello sociale italiano indica come primo valore la centralità della persona. Anziani e disabili sono il paradigma della molteplicità dei bisogni affettivi, relazionali, lavorativi, terapeutici che esprime chi vive una condizione di fragilità.

L'aumento costante dell'età media ed il progresso scientifico hanno indotto una vera e propria rivoluzione epidemiologica, spostando l'attenzione di cura sul territorio, ove si esprimono al meglio non solo i servizi di sanità ed assistenza pubblica ma anche tutti i processi di sussidiarietà: la famiglia, il volontariato, l'impresa profittevole e non, tutti i corpi intermedi che concorrono a fare comunità.

Il presente Rapporto sulla non autosufficienza in Italia, che raccoglie il contributo di molti studiosi della materia, esprime con evidenza le grandi contraddizioni e le diverse velocità presenti nel nostro Paese su un tema di primaria importanza.

Come i dati evidenziano, nella dimensione sanitaria, in quella socio-sanitaria ed in quella strettamente sociale, i disavanzi economici più elevati si accompagnano sempre a cattiva qualità nei processi erogativi.

Una profonda spaccatura oppone due Italie: la prima a Nord della capitale, la seconda comprende il Lazio ed il Sud del Paese.

L'esame dei tavoli di monitoraggio Stato-Regioni e dei “piani” di rientro ha fatto emergere realtà del Sud sorprendenti per la mancanza di governo, per la pochezza degli strumenti contabili, informatici e di clinical governance.

Come porre la prima pietra per la “rifondazione” dei sistemi sanitari e socio assistenziali arretrati? Con una prima elementare operazione: chiudere i piccoli ospedali costosi e pericolosi per la salute dei cittadini organizzando contestualmente sistemi ospedalieri a rete (centri di riferimento per le principali patologie) con buoni modelli di emergenza 118, in modo da liberare risorse per lo sviluppo del territorio, ovvero dei servizi per gli anziani, per i disabili e per quanti hanno bisogno di essere presi in carico e di ricevere cure “lowtech”.

Il Rapporto evidenzia la necessaria integrazione delle politiche sociali con quelle socio-sanitarie assicurando processi di continuità assistenziale e presa in carico della persona non autosufficiente.

In particolare i temi che meritano maggiore attenzione, sono:

- *l'elevato carico di cura sostenuto (in particolare al Sud) dalle famiglie e dagli aiuti esterni non istituzionali (badanti);*
- *il divario tra Nord e Sud nel godimento di indennità di accompagnamento con la conseguente esigenza di maggiori controlli;*
- *la costruzione di sistemi di servizi territoriali per anziani e disabili di tipo domiciliare e residenziale, integrati sotto il profilo assistenziale e delle reti urbane e sociali (volontariato);*
- *la predisposizione di fascicoli elettronici sanitari e socio-sanitari per ciascuna persona, utili ad accompagnarla nei complessi percorsi, anche riabilitativi, favorendo appropriatezza e "presa in carico";*
- *il potenziamento delle strutture distrettuali in grado di governare le cure primarie, compresa la prevenzione e la promozione degli stili di vita per un invecchiamento sano.*

Il Rapporto, attraverso i Focus, analizza alcune tematiche di primo piano come l'invecchiamento attivo, il lavoro privato di cura (famiglia – badanti), i servizi domiciliari e residenziali, i fondi integrativi e la long term care, le esperienze innovative. Il Rapporto si configura pertanto come strumento utile al confronto tra Governo, Regioni e organizzazioni sociali con l'obiettivo di promuovere in tutto il Paese modelli socio-sanitari assistenziali integrati, capaci di coniugare le esigenze di sostenibilità finanziarie con quelle di una più efficace inclusione delle persone non autosufficienti.

Roma, 20 luglio 2010

Maurizio Sacconi
Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

Premessa

Il presente Rapporto nasce dall'esigenza di disporre di un quadro sintetico del fenomeno della non autosufficienza e delle politiche in essere per definire una rinnovata "vision" della "questione anziani" integrata nelle politiche sanitarie e di welfare.

Il lavoro si rivolge non tanto agli studiosi quanto ai *policy maker*, anche in prospettiva della riforma federalista che presuppone una chiara determinazione dei fabbisogni nazionali (standard), regionali e locali e una efficace definizione (sia pur sommaria) dei LEP.

A tal fine si sono produttivamente utilizzati i risultati degli studi di qualificati soggetti quali: il "Rapporto Nazionale 2009 sulle Condizioni ed il Pensiero degli Anziani" promosso da IRCCS-INRCA per l'Agenzia Nazionale dell'Invecchiamento - Ageing Society - Osservatorio Terza Età, Federsanità Anci; "Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi" (anno 2009), progetto promosso dal Ministero del Welfare; "L'assistenza nazionale agli anziani non autosufficienti in Italia" (anno 2009), a cura di N.N.A. (Network Non Autosufficienza), rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per l'Agenzia Nazionale per l'Invecchiamento; "Badanti: la nuova generazione – Caratteristiche e tendenze del lavoro privato di cura" (anno 2008) dell'IRS (Istituto per la Ricerca Sociale).

Si ha la convinzione che l'attuale fase storico politica richieda uno sforzo propositivo ed un ripensamento dei criteri di allocazione delle risorse e della tradizionale visione per rigorose "competenze" delle politiche erogative.

Si ha inoltre la netta consapevolezza della mancanza di dati omogenei che possano consentire una lettura più approfondita dei fenomeni e rendere possibili politiche di *benckmarking*, strumento ordinario di lavoro per migliorare le performance soggettive e di sistema.

L'omogeneizzazione dei sistemi informativi, quindi, la bontà e confrontabilità del dato vanno poste tra le priorità, così come l'interoperabilità tra banche dati (INPS, INAIL, ecc.) che intervengono sulle stesse materie: senza conoscenza, com'è noto, non vi può essere miglioramento.

Angelo Lino Del Favero

*Ad Alice, Giovanni e Davide,
con l'impegno di preparare per loro un futuro sereno...*

*A cura di Angelo Lino Del Favero,
Consulente del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali
Luglio 2010*

Si ringraziano per i contributi, che hanno reso possibile e più completo il presente Rapporto:

<i>Mauro Antoniazzi</i>	<i>medico cure primarie Azienda ULSS n. 7 – Regione Veneto</i>
<i>Antonio Aprile</i>	<i>direttore generale dell'IRCCS-INRCA e gli autori de "L'assistenza nazionale agli anziani non autosuffi- cienti – Rapporto 2009"</i>
<i>Anna Banchemo</i>	<i>responsabile qualità e integrazione socio-sanitaria pres- so l'Agenzia regionale sanitaria – Regione Liguria</i>
<i>Claudio Beltrame</i>	<i>direttore dei servizi sociali Azienda ULSS n. 10 – Regione Veneto</i>
<i>Marisa Durante</i>	<i>direttore dei servizi sociali Azienda ULSS n. 7 – Regione Veneto</i>
<i>Angelo Ferro</i>	<i>presidente Fondazione Opera Immacolata Concezio- ne Onlus di Padova</i>
<i>Paolo Fortuna</i>	<i>direttore dei servizi sociali Azienda ULSS n. 6 – Regione Veneto</i>
<i>C. Malaspina - A. Discalzi</i>	<i>Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integra- zione e Solidarietà Sociale – Regione Lombardia</i>
<i>Isabella Mastrobuono</i>	<i>direttore sanitario aziendale del "Policlinico Tor Ver- gata" di Roma</i>
<i>Emilio Mortilla</i>	<i>presidente dell'Ageing Society – Osservatorio Terza Età e gli autori del "Rapporto nazionale 2009 sulle Condizioni ed il Pensiero degli Anziani"</i>
<i>Simone Naldoni</i>	<i>presidente Società della Salute Zona Fiorentina Nord- Ovest</i>
<i>Angelo Tanzarella</i>	<i>direttore dei servizi sociali Azienda ULSS n. 1 – Regione Veneto</i>

1. Cenni demografici e sanitari

1.1. L'Italia e l'Europa

Un primo inquadramento dei fenomeni demografici non può che avvenire a livello europeo, con un esame delle aspettative di vita alla nascita, nei Paesi UE, dal 1990 al 2008.

Dall'esame dei dati si possono trarre alcune prime considerazioni:

- l'Italia, con i Paesi scandinavi, ha la più elevata aspettativa di vita al 2008: in media 80,1 anni, rispettivamente 83,2 per le donne e 77,1 per gli uomini. La più bassa aspettativa di vita si riscontra nei Paesi dell'Est e nelle repubbliche baltiche. In sostanza le persone più longeve vivono nei Paesi mediterranei più ricchi oppure nei Paesi scandinavi e nel Nord Europa – Germania, Italia e Francia.
- Il *trend* dell'aspettativa di vita è generalmente ascendente in tutti i Paesi UE. In un quindicennio (1990-2005) l'aspettativa di vita media è aumentata di 2 anni per gli uomini e di 3 anni per le donne.

Tab. 1 - Aspettativa di vita alla nascita nei Paesi UE 1990/2008

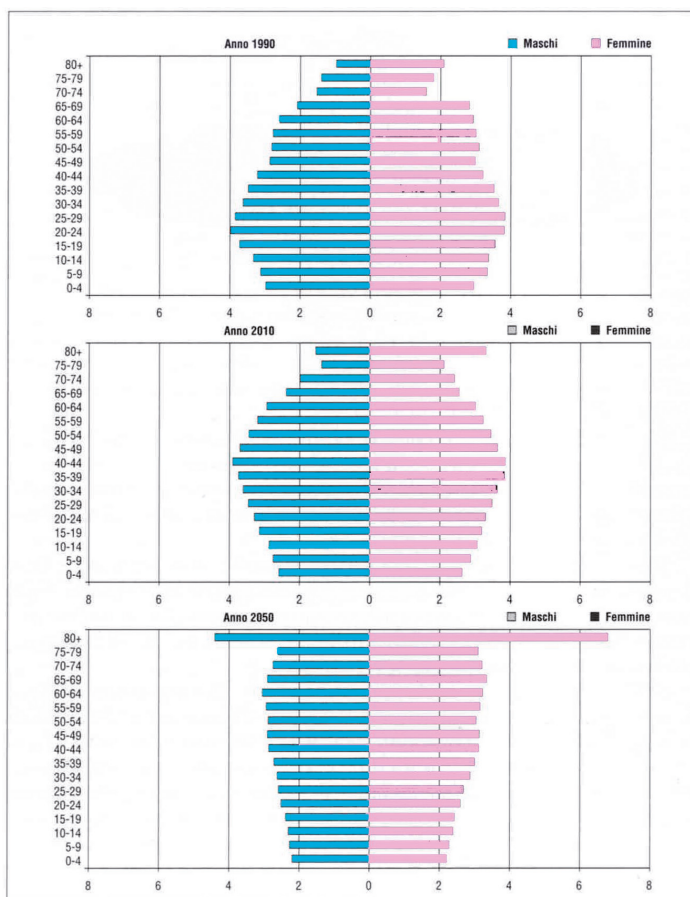
PAESI	UE 25 Anno 2000-2005										UE 27 Anno 2008		
	1990	1995	DONNE					UOMINI					MEDIA
			2000	2003	2004	2005	1990	1995	2000	2003	2004	2005	2008
UE-25	78,8	79,7	80,8	81,2	81,7	81,9	71,7	72,8	74,4	75,1	75,6	75,8	79,4
Belgio	79,4	80,2	80,8	81,7	-	82,4	72,7	73,4	74,6	75,9	-	76,7	82,4
Rep. Ceca	75,4	76,6	78,4	78,7	79,2	79,1	67,6	69,7	71,7	72,1	72,6	72,9	80,1
Danimarca	77,7	77,8	79,3	79,7	80,1	80,2	72	72,7	74,5	75	75,4	75,6	80,6
Germania	78,4	79,7	81	81,4	82,1	81,8	72	73,3	75	75,7	76,5	76,2	82,3
Estonia	74,9	74,5	76,4	77,2	-	78,1	64,7	61,9	65,6	66,1	66,3	67,3	78,3
Grecia	79,5	80,3	80,6	81,3	81,4	81,5	74,6	75	75,5	76,5	76,6	76,6	82,2
Spagna	80,3	81,5	82,5	82,9	83,8	83,9	73,3	74,3	75,7	76,2	77,2	77,4	83,5
Francia	80,9	81,8	82,7	83,8	83,8	83,8	72,8	73,9	75,3	75,9	76,7	76,7	84,2
Irlanda	77,6	78,4	79,1	80,6	81,2	81,8	72,1	72,9	73,9	75,8	76,4	77,1	80,9
ITALIA	80,1	81,3	82,5	82,5	83,7	83,2	73,6	74,9	76,6	76,8	77,7	77,6	83,2
Cipro	78,6	79,8	-	81,1	81,7	81,7	74,1	75,3	-	76,9	76,6	77	80,7
Lettonia	74,6	73,1	76,1	75,9	76,2	77,4	64,3	60,3	65	65,6	67,1	65,6	77,3
Lituania	76,2	75	77,4	77,8	77,7	77,4	66,4	63,3	66,8	66,4	66,3	65,4	79,9
Lussemburgo	78,5	80,2	81,1	80,9	82,2	82,3	72,3	73	74,8	74,8	76	76,2	82,7
Ungheria	73,7	74,5	75,9	76,7	77,2	76,9	65,1	65,3	67,4	68,4	68,7	68,6	77,6
Malta	78,1	79,5	80,4	80,7	-	81,4	73,7	74,9	76,3	76,7	76,9	77,7	81,6
Olanda	80,9	80,4	80,5	80,9	81,4	81,6	73,8	74,6	75,5	76,2	76,9	77,2	83,5
Austria	78,8	79,9	81,1	81,6	82,1	82,2	72,2	73,3	75,1	75,9	76,4	76,7	82,4
Polonia	76,3	76,4	77,9	78,8	79,2	79,4	66,7	67,6	69,7	70,5	70,6	70,8	79,7
Portogallo	77,4	78,7	80	80,6	81,4	81,4	70,4	71,6	73,2	74,2	74,5	74,9	81,5
Slovenia	77,4	77,8	79,7	80,3	80,7	81,3	69,5	70,3	72,3	72,5	73,5	74,1	80,7
Slovacchia	75,4	76,3	77,4	77,8	78	77,9	66,6	68,4	69,1	69,9	70,3	70,1	79,3
Finlandia	78,9	80,2	81	81,8	82,2	82,3	70,9	72,8	74,2	75,1	75,3	75,5	82,5
Svezia	80,4	81,4	82	82,4	82,6	82,8	74,8	76,2	77,4	77,9	78,3	78,4	83,1
UK	78,5	79,2	80,2	80,7	81,1	81,1	72,9	74	75,5	76,2	76,7	76,9	81,5
Bulgaria	75,2	74,6	75,1	75,9	76,2	76,3	68,4	67,1	68,4	68,9	69,1	69	76,7
Romania	73,1	73,1	74,6	75,1	75,5	75,4	66,6	65,3	67,7	67,8	67,7	68,2	75,9
Norvegia	-	-	81,4	81,8	82,0	82,0	-	-	76	76,5	76,6	76,8	82,6
Svizzera	-	-	82,7	83,2	83,3	83,4	-	-	76,9	77,4	77,5	77,6	83,7

FONTE: Rapporto Nazionale sulle Condizioni ed il Pensiero degli Anziani - una società diversa - promosso da IRCCS-INRCA per l'Agenzia Nazionale dell'Invecchiamento - Ageing Society - Osservatorio Terza Età, Federsanità Anci.

Tabella 1.8 pag. 77

- Il grafico che rappresenta la piramide delle età UE (1990 – 2010 – 2050), evidenzia in modo incontrovertibile un'ulteriore riduzione delle classi di età giovani (0-14), un incremento notevole degli anziani (in particolare ottantenni!) e soprattutto una significativa contrazione della popolazione in età lavorativa (15-64).
- L'incremento demografico naturale (saldo nati/morti) è stato, fino agli anni '90, il motore di crescita della popolazione mentre negli anni 2000 il fenomeno migratorio è diventato principale fattore di incremento della popolazione.

Graf. 1 - Piramidi per classi di età, confronto 1990 - 2010 - 2050 nell'UE 27



Fonte: Rapporto Nazionale sulle Condizioni ed il Pensiero degli Anziani - una società diversa - promosso da IRCCS-INRCA per l'Agenzia Nazionale dell'Invecchiamento - Ageing Society - Osservatorio Terza Età, Federsanità Anci.
Grafico 1.8 pag. 79

1.2. Lo scenario italiano

a) Il quadro demografico

Già oggi in Italia le persone con 65 anni e più rappresentano oltre il 20% della popolazione con una tendenza in costante e continua crescita nei prossimi anni. L'invecchiamento generalizzato della popolazione, progressivo ed inesorabile nel tempo, è evidenziato dalla tabella che segue, relativa alla composizione per classi di età, età media, indici di vecchiaia.

Tab. 2 - Composizione per classi di età, età media, indici di vecchiaia e di dipendenza della popolazione italiana (Anni 1951-2051)

Anni	Composizione % per classi di età			Età media (anni)	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza
	Da 0 a 14 anni	Da 15 a 64 anni	Da 65 anni e più			
TOTALE POPOLAZIONE						
Censimento 1951	26,1	65,7	8,2	32	28	52,3
Censimento 1961	24,5	66	9,5	33,7	38,9	51,6
Censimento 1971	24,4	64,3	11,3	34,8	46,1	55,5
Censimento 1981	21,5	54,3	13,2	36,3	61,7	53,1
Censimento 1991	15,9	68,8	15,3	39,1	96,6	45,3
Censimento 2001	14,2	67,1	18,7	41,4	131,4	49
Previsioni 2021	12,7	63,4	23,9	45,7	188,9	57,7
Previsioni 2051	11,4	65,3	34,3	50,1	325,1	82,7

FONTE: *Rapporto Nazionale sulle Condizioni ed il Pensiero degli Anziani - una società diversa* - promosso da IRCCS-INRCA per l'Agenzia Nazionale dell'Invecchiamento - Ageing Society - Osservatorio Terza Età, Federsanità Anci.
Tabella 1.11 pag. 95

Tab. 3 - Struttura per età della popolazione al 1° gennaio 2009*, V. %

REGIONI	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre*
Piemonte*	12,7	64,6	22,7
Valle d'Aosta*	13,7	65,7	20,6
Lombardia	14,0	66,1	19,9
Trentino-Alto Adige	16,0	65,7	18,3
Bolzano-Bozen	16,7	65,8	17,5
Trento	15,3	65,6	19,1
Veneto	14,1	66,2	19,6
Friuli-Venezia Giulia	12,4	64,5	23,1
Liguria	11,3	61,9	26,8
Emilia-Romagna	13,0	64,5	22,5
Toscana	12,5	64,3	23,2
Umbria	12,8	64,1	23,1
Marche	13,2	64,4	22,4
Lazio	13,9	66,4	19,7
Abruzzo**	13,1	65,7	21,3
Molise**	12,7	65,5	21,8
Campania	16,7	67,4	15,9
Puglia	15,1	66,9	18,0
Basilicata	13,7	66,2	20,1
Calabria	14,5	66,9	18,7
Sicilia	15,4	66,2	18,4
Sardegna	12,4	68,9	18,7
ITALIA	14,0	65,8	20,1
Nord	13,5	65,3	21,2
Nord-ovest	13,4	65,2	21,4
Nord-est	13,7	65,4	21,0
Centro	13,3	65,3	21,4
Mezzogiorno	15,1	66,9	17,9
Sud	15,4	66,9	17,7
Isole	14,7	66,9	18,4
*Stime			

FONTE: Rapporto Nazionale sulle Condizioni ed il Pensiero degli Anziani - una società diversa - promosso da IRCCS-INRCA per l'Agenzia Nazionale dell'Invecchiamento - Ageing Society - Osservatorio Terza Età, Federsanità Anci.
Tabella 1.12 pag. 96

Se analizziamo i dati per Regione (tabella 3) – anno 2009, possiamo trarre delle prime sommarie conclusioni:

- Il 14% degli italiani ha meno di 14 anni, il 65% è in età lavorativa (15-64 anni), il 20,1% ha oltre 65 anni.
- La Liguria è la Regione che ha la più alta percentuale di anziani 26,8%; seguita a Nord Ovest dal Piemonte (22,7%), poi da un “pool” di Regioni del Centro: Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e, infine, dal Friuli. Le Regioni popolate del Nord (Lombardia, Veneto) e quelle del Centro (Lazio) si mantengono sui volumi prossimi alla media nazionale.
- Il Sud e le Isole hanno un peso decisamente minore della popolazione anziana (fino a 5 punti in meno, la Campania).

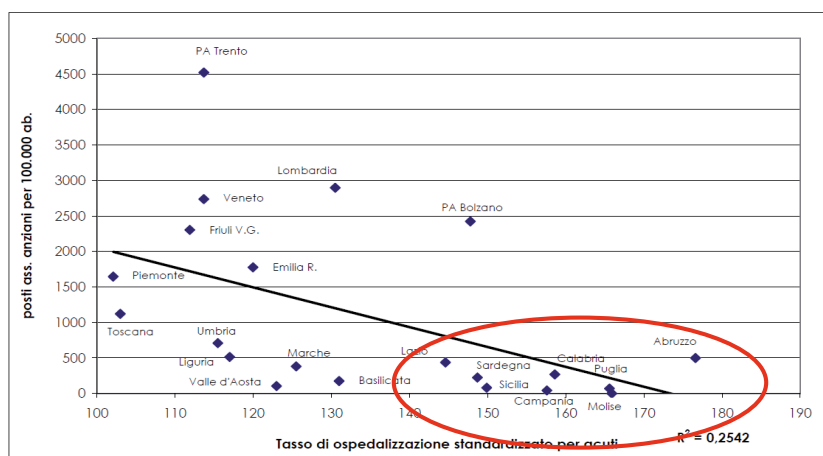
L'analisi demografica è di fondamentale importanza in quanto vi è una stretta correlazione tra età anagrafica e domanda di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali. Lo documentano più ricerche condotte, ad esempio, dal Prof. Cislaghi per conto dell'AGENAS.

b) L'asimmetria tra assistenza ospedaliera e servizi territoriali

Come in un sistema di vasi comunicanti (legge di Pascal) anche nel mondo sanitario una sovraofferta di carattere ospedaliero assorbe impropriamente gli spazi della domanda di salute, impedendo di fatto, per la limitatezza delle risorse, lo sviluppo dei servizi territoriali, in primis l'assistenza agli anziani in strutture residenziali o a domicilio.

Il grafico che segue, sulla correlazione (o meglio relazione) tra tasso di ospedalizzazione standardizzato per acuti (ricorso all'ospedale con elevate dosi di inappropriatelyzza) e posti letto per anziani in strutture extraospedaliere, fa trasparire due Italie: una, con un corretto uso dell'ospedale e crescente investimento nelle strutture per anziani e territoriali, una seconda, compresa nell'ellisse nella parte destra del grafico, ferma a schemi assistenziali poco efficienti, con filiera di cura "corta" tutta concentrata sulla spenalità.

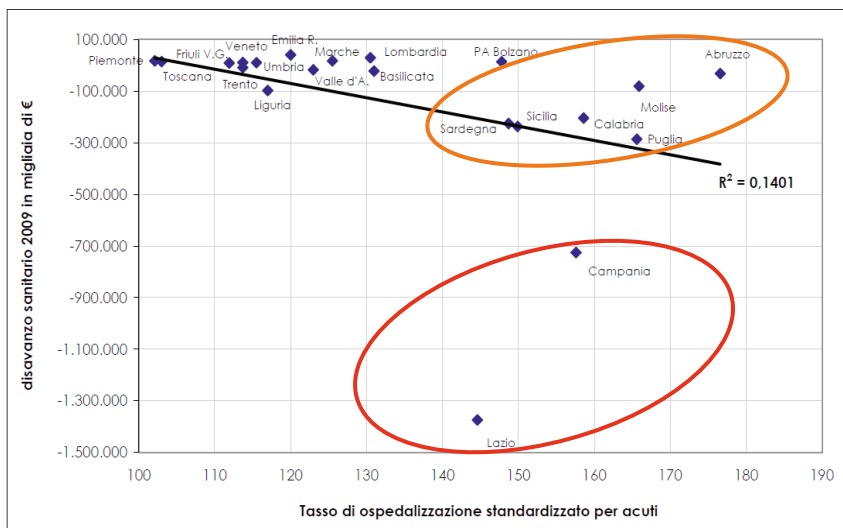
Graf. 2 - Relazione tra Posti letto per anziani e Tasso di ospedalizzazione standardizzato per acuti - anno 2006



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario

Il grafico 3 dimostra come i disavanzi regionali siano causa e conseguenza della sovrafferta ed inappropriatezza d'uso dei sistemi di organizzazione ospedaliera.

Graf. 3 - Relazione tra Disavanzo (in migliaia di €) e Tasso di ospedalizzazione standardizzato per acuti - anno 2006



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario

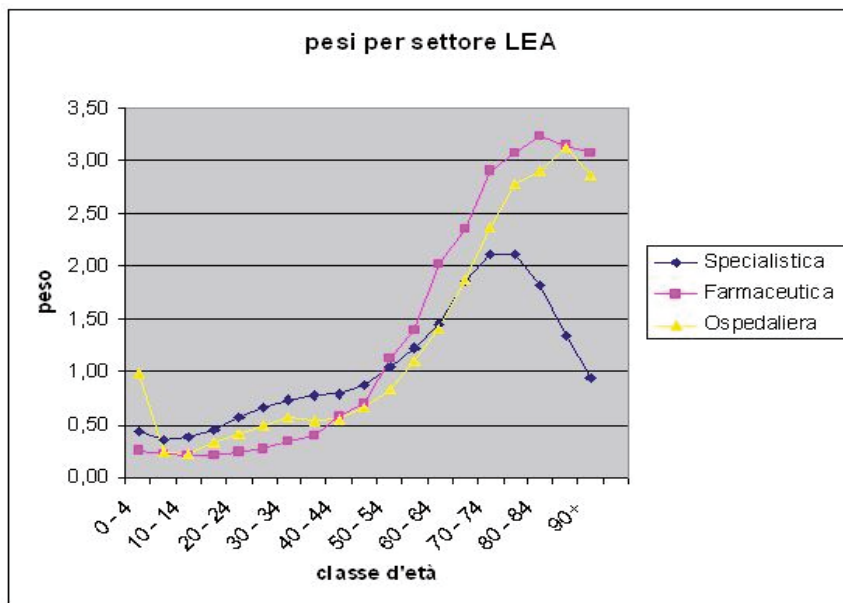
La tabella 4 e il grafico 4, che seguono, ben esprimono la correlazione tra consumi (specialistica, farmaceutica, ospedaliera) e popolazione per classi di età; si ritiene, comunque, che i consumi ospedalieri (spesso inappropriati) vadano “tarati” per le funzioni programmatiche, sulle Regioni più performanti.

Tab. 4 - Consumi (specialistica - farmaceutica - ospedaliera) e Popolazione

Popolazione				Specialistica				Farmaceutica				Ospedaliera					
anno 2007 1°germ ISTAT Fascia				Valorizza zione numeri pro capite spesa	anno 2007 rapporto OSMED	spesa annua pro capite fascia A	spesa annua pro capite fascia A	medie mobili numeri indice spesa	SDO 2005	procapite dh	procapite ordinari	procapite totale	numeri indice spesa				
d'età	maschi	femmine	mas+fem	d'età	mas+fem	mas+fem	mas+fem	maschi	femmine	mas+fem	mas+fem	mas+fem	mas+fem				
0 - 4	1426605	1348206	2775811	0 - 4	4,16	57,11	0,43	0 - 4	40,80	29,60	35,36	0,26	0 - 4	33,53	455,59	488,12	0,98
5 - 9	1413120	1334008	2747128	5 - 9	3,93	46,14	0,35	5 - 9	34,50	21,90	28,38	0,22	5 - 9	28,91	92,35	121,27	0,24
10 - 14	1438889	1360072	2798961	10 - 14	4,20	50,08	0,38	10 - 14	34,50	21,90	28,38	0,21	10 - 14	26,48	88,37	114,86	0,23
15 - 19	1513012	1428221	2941233	15 - 19	5,70	59,60	0,45	15 - 19	33,30	26,40	29,95	0,21	15 - 19	31,17	127,53	158,70	0,32
20 - 24	1503603	1526150	3109753	20 - 24	7,73	74,31	0,66	20 - 24	33,30	26,40	29,91	0,24	20 - 24	35,65	165,69	201,34	0,40
25 - 29	1860591	1815702	3676293	25 - 29	9,25	86,56	0,66	25 - 29	41,40	37,90	39,67	0,26	25 - 29	38,55	208,62	247,17	0,50
30 - 34	2291216	2242042	4533258	30 - 34	10,40	97,51	0,74	30 - 34	41,40	37,90	39,67	0,34	30 - 34	43,34	236,54	279,88	0,56
35 - 39	2423049	2377514	4800563	35 - 39	10,30	101,87	0,77	35 - 39	66,20	56,70	61,50	0,39	35 - 39	49,97	219,07	269,04	0,54
40 - 44	2421687	2402846	4824533	40 - 44	10,29	103,74	0,79	40 - 44	66,20	56,70	61,47	0,58	40 - 44	56,28	216,05	272,32	0,55
45 - 49	2096037	2116991	4213028	45 - 49	11,39	115,82	0,88	45 - 49	131,50	102,00	116,68	0,71	45 - 49	66,16	261,11	327,27	0,66
50 - 54	1872196	1926485	3798683	50 - 54	13,62	137,18	1,04	50 - 54	131,50	102,00	116,54	1,12	50 - 54	81,38	334,24	415,62	0,84
55 - 59	1871043	1955999	3827042	55 - 59	16,29	161,55	1,23	55 - 59	272,80	193,00	232,01	1,40	55 - 59	98,25	450,58	548,83	1,10
60 - 64	1586769	1705480	3292249	60 - 64	19,46	191,70	1,46	60 - 64	272,80	193,00	231,46	2,02	60 - 64	115,92	589,17	705,10	1,42
65 - 69	1566182	1764706	3330888	65 - 69	25,41	245,03	1,86	65 - 69	452,30	306,50	375,06	2,36	65 - 69	138,12	792,83	930,95	1,87
70 - 74	1283854	1576418	2860272	70 - 74	29,17	277,98	2,11	70 - 74	452,30	306,50	371,94	2,90	70 - 74	152,49	1027,10	1179,60	2,37
75 - 79	1021855	1440063	2461918	75 - 79	29,95	279,36	2,12	75 - 79	580,10	368,30	456,21	3,07	75 - 79	148,32	1238,17	1386,49	2,79
80 - 84	655411	1140593	1795994	80 - 84	27,60	238,83	1,82	80 - 84	580,10	368,30	445,59	3,23	80 - 84	113,94	1334,52	1448,45	2,91
85 - 89	266112	576334	842446	85 - 89	23,10	175,93	1,34	85 - 89	580,10	368,30	435,20	3,15	85 - 89	81,90	1480,34	1562,23	3,14
90+	2650036	3341124	6191160	90+	19,70	124,55	0,95	90+	580,10	368,30	424,53	3,07	90+	43,60	1364,28	1427,89	2,87
totale	28731633	30462839	59194472	totale	7,24	131,65	1,00	totale	155,91	121,31	138,10	1,00	totale	70,60	436,91	497,52	1,00

Fonte: elaborazione dati ISTAT 2007, Ministero della Salute 2004, Rapporto OSMED 2007, Ministero della Salute 2005

Graf. 4 - Consumi (specialistica - farmaceutica - ospedaliera) e Popolazione



Fonte: elaborazione dati ISTAT 2007, Ministero della Salute 2004, Rapporto OSMED 2007, Ministero della Salute 2005

2. La disabilità

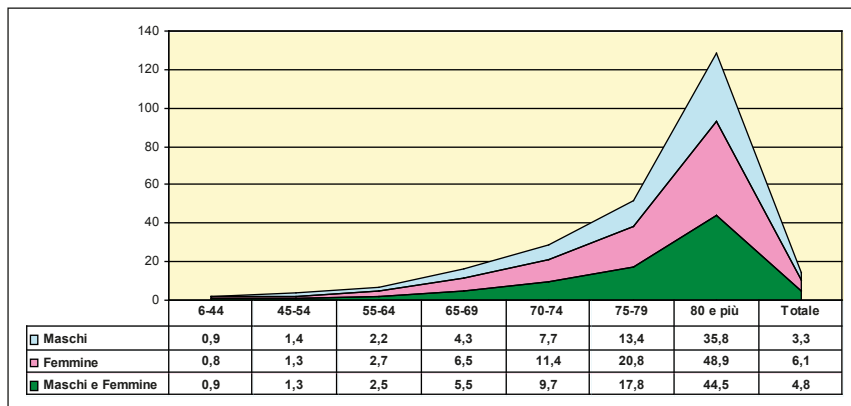
Non esiste in Italia un sistema informativo in grado di delineare il numero e le caratteristiche delle persone con disabilità, secondo i criteri previsti dalla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) approvato dall'OMS nel 2001. La disabilità, quale “conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo”, rappresenta una evoluta concezione della salute della persona e delle condizioni, conseguenze e determinanti ad essa correlate, ma è ancora oggi difficilmente riconducibile in idonei strumenti di misurazione.

L'unica fonte nazionale oggi disponibile per delineare un primo quadro del fenomeno, sia pur per macro aspetti, è quella fornita dall'indagine ISTAT sulle “Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari” costruito sulla base di questa definizione di disabilità:

“Sono considerate persone con disabilità coloro che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, hanno dichiarato di non essere in grado di svolgere le abituali funzioni quotidiane, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc.). Le funzioni essenziali della vita quotidiana comprendono: le attività della vita quotidiana (autonomia nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi, vestirsi, lavarsi, fare il bagno, mangiare), il confinamento a letto, su una sedia (non a rotelle), in casa e le difficoltà sensoriali (sentire, vedere, parlare)”.

L'indagine ISTAT 2007 individua in 2.600.000 le persone in condizione di disabilità che vivono in famiglia, pari al 4,8% della popolazione. L'indagine non tiene conto dei minori di 6 anni, che si stimano attorno ai 200.000. Ben 2.000.000 sono persone anziane.

Graf. 5 - Persone di 6 anni e più disabili per classi di età e sesso - 2005, V% (per 100 persone della stessa classe di età e sesso)



FONTE: *Rapporto Nazionale sulle Condizioni ed il Pensiero degli Anziani - una società diversa* - promosso da IRCCS-INRCA per l'Agenzia Nazionale dell'Invecchiamento - Ageing Society - Osservatorio Terza Età, Federsanità Anci.
 Graf. 2.13 pag. 149

Sulla base di questa indagine le caratteristiche principali sono le seguenti:

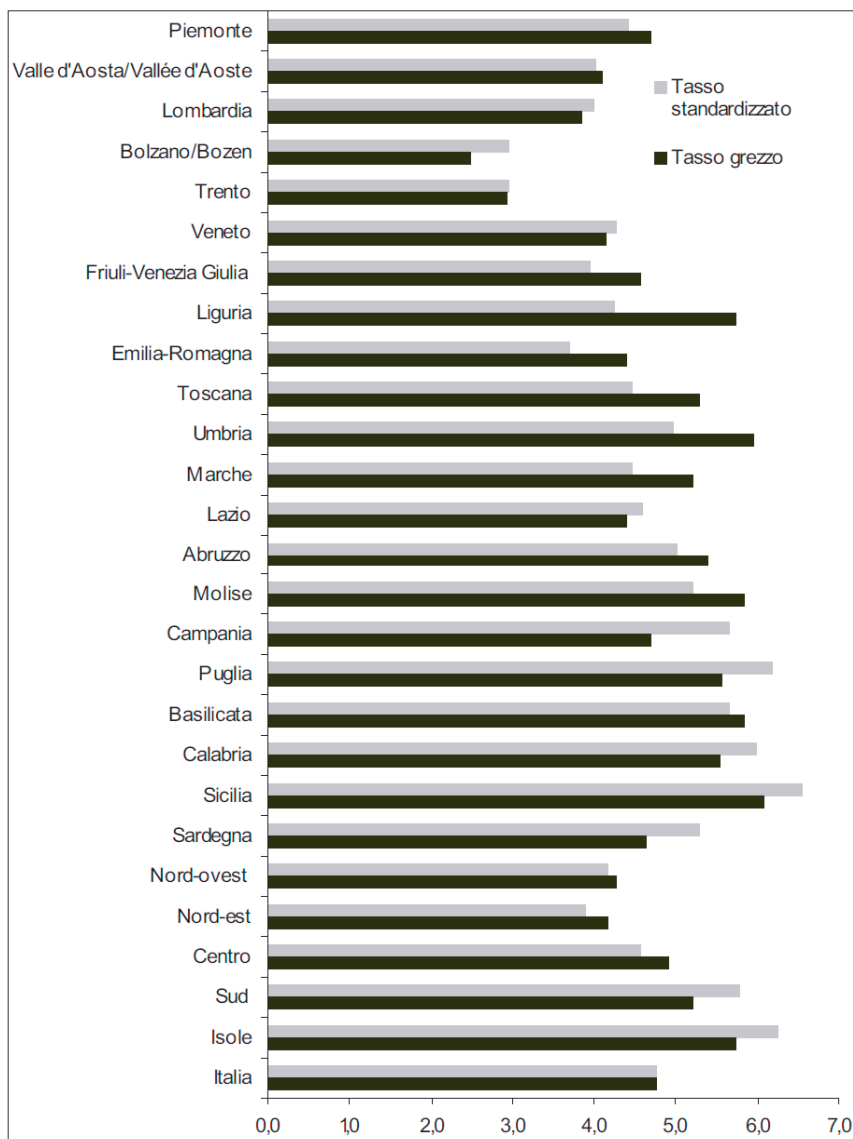
- La disabilità cresce ovviamente con l'età: è pari al 9,7% della fascia di popolazione dai 70-74 anni, si eleva al 17,8% nella fascia dai 75-79 anni, e raggiunge il 44,5% degli 80enni.
- La percentuale delle persone con disabilità di sesso femminile (6,1%) è il doppio di quella maschile (3,3).
- Le malattie cronico-degenerative affliggono, con almeno una malattia grave, il 59,4 % degli individui con disabilità.
- La disabilità è più diffusa nell'Italia del Sud (5,2%) e nelle Isole (5,7%), al Nord supera di poco il 4%, nonostante quest'ultimo abbia tassi di invecchiamento della popolazione più elevati.

Tab. 5 - Persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia per classe di età, sesso e tipologia di disabilità – anni 2004-2005
(a) (tassi per 100 persone con le stesse caratteristiche)

TIPOLOGIA DI DISABILITÀ	Classi di età										Totale
	6-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-69	70-74	75-79	80 e più	
MASCHI											
Difficoltà in vista, udito e parola	0,17	0,21	0,10	0,24	0,19	0,49	0,45	0,82	1,18	2,72	0,39
Difficoltà nel movimento	0,15	0,14	0,20	0,17	0,55	0,69	1,09	1,98	3,41	8,27	0,83
Disabilità nelle funzioni	1,02	0,10	0,07	0,08	0,15	0,20	0,51	1,04	1,74	5,52	0,52
Due difficoltà	0,22	0,07	0,22	0,38	0,43	0,67	1,79	3,37	5,91	13,72	1,23
Tre difficoltà	0,04	0,08	0,06	0,09	0,04	0,16	0,44	0,45	1,16	5,61	0,35
FEMMINE											
Difficoltà in vista, udito e parola	0,15	0,05	0,10	0,26	0,25	0,25	0,30	1,29	1,50	1,48	0,40
Difficoltà nel movimento	0,08	0,12	0,14	0,21	0,44	1,11	3,25	4,24	6,78	10,35	1,70
Disabilità nelle funzioni	1,21	0,11	0,07	0,08	0,08	0,30	0,61	1,19	2,48	6,77	0,85
Due difficoltà	0,15	0,26	0,14	0,28	0,47	0,91	1,96	3,74	8,19	22,75	2,47
Tre difficoltà	0,04	0,04	0,11	0,04	0,04	0,14	0,35	0,95	1,86	7,52	0,70
TOTALE											
Difficoltà in vista, udito e parola	0,16	0,13	0,10	0,25	0,22	0,37	0,37	1,08	1,37	1,90	0,40
Difficoltà nel movimento	0,12	0,13	0,17	0,19	0,50	0,90	2,24	3,22	5,39	9,65	1,28
Disabilità nelle funzioni	1,11	0,11	0,07	0,08	0,11	0,25	0,56	1,12	2,18	6,35	0,69
Due difficoltà	0,19	0,16	0,18	0,33	0,45	0,79	1,88	3,57	7,25	19,71	1,87
Tre difficoltà	0,04	0,06	0,08	0,06	0,04	0,15	0,39	0,73	1,57	6,87	0,53

FONTE: ISTAT. Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – Anni 2004-2005"; (a) Cfr. nota 3 a pag. 17

Tab. 6 - Persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia per Regione, anni 2004-2005 (tassi grezzi e standardizzati per 100 persone con le stesse caratteristiche)



FONTE: ISTAT. Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - Anni 2004-2005"

Le tabelle 5 e 6 forniscono un primo significativo quadro quantitativo del fenomeno che merita ulteriori approfondimenti mirati.

Il fenomeno rilevato dall'ISTAT nell'indagine del 2005 sulla disabilità si connota nei seguenti termini:

- sono 130.000 le persone che vivono 'confinare nell'abitazione';
- in una famiglia su dieci vive almeno un componente con problemi di disabilità;
- sono oltre 1.700.000 le persone con invalidità motoria (3% della popolazione);
- oltre 500.000 persone hanno una invalidità per malattia mentale (0,9% della popolazione): il 5,3% della popolazione (il 7,4% donne, il 3,1% uomini); dichiara di soffrire di ansietà cronica e di depressione;
- le condizioni di disabilità sono "peggiori" al Sud e nelle Isole, rispetto al Nord. Il Sud e le Isole presentano tassi standardizzati (desunti da dichiarazioni) di presenza di patologie croniche del 14%, contro il 12% del Nord.

Particolare attenzione merita il fenomeno delle persone in stato vegetativo. La letteratura in materia evidenzia la mancanza di dati certi, tuttavia le stime sono da un minimo di 2.500 ad un massimo di 3.300 casi su base nazionale.

Ogni anno in Italia sono 20.000 i pazienti che entrano in coma, più di un terzo ne esce indenne, altri riportano danni più o meno gravi, per circa 500 il coma evolve in stato vegetativo, in parecchi casi permanente.

L'analisi delle SDO del 2006 relativamente ai dimessi per fasce di età e per sesso sul totale di 1445 pazienti, evidenzia una percentuale del 2,4% nella fascia di età 5-14 anni; del 23,6% nella fascia di età 15-44 anni, che aumenta al 26,5% nella fascia di età 45-64 anni ed al 46% nella fascia di età >65 anni; nella fascia di età 15-44 anni si osserva una maggiore percentuale di casi nei soggetti di sesso maschile (72,1%); nella fascia di età 65-74 anni si conferma la maggiore prevalenza degli uomini anche se in percentuale minore (57,6%) mentre nella fascia di età >75 anni è maggiore la percentuale delle donne (56,5%).

3. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia

3.1. Premessa

La letteratura scientifica, le rilevazioni ISTAT, i dati INPS sull'invalidità, confermano la stretta correlazione tra invecchiamento della popolazione e non autosufficienza.

L'ultima indagine ISTAT Multiscopo 2004-2005 "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari", ha rilevato che il 18,5% degli ultra 65enni (2,1 milioni di persone) riporta una condizione di totale mancanza di autosufficienza per almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana.

Negli ultimi dieci anni, pur aumentando in valore assoluto il numero dei disabili, il tasso "standardizzato" per età diminuisce dal 5,7% al 4,7%.

Lo stesso fenomeno avviene nei Paesi europei, fortunatamente per l'effetto dei progressi della scienza e della qualità della vita; si può affermare che mediamente si vive di più e si vive meglio. Ovvio comunque che il peso complessivo assistenziale è destinato ad aumentare, seppur in modo meno traumatico.

Non esiste in Italia una sola definizione della 'non autosufficienza'. E d'altro canto è anche difficile connotarla in modo univoco.

Diversi sono gli strumenti presenti per l'accertamento del bisogno assistenziale della persona e per la conseguente attivazione dei servizi: il riconoscimento della invalidità civile e dell'indennità di accompagnamento (INPS), gli accertamenti per l'accesso ai servizi sanitari (ASL) e ai servizi sociali (Comuni).

La diversità di valutazioni non consente pertanto di ricostruire a livello nazionale un quadro omogeneo di profili della non autosufficienza. A livello nazionale il progetto "Mattoni" elaborato dal Ministero della Salute ancora nel 2002 rappresenta un passo determinante per poter giungere nel breve periodo allo sviluppo di un sistema di lettura della condizione di non autosufficienza in Italia.

3.2. La rete dei servizi

Per quanto concerne la rete dei servizi sociali e socio-sanitari a favore degli anziani non autosufficienti, essa si può qualificare a livello nazionale nei seguenti interventi:

Tab. 7 - L'assistenza continuativa a titolarità pubblica per gli anziani non autosufficienti

Area d'intervento	Servizi e/o prestazioni
Servizi domiciliari	Assistenza domiciliare integrata (Adi) Assistenza domiciliare sociale (Sad)
Servizi residenziali	Presidi sociosanitari Presidi socio-assistenziali
Servizi semi-residenziali	Centri diurni
Trasferimenti monetari	Indennità di accompagnamento Assegni di cura
Sostegni al lavoro privato di cura	Agevolazioni fiscali, assegni finalizzati, corsi di formazione, albi, sportelli di incontro domanda/offerta

FONTE: *L'assistenza agli anziani non autosufficienti - Rapporto 2009* - Maggioli Editore, a cura di N.N.A. (Network Non Autosufficienza). Tabella 1 pag. 19

I servizi per gli anziani, schematicamente suddivisi in servizi domiciliari, residenziali e di sostegno economico, hanno visto negli ultimi 20 anni il loro progressivo aumento e la copertura dei bisogni degli anziani così come rappresentato nella tabella che segue:

Tab. 8 - Gli anziani utenti di assistenza continuativa in Italia, %, anni vari

	Inizi anni '90	Inizi anni 2000	Metà anni 2000
Servizi domiciliari	2	3,8	4,9
Servizi residenziali	2,9	3	3
Ind. accompagnamento	5,0	5,5	8,9

FONTE: *L'assistenza agli anziani non autosufficienti - Rapporto 2009* - Maggioli Editore a cura di N.N.A. (Network Non Autosufficienza). Tabella 2 pag. 21

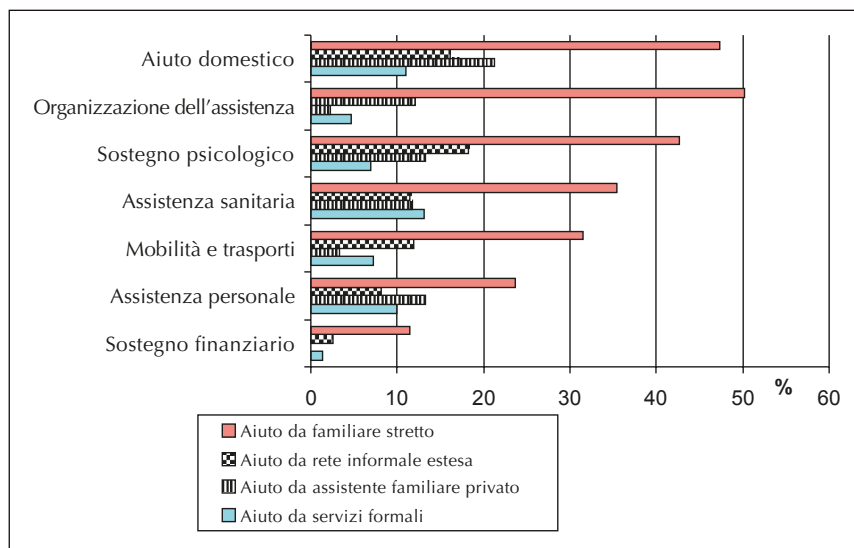
L'offerta di servizi agli anziani non autosufficienti ha in Italia una caratteristica netta e distintiva: il ruolo assistenziale svolto dalla famiglia (soprattutto nella cura a domicilio).

L'area degli interventi socio-sanitari e sanitari è invece quasi interamente svolta dal settore pubblico, secondo forme di collaborazione e modalità operative differenziate da Regione a Regione.

Il nostro Paese è inoltre caratterizzato dalla presenza di “assistenti familiari”, spesso donne straniere a diretto carico delle famiglie.

La famiglia e l'assistente familiare diventano fattori fondamentali nella gran parte delle funzioni assistenziali dell'aiuto domestico, dell'assistenza sanitaria, della mobilità e dei trasporti.

Graf. 6 - Persone con oltre 65 anni completamente non autosufficienti, per fonte di assistenza ricevuta, Italia, 2007, %



FONTE: *L'assistenza agli anziani non autosufficienti - Rapporto 2009* - Maggioli Editore, a cura di N.N.A. (Network Non Autosufficienza). Figura 1 pag. 24

Il grado di copertura stimato delle diverse componenti di offerta assistenziale è indicato nella tabella 9.

Tab. 9 - L'assistenza continuativa a titolarità pubblica per gli anziani non autosufficienti

Tipologia di utenti	% anziani
Percettori indennità di accompagnamento	9,5
Utenti assistenza domiciliare	4,9
Ospiti di strutture residenziali	3,0
Anziani che impiegano un assistente familiare	6,6

FONTE: *L'assistenza agli anziani non autosufficienti - Rapporto 2009 - Maggioli Editore, a cura di N.N.A. (Network Non Autosufficienza). Tabella 3 pag. 25*

3.3. La spesa per l'assistenza

La spesa pubblica – anno 2007 – per l'assistenza continuativa a persone non autosufficienti, secondo le risultanze della Ragioneria dello Stato, ammonta a:

17,3 miliardi di euro, pari a 1,13% del PIL

così ripartita sul PIL

- | | |
|--------------------------------|-------|
| • Componente sanitaria (*) | 0,46% |
| • Indennità di accompagnamento | 0,54% |
| • Componente comunale (Sad) | 0,13% |

(*) assistenza residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare, lungodegenza.

Non si analizzano in questo ambito di spesa i pazienti cronici anziani che beneficiano dei servizi ospedalieri, spesso con uso inappropriato; essi interessano tra il 20% – 25% dei ricoveri pari ad **almeno un altro punto di percentuale del PIL**: pertanto se si considera anche questo costo si può giungere alla conclusione che **un quarto della spesa sanitaria e socio-sanitaria-assistenziale sia legata alla cronicità e alla non autosufficienza.**

La ripartizione della spesa pubblica per componente di spesa, evidenzia un fenomeno di assoluto rilievo:

la spesa per prestazioni monetarie (indennità di accompagnamento, bonus, voucher) è circa la metà del totale e pari alla somma della spesa per servizi residenziali e domiciliari.

È evidente pertanto, come le risorse messe in moto dall'indennità di accompagnamento, dalle assistenti familiari, dalla famiglia e dal volontariato, giochino la partita principale nel governo assistenziale dell'anziano e costituiscano un ammortizzatore sociale straordinario ed efficiente in grado, in talune Regioni, di supplire alla carenza dei servizi pubblici specifici.

4. L'assistenza nelle Regioni

L'Italia, oltre a presentare una differenza marcata tra Regioni in termini di spesa e di efficacia nell'area sanitaria, registra, probabilmente di conseguenza, una uguale eterogeneità in ambito assistenziale.

Cristiano Gori e Giovanni La Mura nel citato rapporto, espongono una situazione interessante sintetizzata nelle tavole che seguono:

- della percentuale di anziani utenti dei servizi pubblici;
- della percentuale di anziani utenti di strutture (residenziali, semiresidenziale, ecc.);
- della percentuale di posti letto nelle strutture socio-assistenziali (le più basse nella complessità assistenziale);
- degli anziani utenti dei servizi ADI;
- delle ore medie annue di ADI;
- del rapporto tra spesa ADI su spesa sanitaria.

Tab. 10 - L'assistenza continuativa a titolarità pubblica per gli anziani non autosufficienti

Regioni	% anziani utenti servizi	% anziani utenti strutture	% posti letto socioass. in strutture	% anziani utenti ADI	ore Adi medie annue	% spesa Adi su spesa sanitaria
Friuli-Venezia Giulia	17,4	7,6	20	7,2	17	3,15
Emilia-Romagna	12	4,4	30	5,7	23	1,94
Veneto	11,8	4,6	19	6,4	14	1,11
Molise	10,2	2,5	22	3,7	12	0,7
Liguria	9,6	5,2	6	3,2	25	0,93
Lombardia	9,1	3,8	3	3,6	18	0,82
Piemonte	8,5	5,2	55	1,8	25	1,13
Abruzzo	8,1	1,9	30	3,6	33	0,86
Marche	7,9	3,1	43	3,9	28	1,66
Umbria	6,5	1,6	28	4,3	17	2,23
Lazio	6,4	1,4	60	3,8	21	-
Basilicata	5,9	0,6	61	4,3	44	1,37
Toscana	5,6	2,3	20	2,1	25	1,46
Sardegna	5,4	1,7	50	1,2	71	0,70
Sicilia	4,9	1,1	42	1	37	1,44
Calabria	4,8	0,6	29	2,7	17	0,37
Campania	3,7	0,6	70	1,6	59	0,38
Puglia	3,5	1,1	57	1,6	52	0,35
ITALIA	7,9	3	28	3,2	24	1,08

Fonte: *L'assistenza agli anziani non autosufficienti - Rapporto 2009 - Maggioli Editore, a cura di N.N.A. (Network Non Autosufficienza). Tabella 6 pag. 27*

L'esame dei dati conduce a prime macroscopiche considerazioni:

a) il divario Nord - Sud emerge in tutta la sua forza con Veneto – Friuli Venezia Giulia – Emilia Romagna – Lombardia che “prendono in carico” a diverso titolo (in rapporto alla popolazione) il triplo degli anziani non autosufficienti di Campania, Puglia, Calabria. Lo stesso parametro raggiunge il valore di 4-5 volte se si considera la percentuale di anziani utenti di strutture. L'ADI conferma il fenomeno.

b) L'assistenza residenziale e quella domiciliare.

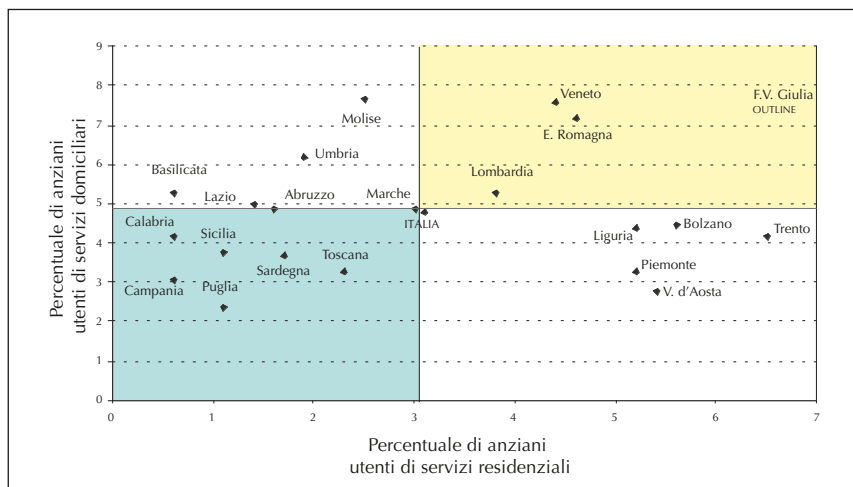
Il grafico 8 evidenzia un punto di equilibrio nazionale attorno al 3% degli anziani assistiti nei servizi residenziali e appena sotto il 5% in quelli domiciliari.

La realtà regionale è comunque variegata, sintetizzabile molto schematicamente:

- Un gruppo di Regioni esprime buone performance sia nell'assistenza domiciliare, sia in quella residenziale (quadrante in alto a destra). Sono Regioni del Nord (Veneto – Emilia Romagna – Lombardia – Friuli Venezia Giulia).
- I fanalini di coda in entrambi i servizi sono le Regioni del Sud (Calabria, Campania, Puglia, Sicilia), con bassi livelli di assistenza soprattutto residenziali.
- Un pool di Regioni (Liguria, Bolzano, Trento, Piemonte, Valle d'Aosta) è ben strutturato in ambito residenziale ma deve maggiormente investire nei servizi domiciliari.

Rispetto ai Paesi dell'Europa del Nord, l'Italia presenta una minore diffusione dei servizi domiciliari e di quelli residenziali. Infatti il nostro dato medio si assesta sul 4,9% contro il 13% dell'Europa settentrionale per l'assistenza domiciliare e sul 3% nell'area della residenzialità contro valori europei pari al 6-8%.

Graf. 7 - L'utenza di servizi domiciliari e residenziali nelle Regioni, % di anziani, 2005-2007

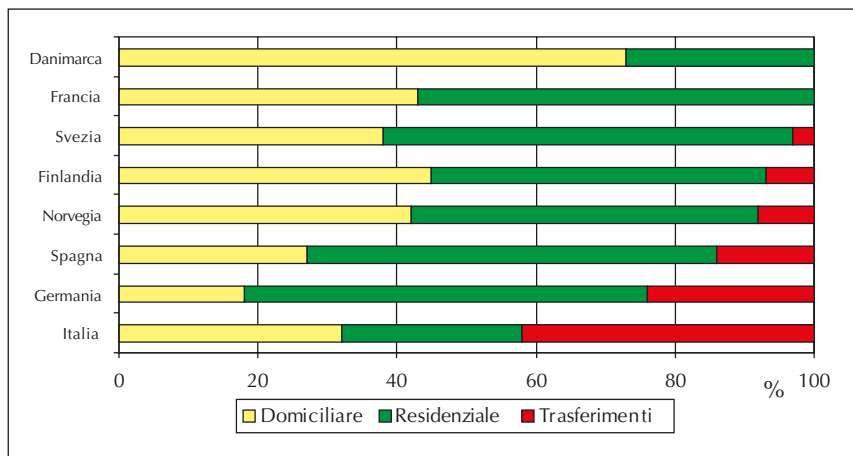


Fonte: *L'assistenza agli anziani non autosufficienti - Rapporto 2009* - Maggioli Editore, a cura di N.N.A. (Network Non Autosufficienza). Figura 3 pag. 30

Il grafico 8, che segue, indica con chiarezza il mix dei vari Paesi tra gli strumenti assistenziali di tipo residenziale e domiciliare ed i trasferimenti monetari.

Sono evidenti, nel nostro Paese, il deficit di offerta residenziale (anche se quella presente del Nord Italia è simile ai Paesi più evoluti), l'ampia potenzialità di crescita dell'assistenza domiciliare in quantità e qualità ed il tema aperto dei trasferimenti monetari molto al di sopra della media degli altri Paesi europei.

Graf. 8 - Composizione della spesa pubblica per l'assistenza continuativa (valori in % sul totale della spesa, 2005)



Fonte: *L'assistenza agli anziani non autosufficienti - Rapporto 2009* - Maggioli Editore, a cura di N.N.A. (Network Non Autosufficienza). Figura 6 pag. 33

Non possiamo “leggere” i dati del grafico 8 senza aver presente l’intero modello sanitario, socio-sanitario e sociale dell’Italia.

A riguardo dobbiamo constatare che:

1. nelle Regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Friuli-Venezia Giulia ove vi è stato un lungo processo di riorganizzazione ospedaliera e di drastica riduzione di offerta di posti letto per acuti, sono cresciuti in parallelo i servizi di assistenza territoriale a favore degli anziani non autosufficienti e delle persone con disabilità;
2. nelle Regioni Calabria, Campania, Puglia, Sicilia, Lazio (quest’ultima in posizione limite), ove si riscontra una sovra offerta di presidi ospedalieri e posti letto per acuti (con disavanzi economici pesantissimi) i servizi territoriali, in primis quelli per gli anziani, sono rimasti “anchilosati” e altresì con livello qualitativamente basso.

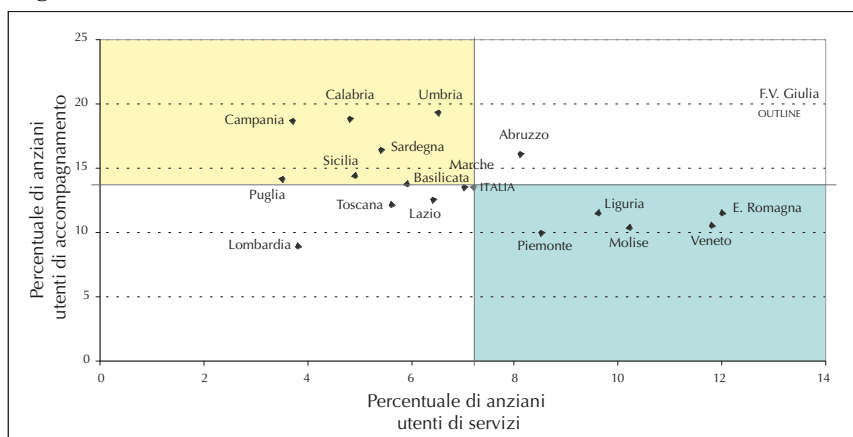
È naturale concludere che al problema della non autosufficienza, nelle Regioni del Centro Sud, si risponde con tre modalità:

- a)* con ricoveri ospedalieri impropri;
- b)* gravando sulla famiglia (magari supportati da una più generosa concessione degli assegni di accompagnamento), con il ricorso al noto fenomeno delle “badanti”;
- c)* con i servizi erogati da ASL e Comuni che vengono comunque al 2° e 3° posto.

5. I trasferimenti monetari e i servizi

Il grafico 9 completa il quadro di lettura Nord – Sud e pone l'attenzione su un fenomeno che merita un approfondimento:

Graf. 9 - L'utenza di servizi e dell'indennità di accompagnamento nelle Regioni, % anziani, 2004-2007



Fonte: *L'assistenza agli anziani non autosufficienti - Rapporto 2009* - Maggioli Editore, a cura di N.N.A. (Network Non Autosufficienza). Figura 4 pag. 31

Nelle Regioni in cui vi è la maggior presenza di servizi (Nord) si registra la più bassa percentuale di pensioni di accompagnamento, al contrario ove i servizi sono più carenti le pressioni per ottenere invalidità e indennità di accompagnamento sono superiori, fatto assolutamente non giustificato da particolari situazioni epidemiologiche.

Rispetto ad altri Paesi europei, l'Italia è troppo sbilanciata verso i trasferimenti monetari. In Italia la spesa monetaria verso il *long term care* è del 42% contro il 24% della Germania e il 14% della Norvegia.

6. La long term care

Nei Paesi europei vari sono i modelli di sviluppo dei servizi di long term care.

Tab. 11 - La popolazione non autosufficiente (65+) in alcuni Paesi europei

Paese	Persone 65+ non autosufficienti		In strutture residenziali	Con servizi socio-sanitari	Con carer familiare/informale o senza assistenza
	n. (in mille)	in % della pop. 65+	in %	in %	in %
Danimarca	139	17,4	9,4	26,6	n/a
Germania	2.790	18,7	19,2	34,9	45,9
Spagna	1.449	20,4	10,9	19,7	69,3
Italia	2.214	19,9	8,7	42,1	49,1
Paesi Bassi	362	15,7	21,8	n/a	n/a
Finlandia	183	22,9	31,1	28,4	40,4
Svezia	322	21,5	31,7	44,1	24,5
Regno Unito	2.899	30,5	9,6	15,2	75,2
Polonia	885	17,7	11,9	5,0	83,3
Slovenia	58	19,3	20,7	17,2	62,1
EU25*	12.631	16,8	14,6	26,2	55,7
EU15*	11.075	17,0	14,3	28,5	53,4
EU10*	1.556	15,4	17,0	10,3	72,6

FONTE: ECFIN, 2006 (AWG projections); *senza dati per la Grecia, Francia, Portogallo, Cipro, Estonia e Ungheria

La differenza del mix di prestazioni si riflette sulla spesa e sulle modalità in cui essa viene sostenuta.

Negli ultimi decenni in molti Paesi europei sono stati adottati alcuni strumenti volti a rinforzare il diritto alla cura ed alla assistenza.

In Germania e nei Paesi Bassi, per esempio, il cosiddetto 'quinto pilastro' è costituito dall'assicurazione sociale (contributi di imprenditori e dipendenti), quale riconoscimento del rischio sociale della non autosufficienza.

In quasi tutti i Paesi europei viene richiesto un contributo all'utente che copre mediamente il 10-25% dei costi dei servizi domiciliari e dal 30% al 70% dei costi del servizio residenziale.

In realtà anche in Europa non esistono politiche nazionali universali e coerenti, ma piuttosto politiche regionali o locali.

La tabella 12 che segue delinea la spesa attuale e le ipotesi di spesa per il prossimo futuro.

Tab. 12 - La spesa attuale stimata nell'ambito della cura a lungo termine e relative proiezioni per il 2050

Paese	ECFIN (AWG reference scenario)			Stima OCSE 2004	Proiezione OCSE per il 2050 (scenario «contenimento dei costi»)	
	2005	2050	differenza (2005-2050)		2050	differenza (2004-2050)
Austria	0,6	1,5	0,9	1,3	2,5	1,2
Danimarca	1,1	2,2	1,1	2,6	3,3	0,7
Germania	1,0	2,0	1,0	1,0	2,2	1,2
Francia	-	-	-	1,1	2,0	0,9
Italia	1,5	2,2	0,7	0,6	2,8	2,2
Paesi Bassi	0,5	1,1	0,6	1,7	2,9	1,2
Regno Unito	1	1,8	0,8	1,1	2,1	1,0
Svezia	3,8	5,5	1,7	3,3	3,4	0,1
EU15	0,9	1,5	0,7	1,3	2,6	1,3

FONTE: ECFIN, 2006; dati OECD, 2005; Huber, Maucher e Sak, 2008, pag. 103

Non è facile comparare i dati sulla spesa per la *long term care* in Europa in quanto spesso i dati non sono omogenei, anche per la differenza dei modelli assistenziali e per l'integrazione, non sempre misurabile, tra sanitario e sociale.

Emerge anche in questa occasione, come peraltro in ogni sede di analisi, la carenza di un sistema informativo nazionale (che faccia comunque capo alle Regioni) capace di integrare le varie fonti informative e che ponga in evidenza costi/outcome, situazioni critiche e virtuose, *customer satisfaction*.

I FOCUS

FOCUS: Anziani e invecchiamento attivo

Il Libro Bianco sul futuro del modello sociale “La vita buona nella società attiva” sostiene la necessità di implementare processi di invecchiamento attivo attraverso diverse formule individuali ed iniziative sociali.

La recente ricerca condotta dal Censis (2007), *Il tempo della terza età*, rivela come la “cura di se stessi, relazioni, attività intellettive e spiritualità sono i contenuti più significativi della giornata tipo dei senior”.

In particolare il Censis rileva come il 25,6% degli anziani svolga oggi attività di volontariato, con punte del 39% nel Nord Ovest e del 29% nel Nord Est.

Accanto a questa attività gli anziani sono una risorsa importante nella rete dei servizi familiari: infatti 62,7% degli intervistati svolge attività di supporto ai figli.

Gli anziani attivi costituiscono pertanto una componente fondamentale del welfare informale, in quanto rappresentano una reale risorsa per le famiglie e le comunità locali.

Una vita attiva, piena di relazioni e di interessi è sinonimo di benessere psicofisico: l'80,4% degli intervistati ritiene infatti gratificante far cose utili per i propri familiari e avere relazioni che aiutino a non chiudersi.

Sostiene il Censis “in un certo senso i redditi pensionistici oggi non alimentano solo “il buon vivere” degli anziani ma vanno considerati come parte del finanziamento della rete di welfare informale, visto che gli anziani con il loro intervento colmano i buchi della rete di tutela che, soprattutto le famiglie, sperimentano quotidianamente”.

Pertanto, offrire opportunità agli anziani per entrare in relazione, per rendersi utili, rappresenta sicuramente un investimento sociale e una prevenzione sanitaria di notevole importanza.

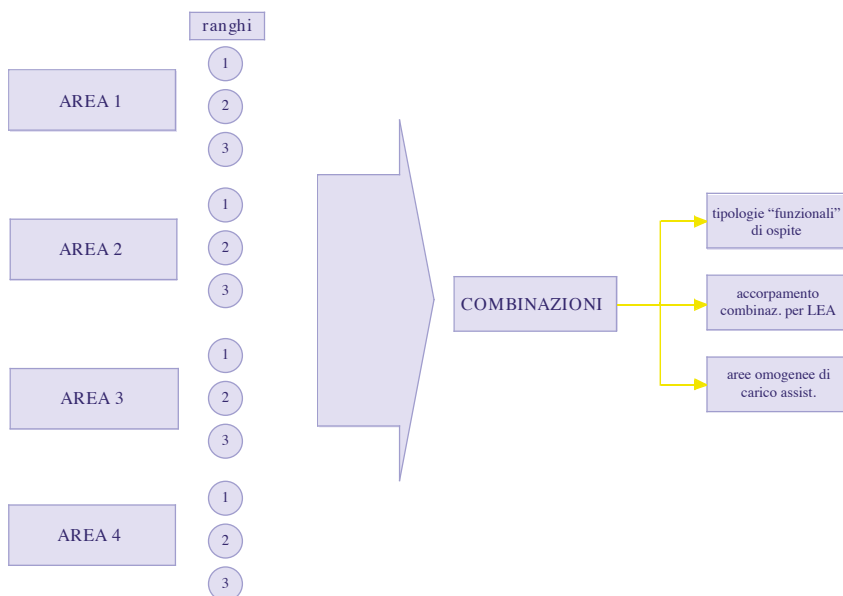
A riguardo si indica un set di attività da promuovere e incentivare:

- attività fisica, prevenzione e terapia;
- progetti intergenerazionali;
- progetti di utilità sociale e cittadinanza, attività nella comunità locale;
- sviluppo di organizzazioni volontariato, associazionismo.

FOCUS: I sistemi di valutazione multidimensionali e il sistema dei profili

Il progetto “Mattoni” elaborato dal Ministero della Salute nel 2002, costituisce un’importante iniziativa per lo sviluppo di un sistema di lettura della condizione di non autosufficienza in Italia.

Merito in particolare del “Mattone 12” è stato quello di aver promosso la convergenza fra i sistemi di valutazione multidimensionali maggiormente consolidati (S.Va.M.A., Rug, Aged) in un sistema di lettura univoco fondato sulla lettura in un sistema di aree (assi) della condizione di non autosufficienza.

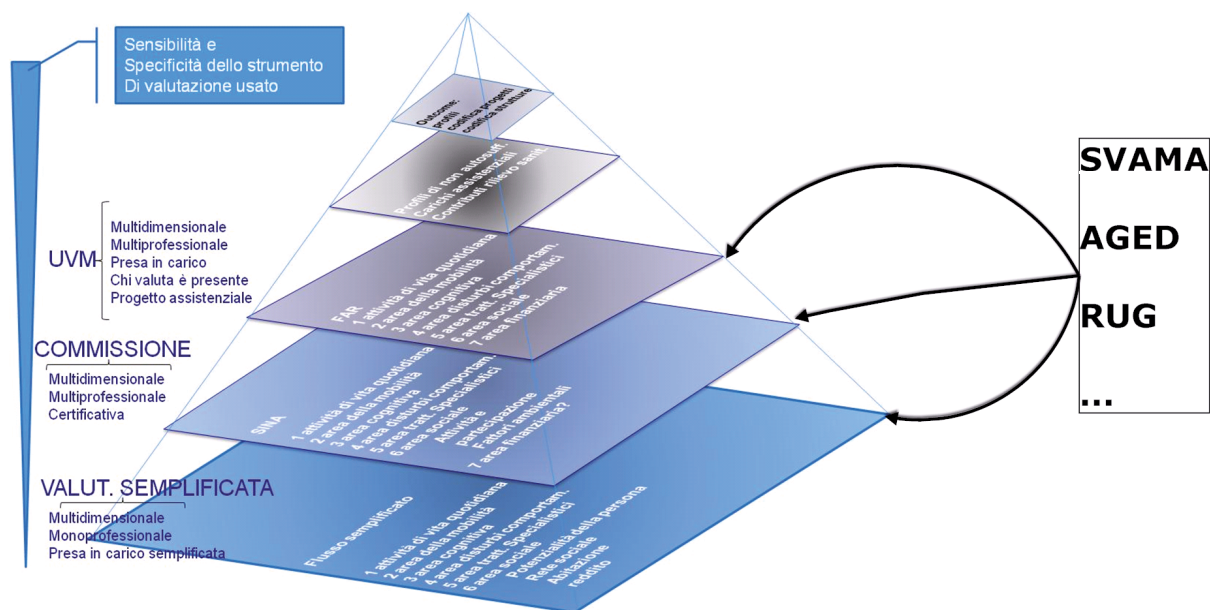


Questo sistema dopo una sua validazione, che ha coinvolto in particolare la Regione Veneto e la Regione Liguria, ha trovato la sua definitiva applicazione nel Decreto del 17 dicembre 2008 del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, con il quale è stato definito il debito informativo da inviare al Ministero da parte delle Regioni e, nel contempo, richiesto alle Regioni con piano di rientro di dotarsi di un sistema di va-

lutazione multidimensionale scelto tra quelli validati (vedi sopra) o comunque in grado di interfacciarsi con questi (progetto “Mattoni”) e quindi di rappresentarsi nel sistema informativo.

Il Protocollo d’intesa tra il Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali e la Regione Liguria del dicembre 2008 per la realizzazione di un progetto sperimentale volto alla creazione e implementazione del sistema informativo sui servizi sociali per le non autosufficienze (SINA), tuttora in corso (2010), sta inoltre ponendo le basi per la costituzione di un sistema integrato di raccolta di informazioni sociali e sulla persona che costituisce un’ulteriore fase dello sviluppo di questo sistema informativo che sta coinvolgendo sempre più le Regioni.

La filosofia di fondo che si sta pertanto portando avanti è basata sul principio che il debito informativo dei diversi livelli gerarchici (Stato, Regione, ASL, Ente Locale) deve necessariamente essere rappresentato nel livello gerarchico immediatamente inferiore, questo per evitare ridondanza del dato e il rischio di imputazioni multiple delle stesse informazioni. Il tutto comunque nel rispetto dell’autonomia dei sistemi informativi delle singole Regioni.



FONTE: P. Fortuna - ULSS Regione Veneto

Il sistema informativo pertanto che si sta concretizzando è imperniato sul principio della “profilazione”, intendendo per profilo una “Combinazione dei livelli di disabilità nelle diverse aree (assi) che caratterizzano la condizione dell’anziano”.

Questa metodica ha il pregio di approfondire ulteriormente il concetto di non autosufficienza, mettendo in relazione – e stratificando ognuno degli assi in 3 livelli di intensità – aspetti personali (la mobilità, le capacità cognitive, il livello di autonomia personale, i problemi comportamentali) con aspetti sociali (tenuta della rete familiare, capacità di reddito), descrivendo diverse tipologie di anziano che accedono all’assistenza domiciliare o all’assistenza residenziale.

Per poter favorire lo sviluppo di questo sistema è opportuno evidenziare alcune necessità:

1. la garanzia della continuità operativa del tavolo tecnico istituito per la “validazione dei sistemi di transcodifica per la valutazione multidimensionale FAR” finalizzata alla valutazione della qualità del flusso informativo regionale una volta attivato;
2. la sensibilizzazione e la formazione continua. È necessario che dai risultati del flusso informativo si generi nei prossimi anni un forte impulso formativo mirante ad accompagnare in loco le Regioni maggiormente in difficoltà nel produrre dati stabili. Questo anche per sostenere la cultura della presa in carico della persona, della porta unica di accesso ai servizi e, non ultima, della valutazione delle azioni attuate;
3. lo sviluppo ulteriore del sistema informativo complessivo il quale, oltre a definire i profili della non autosufficienza e, nel contempo, la classificazione delle unità di offerta (mattoni 1), deve poter avvalersi anche di una “codifica dei progetti personalizzati”, realizzabile anche a livello nazionale, in considerazione del fatto che le singole unità di offerta possono erogare tipologie progettuali differenti (ad esempio una struttura residenziale per anziani può erogare servizi specifici per la demenza, servizi temporanei riabilitativi, servizi temporanei di sollievo, ...).

FOCUS: I servizi domiciliari

I servizi domiciliari costituiscono un insieme coordinato di servizi forniti all'anziano non autosufficiente presso la sua abitazione.

Le “formule” assistenziali codificate sono:

- l'assistenza domiciliare programmata (ADP) a cura MMG;
- l'assistenza domiciliare integrata (ADI);
- l'ospedalizzazione domiciliare (OD);
- l'assistenza domiciliare sociale (SAD).

Le prime tre sono svolte dal SSN, la quarta dai Comuni

Nel 2005 l'incidenza percentuale dei servizi era del 4,9% (di cui 3,2% in ADI e 1,7% in SAD). Negli ultimi anni si riscontra una crescita delle prestazioni in ADI ed un assestamento attorno all'1,7-1,8 del SAD. I servizi domiciliari sono cresciuti con modalità diverse da Regione a Regione, quasi ovunque, comunque, con la filosofia dei servizi a rete, la presa in carico del paziente, la valutazione multidisciplinare, il progetto di assistenza individualizzato; tutti aspetti pregevoli su un piano metodologico, da verificare sul piano dell'efficacia e dell'efficienza.

Infatti, si rileva una significativa difformità circa le prestazioni assicurate all'interno delle diverse tipologie di intervento nei vari contesti regionali.

Il valore annuo medio di ore erogate per assistito è pari a 24: questo dato dimostra come il servizio sia ben lungi dall'assicurare la presa in carico completa del paziente non autosufficiente.

Lo conferma il fatto che l'assistenza domiciliare impegna un quarto delle risorse del *long term care*, appena l'1,08% della spesa sanitaria.

Nella definizione dei livelli essenziali di assistenza (e/o LEP) dovrebbe trovare spazio una classificazione delle “cure domiciliari” per profili, in base ai bisogni degli assistiti, che possano variare da prestazioni occasionali, alla sistematica presa in carico socio-sanitaria multidisciplinare del paziente, a cure a carattere intensivo a favore dei pazienti affetti da gravi patologie come la SLA, alle cure palliative, agli stati vegetativi.

In ogni caso qualsiasi tipologia di intervento a favore della persona non autosufficiente a domicilio necessita inevitabilmente di poter contare su un adeguato supporto familiare sia esso garantito da un parente o da un assistente familiare.

Anche nell'ambito dei servizi domiciliari devono essere sviluppati sistemi informativi in grado di analizzare i costi/benefici delle varie attività e di valutare il grado di soddisfazione dell'utente e della sua famiglia (*customer satisfaction*).

A sostegno degli interventi domiciliari un ruolo di particolare rilievo hanno assunto nel tempo il telesoccorso ed il telecontrollo, quali interventi di monitoraggio a distanza delle condizioni di salute di pazienti fragili.

Lo sviluppo di questi interventi, accanto ad una diffusione della domotica sempre più applicata a domicilio, può effettivamente consentire alle persone anziane ed ai disabili di disporre di maggiori spazi di autonomia e di rallentare l'inserimento in percorsi assistenziali impropri: le nuove tecnologie possono infatti far ripensare il modo di abitare e possono consentire con lo sviluppo di specifici ausili il reale superamento di condizioni anche gravi di disabilità.

Nell'area della domiciliarità dell'anziano non autosufficiente, negli ultimi anni, sta assumendo un ruolo sempre più importante il centro diurno, quale servizio a carattere socio-sanitario, qualificato professionalmente che consente di ritardare il ricovero nelle strutture residenziali e permette alla famiglia, almeno durante il giorno, forme di sollievo dall'accudimento continuo.

FOCUS: Il lavoro privato di cura

Negli interventi di assistenza domiciliare un ruolo importante viene svolto dai caregiver familiari, ovvero in generale le donne (madri, mogli, nuore e figlie) che all'interno del nucleo si sono sempre fatte carico delle esigenze dei familiari più deboli.

Questo 'welfare invisibile' è costituito da una rete ormai sottile in quanto risente della fragilità dell'attuale struttura familiare.

Uno studio sulla stima dei potenziali caregiver evidenzia come nei prossimi anni questa fonte di sostegno potrebbe subire pesanti riduzioni rendendo la permanenza a domicilio dell'anziano non autosufficiente alquanto difficile senza il ricorso a forme private di cura.

Tab. 13 - Stima dei potenziali caregiver

STIMA DEI POTENZIALI CAREGIVER										
(rapporto tra la popolazione 50-79 anni autosufficienti su popolazione anziana 80 e più anni non autosufficiente)										
ANNO	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
CAREGIVER DI ANZIANI 80 e +	21,88	18,51	17,35	16,63	15,62	13,44	12,02	9,15	7,47	6,53

FONTE: Elaborazione da G. Bertin, "Invecchiamento e politiche per la non autosufficienza", Erickson 2009

Alcune Regioni, al fine di sostenere il lavoro di cura a domicilio delle donne hanno promosso l'avvio degli assegni di cura quale forma di compenso per l'attività svolta.

Nell'ultimo decennio pertanto, in conseguenza di quanto osservato, le Assistenti Familiari sono divenute per la famiglia di gran lunga le risorse più utilizzate per l'assistenza della popolazione anziana fragile a domicilio.

Le cosiddette "badanti" sono ormai un elemento strutturale dell'assistenza agli anziani.

Le badanti sono stimate in 774.000 di cui 700.000 straniere (Badanti: La Nuova Funzione - IRS 2009).

Circa il 6,6% degli anziani over 65 utilizza una badante (1 su dieci al Nord). Secondo la stessa fonte le famiglie italiane sostengono una spesa di oltre 9 miliardi per retribuire le badanti (pari al 7% della spesa sanitaria delle Regioni) quasi equivalente ai circa 10 miliardi per l'indennità di accompagnamento spesi dallo Stato.

Solo una badante su tre si ritiene abbia un regolare contratto di lavoro.

Una recente elaborazione IRS su dati ISTAT, ASSR Regione Lombardia, riguardante i tassi di copertura dei servizi agli anziani in Lombardia offre uno scenario che merita profonde riflessioni sul peso assunto dalle assistenti familiari nell'assetto assistenziale e sulla necessità di una loro integrazione nel sistema.

Tab. 14 - Tassi di copertura dei più diffusi servizi per anziani in Lombardia

Utenti anziani	Valore assoluto	% su totale anziani ultra 65enni	% su anziani non autosufficienti *
<i>Assistenti familiari</i>	140.000	7,4	48,0
Assistenza domiciliare integrata delle Asl	85.946	4,7	30,7
Assistenza domiciliare sociale dei Comuni	31.000	1,7	11,1
Buoni sociali	12.200	0,7	4,4
Strutture residenziali: Rsa e Case di riposo	48.678	2,6	17,4

* Ci si riferisce alla definizione di non autosufficienza secondo l'Istat.

FONTE: *Badanti: la nuova generazione. Caratteristiche e tendenza del lavoro privato di cura.* A cura di Sergio Pasquinelli, Giselda Rusmini - Istituto per la ricerca sociale. Tabella 2 pag. 19

Al fine di sostenere le politiche di integrazione delle assistenti familiari si possono delineare alcune linee prioritarie di lavoro:

1. aumentare le agevolazioni fiscali: al fine di favorire l'assunzione regolare delle assistenti familiari è indispensabile rendere vantaggioso il contratto alle famiglie, concedendo maggiori agevolazioni fiscali, anche a livello locale, sostenendo pertanto da parte pubblica una quota del costo della cura;
2. favorire l'incremento domanda/offerta: nel territorio nazionale gli sportelli dedicati all'incontro tra la famiglia che necessita con urgenza di cura e l'assistente familiare che cerca lavoro sono ancora poco diffusi. La loro capillare presenza potrebbe consentire lo sviluppo di interventi adeguati sia sul piano della domanda che su quello dell'offerta;
3. formare le assistenti familiari: la complessità del quadro clinico dell'anziano non autosufficiente a domicilio, richiede lo sviluppo di percorsi formativi specifici volti a garantire l'adeguata assistenza. Le iniziative formative si stanno diffondendo, ma ancora poche Regioni hanno definito profili specifici, requisito oggi importante per garantire le famiglie;
4. prevedere assegni di cura o voucher sociali per sostenere la famiglia: al fine di sostenere la capacità di spesa delle famiglie strumenti di questo tipo rappresentano, all'interno della rete dei servizi offerti, un altro elemento di tutela;
5. integrare le assistenti familiari con la rete dei servizi pubblici: il mercato privato della cura non può che essere ripensato all'interno dei servizi di assistenza domiciliare: in quest'ottica con una regia adeguata da parte dei servizi pubblici il lavoro dei caregiver familiari o delle assistenti familiari può divenire una reale risorsa per il mantenimento a domicilio degli anziani non autosufficienti con quadri complessi di assistenza socio-sanitaria.

FOCUS: I servizi residenziali

Negli ultimi trent'anni si è verificata nell'ambito dei servizi residenziali una vera e propria rivoluzione in quanto si è spostato il focus dall'assistenza agli anziani autosufficienti all'interno delle strutture assistenziali alla cura dell'anziano non autosufficiente nelle residenze socio-sanitarie e nelle residenze sanitarie-assistenziali (RSA), con carichi assistenziali impegnativi anche per tipologie di pazienti in stato vegetativo o affetti da gravi demenze (Alzheimer).

Le tabelle 15 e 16, che seguono, offrono un quadro esauriente delle trasformazioni in essere e dell'assetto attuale.

Tab. 15 - I posti letto residenziali per gli anziani, anni 1999-2005

Tipologia presidi	Numero posti letto						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
RSA	118.591	71.359	73.565	83.144	87.919	87.360	95.734
residenze sociosanitarie		85.490	62.597	87.733	90.583	85.777	95.620
residenze assistenziali	118.422	90.522	78.517	79.151	80.481	75.080	73.972
TOTALE	237.013	247.371	214.679	250.028	258.983	248.217	265.326
p.l. per 1.000 anziani	23,0	23,4	20,1	22,9	23,3	21,8	22,9

Note: occorre rammentare che gli anziani, specie se autosufficienti, vengono ospitati anche nelle comunità socio riabilitative, nelle comunità alloggio ed in altre ancora, qui non considerate

Fonte: *L'assistenza agli anziani non autosufficienti - Rapporto 2009 - Maggioli Editore, a cura di N.N.A. (Network Non Autosufficienza). Tabella 2 pag. 56*

La diversa presenza di strutture residenziali nel territorio nazionale conferma la maggior dotazione di servizi in particolare nelle Regioni del Nord dove si è attuata nell'ultimo decennio una costante dismissione di posti letto ospedalieri al fine di garantire l'inserimento delle persone non autosufficienti in luoghi di cura ed assistenza più appropriati.

Le Regioni del Centro ed il Sud registrano valori preoccupanti sotto la media nazionale.

Tab. 16 - Anziani ospitati nelle diverse strutture residenziali nelle Regioni italiane, anno 2005

Regioni	RSA	Residenze sociosanitarie	Residenze assistenziali	Altre residenze tipo assistenziale	TOTALE anziani ricoverati	Anziani ricoverati per 1.000 anziani
Piemonte	5.947	14.154	28.867	1.234	50.199	51,6
Valle d'Aosta	157	1.070	76	44	1.347	53,8
Lombardia	63.392	3.326	2.203	1.607	70.528	38,4
Bolzano	688	3.771	0	5	4.464	55,7
Trento	6.107	0	22	298	6.427	65,2
Veneto	5.572	29.327	5.978	1.388	42.266	46,5
Friuli-VG	8.406	9.138	2.677	623	20.842	76,3
Liguria	7.457	12.832	851	1.008	22.179	52,0
Emilia-Romagna	7.498	23.624	10.273	228	41.624	43,8
Toscana	13.418	1.343	4.042	696	19.499	23,2
Umbria	703	1.562	747	174	3.186	15,7
Marche	3.217	2.355	5.024	89	10.684	30,9
Lazio	4.526	861	7.539	1.461	14.387	14,2
Abruzzo	1.769	1.813	1.252	422	5.255	18,9
Molise	52	1.124	349	212	1.736	24,6
Campania	755	550	3.312	571	5.189	5,9
Puglia	159	2.927	3.784	994	7.864	11,2
Basilicata	0	186	309	226	720	6,1
Calabria	587	834	550	252	2.224	6,1
Sicilia	771	3.036	4.790	1.010	9.606	10,6
Sardegna	875	398	1.396	2.229	4.898	16,8
ITALIA	132.052	114.229	84.040	14.771	345.093	29,8
%	38,3	33,1	24,3	4,3	100,0	

FONTE: *L'assistenza agli anziani non autosufficienti - Rapporto 2009 - Maggioli Editore, a cura di N.N.A. (Network Non Autosufficienza). Tabella 3 pag. 57*

Il tasso di utilizzo delle strutture per anziani è superiore al 90%. Quanto a gestione e proprietà, il 67% delle strutture sono private ed il 33% pubbliche; nel settore privato il 22% appartiene alle imprese non profit, il 17% ad Enti religiosi, un ulteriore 18% appartiene a società private commerciali.

La spesa mensile in struttura residenziale è correlata all'intensità assistenziale e varia da € 1.528 delle residenze assistenziali a € 2.454 nelle residenze socio-sanitarie, a € 2.702 nelle RSA (dati 2004).

In base ai dati ISTAT, il SSN si fa carico mediamente nelle strutture residenziali per anziani del 43,6% della spesa, le famiglie coprono il 47,1%, i Comuni il 9,3%.

Accanto ad una crescita, seppur modesta se confrontata con altri Paesi europei, della disponibilità di posti letto in strutture residenziali, va ricordato il costante impegno nel miglioramento della qualità dei servizi offerti.

Nelle Regioni in cui sono state emanate le procedure di accreditamento, si è favorito un processo di adeguamento degli standard strutturali e organizzativo-funzionali, volti a rispondere alla maggiore gravità delle persone accolte.

Infatti i più complessi profili assistenziali richiedono da una parte la presenza di figure professionali diversificate (medico, psicologo, fisiochinesiterapista, animatori) accanto al già presente personale assistenziale (infermieri, operatori di assistenza), dall'altra la definizione di luoghi più attenti alle necessità dei pazienti (giardini Alzheimer, nuclei di maggior complessità, sezioni per gli stati vegetativi, ecc.).

Il sistematico superamento degli standard minimi assistenziali per le diverse figure professionali, soprattutto nelle esperienze più mature, testimonia il passaggio dal modello "alleneante" incentrato sul recupero e sul miglioramento funzionale ad un modello organizzativo che privilegia anche per gli ospiti con grave declino cognitivo (presenti in percentuali sempre maggiori) il raggiungimento di un benessere inteso come miglior livello funzionale in assenza di segni di stress.

Nella direzione di un continuo miglioramento della qualità negli ultimi anni si assiste ad un dibattito a favore dell'appropriatezza e tutela dei cittadini, con la ricerca di indicatori di esito, volti a verificare la reale qualità degli interventi erogati nelle strutture residenziali.

FOCUS: Le demenze

Le demenze sono una delle principali cause di disabilità e di disagio sociale con un impatto notevole in termini socio-sanitari: sia perché un sempre maggior numero di famiglie ne sono drammaticamente coinvolte, sia perché richiedono una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali. Come tale rappresenta una priorità assistenziale la cui rilevanza, soprattutto in termini di costi sociali, è destinata ad aumentare nei prossimi anni a causa del progressivo invecchiamento della popolazione associato anche all'aumento dell'aspettativa di vita.

Stime di prevalenza indicano che, rispetto al 2001, nei Paesi europei ci si dovrà aspettare un incremento del 43% del numero di persone affette da demenza entro il 2020, e del 100% entro il 2040.

In Europa si stima che la demenza di Alzheimer (DA) rappresenti il 54% di tutte le demenze con una prevalenza nella popolazione ultrasessantacinquenne del 4,4%. La prevalenza di questa patologia aumenta con l'età e risulta maggiore nelle donne, che presentano valori che vanno dallo 0,7% per la classe d'età 65-69 anni al 23,6% per le ultranovantenni, rispetto agli uomini i cui valori variano rispettivamente dallo 0,6% al 17,6%.

Considerando la malattia di Alzheimer la più frequente tra le cause di demenza (43%-64%), il numero stimato di pazienti nella popolazione italiana **ultrasessantacinquenne** del 2001 è di 492.000 (range 357.000-627.000), con una prevalenza del 3,5% (IC 95% 2,5-4,5), mentre la sua incidenza è di 23,8 per 1000 anni/persona (IC 95% 17,3-31,7), pari a circa 65.000 nuovi casi/anno.

Attualmente, le demenze costituiscono un insieme di patologie non guaribili che devono essere affrontate con un approccio globale alla cura delle persone colpite, perché globale e progressivo è il coinvolgimento della persona e dei suoi familiari.

Poiché i farmaci utilizzati nel trattamento delle demenze hanno un valore terapeutico molto limitato, risulta evidente la necessità di una forte progettualità relativamente ad altri ap-

procci terapeutici non farmacologici e agli aspetti assistenziali dei malati e dei loro familiari.

A questo proposito è importante ricordare che in letteratura sono sempre più spesso presenti evidenze che mostrano come **un intervento sulla rete dei servizi** sia efficace ed efficiente nel modificare la storia naturale delle demenze.

LA RETE DEI SERVIZI

Una forte rete assistenziale che offra al malato e alla sua famiglia una presa in carico globale deve considerare la molteplicità dei problemi demenza-correlati ponendosi accanto alle famiglie avendo i seguenti obiettivi generali di salute:

- ***contenere il declino cognitivo e della disabilità del malato***, agendo sia sul livello clinico che comportamentale e ambientale, prevenendo e contenendo contestualmente le componenti di fragilità fisica, relazionale, sociale;
- ***permettere al malato di restare il più a lungo possibile nel proprio nucleo familiare***, compatibilmente con i criteri di sicurezza sua e dei conviventi, riconoscendo che il luogo abituale di vita e di relazione è quello più adeguato alla conservazione dell'autonomia e degli affetti;
- ***sostenere il nucleo familiare*** nell'assistenza continuativa del malato, sia sul piano delle motivazioni sia delle abilità.

Nonostante la presenza consistente di forme di aiuto privato e l'aumento dei servizi, il carico assistenziale sopportato dal *caregiver* si mantiene assolutamente elevato, senza significative differenze fra le due rilevazioni:

- mediamente il *caregiver* dedica 6,0 ore al giorno ai compiti di assistenza (si tratta dell'insieme di attività direttamente erogate al paziente), e 7,0 ore al giorno alla sorveglianza (tempo trascorso con il paziente e dedicato anche ad altre attività);
- ad occuparsi dei malati di Alzheimer sono soprattutto i parenti di genere femminile (il 76,6% dei *caregiver*) e in particolare si osserva la tendenza per cui, nel caso di pazienti uomini, ad occuparsi di loro sono soprattutto le mogli (54,3%), mentre le donne malate vengono seguite soprattutto dalle figlie (60,3%), per lo più di età compresa fra i 46 e i 60 anni.

L'indagine Censis-AIMA (Associazione Italiana Malati Alzheimer) del 2006 ha permesso di stimare l'entità dei costi sociali della malattia che, suddivisi in costi diretti (esborsi monetari effettivi per l'acquisto di servizi e prestazioni) e indiretti (valutati invece in termini di perdita di risorse per la collettività), risultano pari in media a oltre **60.000,00 €/anno** per ciascun paziente.

È comunemente riconosciuto che la persona affetta da demenza, Alzheimer o altro tipo, trova principalmente in famiglia (l'80% del tempo) il suo luogo privilegiato di assistenza. Il progressivo declino cognitivo e funzionale ma soprattutto, la comparsa di disturbi comportamentali (tipo: agitazione, aggressività, disturbo notturno e irrequietezza motoria con vagabondaggio e pericolo di fuga), sono i principali motivi di ricorso alla istituzionalizzazione.

Dati epidemiologici relativi alle strutture residenziali del mondo occidentale ci dicono che circa il 70% degli ospiti sono affetti da una qualche forma di demenza. Lo stesso per coloro che frequentano i Centri Diurni anche se in genere, questi ultimi, hanno un'età leggermente inferiore e una malattia in fase meno avanzata.

La commistione fra anziani non autosufficienti non dementi e dementi con differenti gradi di severità di malattia, è un problema tuttora irrisolto nelle case di riposo. La gestione in nuclei specializzati progettati ad hoc e con personale adeguatamente preparato sembrerebbe garantire una migliore assistenza. D'altra parte, fatti i dovuti calcoli di sostenibilità, rischia di generare ghettizzazione e sradicamenti ripetuti ogni volta che la progressione di malattia rende necessario un trasferimento di nucleo mentre la commistione rende più problematica la convivenza e l'uso appropriato delle risorse assistenziali.

FOCUS: Le soluzioni innovative

Si riportano di seguito alcune innovative esperienze presenti nel territorio nazionale di cui siamo venuti a conoscenza anche per rapporti personali.

Ci scusiamo per le esperienze, comunque meritevoli, di cui non siamo a conoscenza, che potranno essere oggetto di un aggiornamento successivo del rapporto, con l'obiettivo di raccogliere tutte le buone prassi esistenti nel nostro territorio nazionale.

1) Il Custode socio-sanitario nell'area metropolitana di Milano

Tra le esperienze più significative si può sicuramente citare il custode socio-sanitario nell'area metropolitana di Milano. Questo servizio nato nel 2004 dalla collaborazione tra la Regione Lombardia, il Ministero della Salute, il Comune di Milano, l'Aler, la Fondazione Don Gnocchi ed altri soggetti del terzo settore, costituisce un valido supporto ai bisogni quotidiani delle persone fragili con gravi problemi sanitari, socio-sanitari e sociali.

In tale ottica Regione Lombardia e Comune di Milano si sono sempre impegnati per dare risposte ai bisogni espressi e non espressi della popolazione "fragile" della Città di Milano, ma soprattutto in tempi più recenti hanno preso atto della opportunità di attivare azioni di prevenzione delle situazioni che, a lungo andare, potrebbero trasformarsi in vero e proprio disagio, soprattutto per le fasce più deboli della popolazione.

Gli obiettivi sono la prevenzione dei principali fattori di rischio della fragilità e l'individuazione di situazioni che potrebbero portare condizioni di emergenza, prima che le stesse si affermino.

Il modello prevede azioni continuative nel corso di tutto l'anno, volte ad individuare i bisogni espressi e non espressi e a inserire le eventuali situazioni critiche in un monitoraggio permanente dell'intera popolazione target.

Il modello organizzativo di riferimento punta sulla valorizzazione e sull'integrazione di tutte le risorse messe in campo attraverso il rapporto e la messa in rete di tutti i soggetti che a qualunque titolo si occupano di tali problematiche e a rendere

sinergiche ed integrate tutte le differenti potenzialità degli specifici territori interessati.

Il modello poggia su un “nucleo centrale” di coordinamento, rappresentato da una Centrale Operativa situata presso l'Istituto Palazzolo della Fondazione Don Gnocchi, dove vengono gestite e coordinate tutte le risorse investite e coinvolte nel progetto e promosse le iniziative e le strategie finalizzate all'integrazione tra i diversi soggetti interessati.

Al nucleo centrale sono collegate Centrali Operative Territoriali (COT), situate in varie zone della città, ciascuna con un proprio gruppo di risorse operative, con un proprio ambito territoriale di intervento. Tale settore è costituito dal bacino di vie e portinerie individuate dal Comune e dall'ALER, su cui gravita un bacino d'utenza più o meno definito. Nel territorio di ciascuna COT è presente una micro rete formale ed informale sociale e sanitaria quale punto di riferimento di ciascun quartiere, con i propri enti, associazioni, parrocchie, gruppi organizzati, servizi pubblici e privati. Ciascuna COT è coordinata da un Custode socio-sanitario.

Alle COT fanno riferimento i custodi sociali e i portieri sociali scelti dall'Aler e dal Comune.

Il progetto concepito come servizio di “vicinanza e prossimità” è improntato con una certa flessibilità ma le funzioni sono ben definite per ciascun livello.

La Centrale Operativa gestisce le risorse umane ed economiche impegnate sul territorio, coordina le COT, governa i flussi informativi, elabora e analizza i dati. Alla centrale operativa è altresì affidato il compito di elaborare strategie per la costruzione di relazioni stabili con il sistema dei servizi e con le associazioni di volontariato presenti nel territorio.

I Custodi socio-sanitari (ad oggi 13) distribuiti per ciascuna COT esercitano il ruolo di coordinatore sul campo ed hanno la competenza di leggere i segnali di fragilità di natura socio-sanitaria e di predisporre un piano individualizzato di sostegno e/o orientamento verso i servizi competenti, di concerto con la Centrale Operativa che contatta e monitora le persone più fragili, cura il rapporto con i custodi e i portieri sociali, attiva, mantiene e sviluppa i rapporti con la rete formale e informale di assistenza, implementa il data base attraverso la scheda socio-sanitaria di screening.

Il custode socio-sanitario mantiene rapporti continui con la Centrale Operativa sia attraverso strumenti di lavoro (cellulare, posta elettronica,...) sia mediante incontri diretti, effettuati sul bisogno o strutturati in riunioni periodiche.

I Custodi sociali (ad oggi 152) messi in campo dal Comune sono una figura itinerante con il compito di presidiare il territorio per risolvere i problemi sociali dei soggetti fragili. Si rapportano continuamente con il custode socio-sanitario, segnalando situazioni di fragilità a carattere sanitario e socio-sanitario.

I Portieri sociali (ALER e Comune di Milano) opportunamente formati, accanto alle tradizionali funzioni di portineria, hanno il compito di segnalare le situazioni a rischio delle persone che risiedono negli stabili.

Il portiere sociale rappresenta pertanto un ponte tra chi è in situazione di fragilità e quindi esprime un bisogno e chi può offrire un sostegno qualificato e appropriato a seconda della tipologia di bisogno espresso o evidenziato, facendo forza sul rapporto di fiducia tra inquilino e portinaio. Facilita le relazioni tra inquilini e custodi sociali e socio-sanitari.

In sintesi si evidenziano **le funzioni e le responsabilità di ciascun servizio** afferente alle istituzioni coinvolte nel progetto. Tali istituzioni hanno ratificato la collaborazione mediante la firma di una convenzione.

ASL Città di Milano - Unità operative Assistenza domiciliare integrata (ADI) e anziani

Il personale delle ASL costituisce raccordo e punto di riferimento per il progetto. In particolare, gli operatori dei punti di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e l'assistente sociale coordinatore delle Centrali Operative Territoriali (COT) sviluppano una collaborazione sinergica per il passaggio delle informazioni di natura sanitaria e socio-sanitaria, finalizzata al sostegno delle persone fragili raggiunte. L'ASL Città di Milano individua un operatore di riferimento per il coordinamento con la Centrale Operativa.

Comune di Milano – Centri Multiservizi per Anziani (CMA)

Gli Assistenti Sociali dei Centri Multiservizi Anziani hanno una buona conoscenza delle loro zone di competenza e degli interventi programmati dal Comune di Milano nel territorio. An-

che in questo caso, per facilitare e promuovere la collaborazione con le COT e la Centrale Operativa, viene individuato per ciascun CMA un operatore di riferimento.

Inoltre, viene indicato come prioritario programmare incontri periodici fra l'équipe delle COT e gli assistenti sociali dei CMA interessati, per una conoscenza diretta fra gli operatori e per l'instaurazione di procedure di collaborazione efficaci ed efficienti.

Il Comune di Milano, infine, concorre alla realizzazione del progetto anche individuando le postazioni dei custodi socio-sanitari, rendendole idonee alla sperimentazione, ma soprattutto motivando i portieri dei propri stabili a collaborare alla buona riuscita del progetto, favorendo momenti di raccordo e percorsi formativi con i custodi socio-sanitari.

Azienda Lombarda Edilizia Residenziale (ALER Milano)

Come il Comune di Milano, l'Aler individua le postazioni dei custodi socio-sanitari e le rende atte alla sperimentazione. Favorisce la collaborazione dei portieri al lavoro di team con i custodi e gli altri operatori ed ai momenti di formazione organizzati.

Regione Lombardia – Direzione Generale Famiglia Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale

La Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale è responsabile dell'attivazione del progetto e garantisce il coordinamento locale della sperimentazione, integrandola all'interno dei servizi territoriali (Comune e ASL Città di Milano). In particolare spetta ai referenti regionali il compito di indirizzare e monitorare la sperimentazione tramite un'attenta valutazione dei dati raccolti; inviare al Ministero della Salute la documentazione sui bisogni rilevati; promuovere la comunicazione della sperimentazione.

I rappresentanti istituzionali di tutti i livelli facenti parte del progetto (per il quarto anno: Regione Lombardia, ASL, Comune di Milano, ALER, Fondazione don Carlo Gnocchi, JTI) costituiscono un Comitato di Gestione e Controllo, con sede presso la Direzione Generale Famiglia Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia.

Al Comitato compete:

- la rappresentanza e la gestione dei rapporti istituzionali
- la progettazione, la programmazione, lo sviluppo e l'integrazione con tutte le altre azioni previste
- lo sviluppo delle sinergie con la partnership già esistente del terzo settore e l'individuazione di ulteriori partnership
- il controllo funzionale ed economico/finanziario
- il monitoraggio, la lettura ed analisi dei dati raccolti
- l'elaborazione di linee guida per la gestione operativa ed integrata del progetto
- i rapporti con i media, la gestione della comunicazione, delle pubblicazioni e dei convegni.

In conclusione il progetto ha permesso di sperimentare nel corso degli anni (2004-2010) un servizio di prossimità per le persone fragili che all'inizio erano rappresentate solo da persone anziane. Il servizio stesso ha raggiunto successivamente altre situazioni di fragilità rappresentate da adulti fragili, nuclei familiari e situazioni di tossicodipendenza.

Ad oggi

Le due istituzioni in ottica di collaborazione hanno deciso di fondere le loro esperienze al fine di pervenire ad un modello di intervento integrato e congiunto.

Il fine, così come previsto in tutti gli atti programmatici della Regione Lombardia PSR PSSR, è quello di potenziare la cultura della domiciliarità sia in ambito sociale sia in ambito socio-sanitario.

L'obiettivo è stato quello di realizzare un sistema integrato di custodia sociale e socio-sanitario a favore dei soggetti fragili nell'intera area metropolitana di Milano.

La Regione Lombardia e il Comune di Milano nel 2010 hanno pertanto ritenuto necessario realizzare un confronto tra le rispettive esperienze in ambito sociale e socio-sanitario, individuando protocolli e procedure atte a realizzare l'integrazione delle attività sociali, sanitarie e socio-sanitarie, riguardanti il servizio di custodia a favore delle fragilità.

Un ulteriore obiettivo è quello di addivenire ad una attenta analisi e monitoraggio delle diverse fragilità della popolazione ad alto rischio di degrado, al fine di poter affinare la conoscenza dei fattori caratterizzanti la fragilità con lo scopo di poter

meglio indirizzare l'azione programmatica a favore della fragilità stessa.

2) Il Distretto di Cittadinanza – Fondazione Opera Immacolata Concezione di Padova

Un altro progetto interessante è quello rappresentato dall'esperienza della Fondazione Opera Immacolata Concezione Onlus di Padova.

La Fondazione, all'interno di una nuova cultura di approccio alla terza età, alla disabilità integrata nella comunità in cui vive ed interagisce, ha sviluppato l'idea del 'distretto di cittadinanza' che supera ogni criterio di emarginazione con la finalità di implementare coesione sociale, intergenerazionale e di prossimità.

Secondo la Fondazione Opera Immacolata Concezione Onlus la longevità deve diventare risorsa con il ruolo di generare beni relazionali. Un'impostazione rivoluzionaria che è stata declinata dall'OIC in questi anni passando:

- dal concetto di *Casa di Riposo* (=parcheggio per vecchi) a quello di *Centri residenziali di Servizi ed aggregazione comunitaria*;
- da formule burocratico-sanitarie per l'*utente anziano* alla valorizzazione, sempre e comunque, della dignità della *persona Ospite*;
- da ospedalizzazioni forzatamente prolungate a contesti aperti di riabilitazione e recupero;
- da cesure funzionalistiche di età a reti di connessioni intergenerazionali;
- dall'erogazione di servizi assistenziali al *prendersi cura*, mettendoci competenza e cuore.

Le sedi dell'OIC si sono dunque rinnovate in "fabbriche di relazioni" dove tutto si trasforma in output relazionale grazie all'investimento sulle capability relazionali dei longevi attivi e sull'empowerment delle potenzialità residue delle persone non autosufficienti.

I Centri Residenziali devono assicurare in partenza condizioni di vita valide per i non autosufficienti e ambiente attraente per essere frequentati dai longevi autosufficienti e da altre fasce di popolazione urbana. Viene così a formarsi – anche con la cultura positiva del superamento del limite – un giacimento di capitale umano importante per ricreare condizioni di vita co-

munitaria assolvendo funzioni scolastiche, ludiche, museali, ricreative, educative, sportive, ecc.

Un modello completo di riferimento propositivo di riproduzione ove trovano collocazione strutture diversificate – dal post acuzie ospedaliero al pistodromo per l'educazione stradale, all'accademia per la formazione artistica della persona, agli orti, ecc. – interdipendenti con la tipologia della RSA che ne dà connotazione comunitaria.

Il Distretto di cittadinanza è un sistema strutturale ed infrastrutturale che recupera il significato della famiglia “patriarcale”, del Patronato e del Centro Servizi Pubblico, secondo logiche “educative” dei giovani, per implementare coesione sociale, intergenerazionale e di prossimità.

Gli elementi di intervento sono:

- a) Circolazione stradale: realizzare un sistema viario che – dai bimbi di 2 anni con automobiline elettriche ai giovani di 14 per il patentino di scooter – li induca non solo all'osservanza delle modalità circolatorie e dei divieti ma renda la viabilità in strada un allargamento delle opportunità relazionali. Nel procedere in questa attività i bimbi e i giovani vengono regolarmente sottoposti a “controlli psico – fisici – sanitari”, in modo da incarnare la consapevolezza di “dover possedere” una condizione corporea/mentale in grado di fronteggiare le incertezze e gli eventi connessi alla circolazione stradale. In questo ambito pertanto si potrà intervenire con logiche sistemiche all'eventuale rilevazione della presenza di droghe, alcool, ecc. attraverso metodologie implementative di coscienza piuttosto che impositive di vincoli esterni: un'azione endogena di grande significato, perché influisce strutturalmente nell'identità. Come supporti operativi, si fa riferimento al Corpo dei Vigili Urbani di Padova e alla Polizia Stradale oltre che alle strutture di controllo proprie della Questura.
- b) Versante musicale: la musica è linguaggio universale che da un lato trova crescente applicazione nelle giovani generazioni e dall'altro manifesta funzioni terapeutiche verso persone in stato di demenza o di ictus. Da qui la creazione di un padiglione di musica aperto a giovani ed anziani come momento di apprendimento e di incontro (archi per i bimbi; tromba, clarino e sassofono per gli adolescenti; flauto giovane per i longevi). Come supporto artistico qualificato, ci si avvale del

contributo dei Solisti Veneti e del Conservatorio Pollini con la presenza degli studenti delle ultime classi.

- c) Pet therapy: collocazione di una struttura permanente ove accogliere, accudire e preparare (contando sulla passione e sull'amore delle persone giovani verso il regno animale) animali con funzioni "terapeutiche" di svago, sollievo, rigenerazione psicologica, verso gli anziani.
- d) Versante artistico: laboratorio per attività teatrale, di danza, cinematografica, televisiva in cui, con esperti longevi, sia possibile dare espressività, scandita su valori e sostanza progettuale (anziché istantanea e di apparenza) a emozioni, sentimenti, intuizioni, stati d'animo dei giovani in modo da superare il loro focus egoistico e vacuo per aiutarli con relazioni di reciprocità a manifestare se stessi.
- e) Versante sportivo: lo sport e la dimensione agonistica formano il carattere ed aiutano a tenersi giovani nello spirito. Sono previsti impianti adatti ad attività di seniores avanzati e di giovani (hockey su carrozzella per i non autosufficienti e su pattini per i giovani, pallacanestro, tiro con l'arco). Nelle ampie vasche acquatiche sono previste attività di naval modellismo mentre nei sentieri esterni e negli ampi corridoi interni attività di marcia e di corsa anche con "percorsi vita".
- f) Versante lavorativo: è importante superare nella fase evolutiva del giovane la dicotomia tra attività manuali e attività intellettuali incrociandole opportunamente. Tre sono le aree prescelte:
 - coltivazione di orti (alcune aiuole hanno dispositivi in grado di alzarsi ad altezza del non autosufficiente in carrozzella);
 - laboratori per mestieri d'arte e antichi mestieri, con il contatto verso la creta, il caolino, il rame, il bronzo e nel contempo con rudimenti propri del calzolaio, del riparatore di soldatini (l'esistenza del vicino museo veneto del giocattolo offre tali opportunità), ecc.;
 - officina con montaggio e smontaggio di carrozzelle, di stampelle, di altri ausili, in modo da far risaltare l'utilità nel tempo di un bene se sapientemente usato sottoponendolo a frequente manutenzione. Per tutte queste attività esistono competenze e disponibilità da parte dei "nostri" longevi.
- g) Versante informatico: la predisposizione dei giovani al lin-

guaggio informatico rappresenta un catalizzatore per attivarli in processi conoscitivi di maggior momento capaci di implementare il carattere. L'ampliamento della mediateca consente di dare servizi di comunicazione e di aggiornamento ai giovani e alla comunità (ad esempio "ho posta per te", collegamenti con parenti lontani, il blog "longevity comunità", ecc.).

3) Integrazione sanitaria e assistenza alla persona non autosufficiente, nell'esperienza della società della salute Zona Fiorentina Nord-Ovest

La Zona/Distretto ⁽¹⁾ Firenze-Nord-Ovest è una delle 4 Zone della ASL di Firenze – 217.000 abitanti e 8 Comuni – da cinque anni è protagonista di una delle più originali e innovative esperienze di integrazione socio-sanitaria e di sviluppo dei servizi territoriali. Tale esperienza della Società della salute Zona Fiorentina Nord-Ovest ha perseguito la fusione dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari. Ma soprattutto ha reso possibile l'attuazione del Fondo per le persone non autosufficienti nella modalità più efficace: quella dell'integrazione delle risorse sanitarie e comunali.

Con la L.R. 60/2008, la Regione Toscana ha di fatto inserito le Società della Salute nel sistema socio-sanitario regionale.

In sintesi si può definire il modello "Società della Salute" come una forma evoluta del Distretto, nella quale l'attività sociale, l'attività sanitaria e socio-sanitaria si fondono, perseguendo una integrazione non solo a livello politico-istituzionale, ma anche direzionale e professionale. La differenza rispetto ad altre esperienze è che tale modalità ha un carattere istituzionale formale proprio per la costituzione di un consorzio pubblico di cui fanno parte i Comuni e la ASL.

Il sistema territoriale dei servizi per la non autosufficienza in Toscana delinea una articolazione organizzativa strutturata su due piani tra loro fortemente coordinati: un livello di indirizzo e di governo costituito dalle Società della Salute e un livello di coordinamento e operativo, rappresentato dai livelli base di cittadinanza sociale per la non autosufficienza: il **Punto Unico**

⁽¹⁾ In Toscana il Distretto corrisponde alla Zona e prende il nome di Zona-Distretto: sono aree territoriali più ampie del Distretto nel senso che ogni zona ha accorpato più Distretti. In Toscana vi sono n. 34 Zone/Distretto che fanno capo a 12 ASL.

di Accesso, la rete dei Punti Insieme e le Unità di Valutazione Multidimensionali.

La Società della Salute zona fiorentina Nord-Ovest gestisce in forma integrata tutta l'attività socio-sanitaria destinata alle persone non autosufficienti, grazie alla fusione delle risorse da bilancio ASL di Zona/Distretto (circa 17 milioni), da bilancio comunale (circa 3 milioni) e dalle risorse aggiuntive della Regione (circa 2,2 milioni).

Tale fondo viene a sostenere i servizi domiciliari, l'assistenza residenziale e semiresidenziale, comprendendo quindi quote sociali, sanitarie, assistenza infermieristica, assistenza sociale ecc. All'interno del Fondo per la N.A. la SDS eroga pacchetti di assistenza integrati e personalizzati che vengono condivisi dalla famiglia attraverso la firma di un patto tra la SDS e il beneficiario dei servizi.

Il Fondo per la non autosufficienza

La SDS gestisce direttamente le risorse, attraverso un primo atto di programmazione che ripartisce tali fondi sui vari aspetti assistenziali destinando tali risorse sui vari capitoli.

Principalmente il fondo viene quindi ripartito come segue:

- Assistenza domiciliare diretta
- Assistenza domiciliare indiretta (esempio contributi per la badante)
- Rette per l'assistenza residenziale e semires. (quote sanitarie e quote sociali)
- Assistenza infermieristica

Il servizio che la SDS ha attivato per favorire l'accesso del cittadino e garantire la massima trasparenza e equità avviene attraverso le seguenti modalità:

Il Direttore della SDS, mediante il PUA, presente in ogni Zona distretto, assicura la presa in carico del cittadino attraverso la gestione e il coordinamento della rete territoriale dei servizi per la non autosufficienza, potendosi avvalere delle risorse sia di parte ASL che di parte comunale. In particolare, il responsabile di zona ha compiti di governo e coordinamento: l'integrazione della rete territoriale dei servizi sociali e sanitari; la gestione integrata delle risorse; la continuità assistenziale.

I Medici di Medicina Generale, i presidi ospedalieri e i Punti Insieme raccolgono la segnalazione del bisogno inviandola direttamente al PUA.

Il governo dell'accesso alle prestazioni integrate socio-sanitarie assicura tempi certi per la valutazione e l'erogazione delle prestazioni. In particolare, la legge regionale 66/2008 prevede che la UVM deve presentare, alla persona interessata e ai suoi familiari, il PAP, contenente la risposta assistenziale ritenuta più appropriata a quel determinato stato di bisogno, entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'istanza al Punto Insieme.

Sono stati istituiti **10 Punti Insieme** territoriali dove il cittadino può rivolgersi per attivare il percorso, con la garanzia di una risposta entro 30 giorni. In tali Punti il cittadino può ricevere informazioni e materiale sul fondo per la non autosufficienza, sui servizi e sui propri diritti e può seguire l'iter della propria istanza. Compilando un semplice modulo, l'operatore del Punto Insieme è in grado di raccogliere le informazioni essenziali per avviare il percorso. Tale segnalazione viene inviata immediatamente alla struttura centrale (PUA) dove si compie l'istruttoria.

PUA → rappresenta il Punto unico di accesso per tutti i casi complessi e di continuità assistenziale che prevede una "cabina di regia" che gestisce le risorse sociali e sanitarie. Il PUA è titolare del budget complessivo, detta le priorità, guida e orienta e sostiene la UVM. Il PUA è supportato da uno staff dove sono presenti le figure professionali ritenute necessarie alle connesse funzioni di regia e di coordinamento. Pertanto rappresenta il "luogo" dove dal punto di vista operativo, professionale e gestionale, si realizza compiutamente l'integrazione socio-sanitaria.

UVM → è l'Unità di Valutazione Multidimensionale che svolge una valutazione complessiva multidisciplinare proponendo un percorso assistenziale anche sulla base delle risorse disponibili. L'UVM è il soggetto prescrittore e titolare della progettualità, redige per ogni soggetto un Piano assistenziale personalizzato, individua il responsabile del progetto, cura infine che il PAP sia effettivamente accettato e firmato (come un patto) dalla famiglia. La UVM fissa, nel PAP, il termine massimo entro il quale deve essere erogata la prestazione, che comunque non deve superare i sessanta giorni dalla data di presentazione dell'istanza.

La Continuità assistenziale ospedale/territorio prevede una unità di personale debitamente formato in ogni P.O. in collegamento permanente con i PUA territoriali, in modo da agevola-

re le dimissioni del paziente anziano non autosufficiente prevedendo servizi e misure atte a rendere possibile la continuità assistenziale.

Il **Servizio Sociale Unico** della Società della Salute è formato da 35 assistenti sociali e da 16 assistenti sociali della ASL che compongono un'unica Unità Funzionale, coordinati e diretti da un responsabile unico; 20 unità di personale amministrativo provenienti dai Comuni e da 7 unità di personale ASL che configurano un'unica struttura amministrativa. Si tratta come è facile immaginare di una importante evoluzione del concetto di integrazione. Di fatto si realizza (finalmente) una integrazione 'totale' e istituzionale dei servizi.

L'esperienza della zona fiorentina Nord-Ovest si inserisce nel contesto del riassetto della sanità toscana: in particolare Società della Salute e Fondo per l'assistenza continua alla persona non Autosufficiente.

Il valore aggiunto sta nel fatto che i Comuni della Zona hanno costituito una gestione associata dei servizi sociali che hanno poi assegnato in gestione alla SDS, configurando un servizio sociale unico e una forte integrazione socio-sanitaria.

Grazie ai contributi regionali aggiuntivi e al nuovo assetto organizzativo la Società della Salute è stata in grado di azzerare completamente la lista di attesa per la quota sanitaria, raggiungendo uno tra i migliori risultati costo/beneficio della Regione Toscana.

Nel corso degli ultimi due anni la SDS ha effettuato corsi di formazione per caregiver (badanti) che hanno formato oltre 40 unità lavorative.

Nel 2010 la SDS ha concesso oltre 150 contributi per caregiver sulla base di regolari contratti di lavoro, azione questa che ha permesso di far emergere e contenere il problema della regolarità nel settore dell'assistenza domiciliare.

Al di là della architettura istituzionale e del modello organizzativo, tutta l'esperienza rappresenta in primo luogo un vantaggio per il cittadino-utente, che può riconoscere (finalmente) un unico soggetto erogatore di prestazioni, una unica porta di accesso ai servizi.

4) La gestione del fondo per la non autosufficienza nella Regione Liguria

La legge della Regione Liguria 12/2006 “Promozione del sistema integrato dei servizi sociali e socio-sanitari” ha istituito il Distretto Socio-sanitario quale dimensione territoriale in cui si integrano le funzioni sociali complesse e socio-sanitarie.

La rete delle politiche socio-sanitarie della Liguria è oggi costituita da:

5 Aziende Sanitarie, 19 Distretti Socio-sanitari, 65 Ambiti Territoriali Sociali (associazioni intercomunali per la gestione dei servizi sociali di base, ricompresi nel territorio del Distretto Socio-sanitario).

Il fondo regionale per la non autosufficienza è nato insieme alla costituzione del sistema integrato (L.R. 24 maggio 2006, n. 12 - Promozione del sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari, articolo 47 della L.R. 12/2006 che istituisce il Fondo Regionale per la non autosufficienza, come componente del Fondo Regionale per le Politiche Socio-sanitarie e disciplina gli interventi a favore della stessa non autosufficienza, Deliberazione del Consiglio Regionale 1 agosto 2007, n. 35 ‘Piano Sociale integrato Regionale 2007/2010’).

Le nuove normative pongono le basi per una inevitabile integrazione politico-programmatoria (comitati dei Sindaci/ASL) e operativa: Distretti socio-sanitari, che fanno convergere i servizi complessi dei Comuni e quelli delle ASL; tecnico-professionale con l’Unità Distrettuale (direttore sociale e direttore sanitario del Distretto con le rappresentanze dei Dipartimenti), con esiti dell’integrazione professionale nelle UVM.

Questi principi sono considerati basilari e irrinunciabili per un approccio alla non autosufficienza.

Questo è un primo aspetto positivo (simile all’organizzazione della Regione del Veneto) che risponde a bisogni complessi esclusivamente con una rete integrata e non con servizi “affiancati” sociali e sanitari.

Il FRNA costituisce il contenitore e lo strumento per razionalizzare e valorizzare le risorse economiche ed organizzative a sostegno delle persone non autosufficienti, superando la dispersione derivante dalla compartimentazione dei settori di intervento e dei canali di finanziamento. L’obiettivo è la ricomposizione delle risorse nella risposta unitaria ai bisogni specifici della persona.

Il secondo aspetto positivo è dato dalle non duplicazioni, dalla razionalizzazione delle risorse e dell'ammontare della spesa.

Il Fondo finanzia prioritariamente l'assistenza territoriale domiciliare, l'assistenza residenziale e semiresidenziale di mantenimento (LEA), gli interventi sociali e il sostegno alle cure familiari.

Contenuti assistenziali del programma per la non autosufficienza

- 1. sostegno alla domiciliarità** quale obiettivo strategico del programma. Le Aziende Sanitarie ed i Comuni sono chiamati ad orientare le scelte verso azioni e interventi di ampliamento della rete e di potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare e ADI, anche in sinergia con la riorganizzazione ospedaliera.
- 2. potenziamento della residenzialità e semiresidenzialità** socio-sanitaria e sociale pubblica, accreditata e privata.
- 3. sviluppo dei servizi di prossimità**, nuovo modello di intervento "ad alta diffusione e bassa quantità di spesa", collegando risorse pubbliche (compresi i MMG) con cooperazione e volontariato. Risponde a finalità di prevenzione e monitoraggio, dimostrando in un triennio di contenere significativamente il ricorso ai servizi ospedalieri per le persone fragili e sole, orientando la rete socio-sanitaria ad intercettare immediatamente le situazioni di rischio e di bisogno prima che siano conclamate. Il terzo aspetto di virtuosità è che consente di sviluppare la sussidiarietà orizzontale unitamente ad un'azione preventiva allargata.
- 4. interazione tra la rete servizi e il lavoro di cura svolto a domicilio** dai familiari e da assistenti familiari a favore di anziani non autosufficienti e disabili gravissimi, prevedendo azioni che facilitino il mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti attraverso l'istituzione di una misura economica per la non autosufficienza, riconosciuta in maniera continuativa. È collegata all'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE):
 1. valore ISEE fino 10.000 euro 350 euro/mese
 2. valore ISEE da 10.001 a 20.000 euro 280 euro /mese

Semplificazione organizzativa e procedurale per l'accesso alle misure a favore della non autosufficienza

Tutto è gestito dal Dipartimento Attività Distrettuali attraverso il Distretto Socio-sanitario, per assicurare modalità uniformi sul territorio regionale. Il processo organizzativo prevede: accertamento e valutazione della non autosufficienza attraverso:

- a) Sportello Integrato Socio-sanitario**, come unico accesso per i richiedenti;
- b) Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM)**, per effettuare la valutazione con **scheda multidimensionale** (Aged Plus già correlato con uno studio allo SVAMA);
- c) Piano Individualizzato di Assistenza (PIA)**, redatto dall'UVM, in cui è evidenziato il piano di cura e assistenza alla persona;
- d) Responsabile del caso** (case manager), al quale viene affidata la realizzazione del PIA e la valutazione dell'assistenza somministrata al NA;
- e) Patto assistenziale**, che viene sottoscritto a seguito dell'assegnazione della misura alla famiglia o a chi ha in carico l'anziano o il disabile, in cui risultino le modalità di assistenza a domicilio effettuate;
- f) Sistema informativo per la non autosufficienza** per cui tutte le valutazioni di NA confluiscono nel Registro regionale della Non Autosufficienza (sistema che ha permesso di impostare anche il SINA).

Il tutto è completato da una gestione amministrativa "semplificata", con l'affidamento delle procedure di erogazione della misura economica ad una finanziaria regionale, che garantisce dopo 30 giorni dalla valutazione di NA l'erogazione della misura economica e nel contempo un adeguato monitoraggio dei fondi.

Quarto aspetto virtuoso è costituito dalla semplificazione tecnica e amministrativa e dal coinvolgimento della famiglia in un "patto" (esito della condivisione di diritti e doveri).

Tab. 17 - Dati sui beneficiari della misura economica per la non autosufficienza, Stima anno 2010

Misure Economiche in erogazione	6.950	Utenti per genere	F	M	Anziani per età		Disabili per età	
Spesa media mensile euro	2.170.000	Anziani	74%	26%	Tra 65 e 74 anni	14%	Minori	18%
Spesa media mensile per utente euro	311	Disabili	47%	53%	Tra 75 e 84	38%	Adulti	82%
					85 e oltre	48%		

FONTE: Regione Liguria

Aspetti finanziari

La misura economica del FRNA, avviata sperimentalmente nel 2006, con le linee guida per la messa a regime del 2008, si è stabilizzata su un budget di circa 26 milioni di euro/anno, finanziati per più del 50% da risorse regionali e per la restante parte dal Fondo nazionale per le Non Autosufficienze.

Ultimo aspetto positivo è il controllo della spesa che consente una corretta pianificazione delle risorse.

5) Sostenibilità economica ed organizzazione della filiera assistenziale: il caso dell'ASL 7 del Veneto

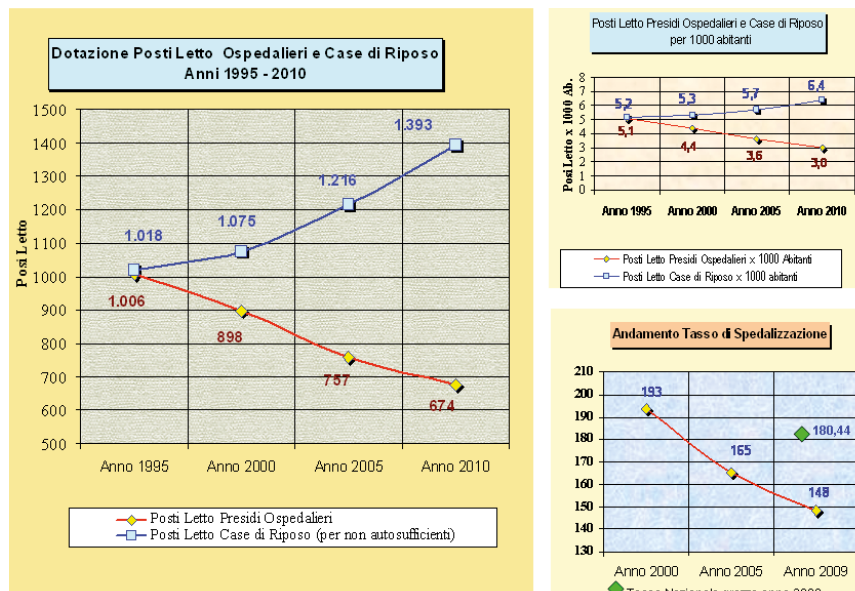
L'ASL 7 del Veneto, una delle tre ULSS della provincia di Treviso, conta 218.853 abitanti ed è geograficamente collocata in una delle aree forti e trainanti del Nord-Est.

Negli ultimi venti anni l'offerta sia ospedaliera che extraospedaliera ha registrato una vera e propria rivoluzione.

Come evidenziato nei grafici allegati in ambito ospedaliero i posti letto per acuti e riabilitazione passano in un quindicennio da 1006 a 674, mentre la residenzialità extraospedaliera (Case di riposo per non autosufficienti, RSA pubbliche e private, accreditate) partendo da una stessa base di 1018 posti letto registra un andamento di crescita rettilinea passando a 1393 posti letto.

Si osserva agevolmente che il decremento dei posti letto per acuti e l'incremento dei posti letto extraospedalieri pressoché si equivalgono.

Graf. 10 - Dotazione posti letto ospedalieri ed extraospedalieri - ULSS n. 7 del Veneto



FONTE: ULSS 7 Pieve di Soligo – Regione Veneto

Attualmente la residenzialità per anziani è accompagnata da una vasta rete di assistenza domiciliare integrata, anche per pazienti oncologici, che tocca quasi il 10% degli ultra 65enni.

Ci si è voluti soffermare non tanto sugli scontati aspetti qualitativi e di appropriatezza del modello assistenziale, quanto sull'impatto economico dello stesso.

Attraverso una semplice analisi costi-benefici si è comparato l'attuale costo del sistema di offerta ospedaliero per acuti e quello territoriale per gli anziani non autosufficienti nell'anno 2009, simulando, a costi 2009, quale sarebbe stato il costo complessivo del sistema dell'offerta ospedaliera ed extraospedaliera dell'anno 1995, rilevando i benefici economici che si sono ottenuti con la trasformazione della filiera assistenziale.

La tabella n. 18 indica i risparmi 'virtuali' che si sono conseguiti con una trasformazione durata 15 anni, necessariamente per macro dati in quanto lo scopo dell'analisi non è tanto di una conoscenza analitica dei singoli processi, ma di una prima sommaria valutazione di un impatto economico di sistema che si ottiene creando una filiera (rete) assistenziale a diversa costo-sità e applicando rigorosi principi di appropriatezza del luogo di cura e di erogazione delle prestazioni.

Tab. 18 - Analisi costi benefici filiera assistenziale

Costo giornata assistenza 2009			
Costo giornaliero medio di degenza ospedaliera	€ 850,00	Costo giornaliero medio di ricovero in RSA Veneto	€ 99,61
		di cui Retta media alberghiera	€ 51,80
		Contributo regionale	€ 47,81
		Costo giornaliero assistenza domiciliare nelle forme più complesse	€ 40/60

ANALISI COSTI BENEFICI			
Costo complessivo filiera offerta 2009			
Ospedale	p.l.	674 x € 850,00 x gg. 360 x t.o. 0,80	€ 164.995.200,00
RSA	p.l.	1393 x € 47,81 x gg. 360	€ 23.975.758,80
Assistenza Domiciliare integrata			€ 3.285.554,40
Assegno di cura			€ 2.399.281,70
Totale			€ 194.655.794,90

Simulazione costo complessivo base 2009 su dati offerta 1995			
Ospedale	p.l.	1006 x € 850,00 x gg. 360 x t.o. 0,80	€ 246.268.800,00
RSA	p.l.	1018 x € 47,81 x gg. 360	€ 17.521.408,80
Totale			€ 263.790.208,80

Risparmio annuale "virtuale" complessivo	€ 69.134.413,90
Risparmio giornaliero	€ 189.409,35
Risparmio annuale per residente	€ 315,89

FONTE: ULSS 7 Pieve di Soligo – Regione Veneto

FOCUS: I trasferimenti monetari

I trasferimenti monetari nel nostro Paese sono rappresentati dall'indennità di accompagnamento per gli invalidi civili e a livello locale dagli assegni di cura erogati da Enti Locali ed ASL (destinatari: persone non autosufficienti o loro familiari per il sostegno delle cure).

L'indennità di accompagnamento ha conosciuto nel decennio appena trascorso una crescita molto sostenuta, che ha fatto più che raddoppiare la spesa, in conseguenza di un aumento del numero dei beneficiari elevato e particolarmente difforme a livello territoriale.

Tab. 19 - Beneficiari indennità di accompagnamento - anno 2009

Regione di Residenza	Beneficiari	Popolazione residente al 01/01/2009	% Popolazione
Piemonte	116.925	4.432.571	2,6
Lombardia	247.903	9.742.676	2,5
Liguria	56.945	1.615.064	3,5
Veneto	125.353	4.885.548	2,6
Friuli Venezia Giulia	39.771	1.230.936	3,2
Emilia Romagna	130.176	4.337.979	3,0
Toscana	117.660	3.707.818	3,2
Umbria	47.505	894.222	5,3
Marche	58.409	1.569.578	3,7
Lazio	188.416	5.626.710	3,3
Abruzzo	52.616	1.334.675	3,9
Molise	11.105	320.795	3,5
Campania	214.606	5.812.962	3,7
Puglia	143.388	4.079.702	3,5
Basilicata	19.956	590.601	3,4
Calabria	87.038	2.008.709	4,3
Sicilia	166.550	5.037.799	3,3
Sardegna	69.419	1.671.001	4,2
COMPLESSO	1.893.741	58.899.346	3,2

FONTE: INPS

I trattamenti sono saliti dai 1.093.834 del 2002 ai 1.893.741 del 2009. Anche la varianza, che nel 2002 oscillava fra l'1,6 per 100 abitanti di Veneto e Lombardia e il 2,8% della Sardegna in-

torno a una media nazionale del 2%, oggi registra disomogeneità regionali molto più marcate: dal 2,5% della Lombardia al 5,3% dell'Umbria, attorno a una media nazionale del 3,2%.

Una simile situazione conduce al paradosso di una spesa che, seppur molto elevata, non riesce a coprire la geografia del bisogno effettivo: l'intervento, con un 70% di beneficiari di sesso femminile ed una durata media di 7 anni, assorbe più della metà della spesa pubblica per la non autosufficienza (Ragioneria Generale dello Stato). Nonostante questo, tuttavia, tra i "confinati" a domicilio solo 3 su 8 beneficiano dell'indennità.

Il confronto fra sforzo finanziario e capacità di contrasto effettivo della non autosufficienza conduce alla necessità di una razionalizzazione sia dello strumento in sé, sia della sua interazione con gli altri strumenti esistenti nell'ordinamento.

Sotto il primo profilo, l'Italia non prende in considerazione, per l'assegno di accompagnamento, il reddito del beneficiario e questo conduce a disperdere le risorse su una platea troppo estesa per poter fornire prestazioni di livello adeguato. L'indennità (€ 472 mensili) appare inadeguata a coprire i bisogni assistenziali anche in base all'esperienza straniera (Francia € 1169, Germania € 665, Austria € 1562). Si ritiene opportuna una riforma dell'istituto che meglio correli bisogni e contributo, anche attraverso una più rigorosa soluzione dei beneficiari tenuto conto, oltre che delle condizioni cliniche, anche dello stato di bisogno ovvero della posizione reddituale.

Dal punto di vista del rapporto con altri strumenti, la tutela dell'invalidità si articola su una eccessiva varietà di prestazioni, di natura diversa e stratificate nel tempo, che determinano anche un regime dei cumuli fra le varie prestazioni poco razionale: all'indennità di accompagnamento si affianca la pensione di invalidità assistenziale propriamente detta, quella previdenziale di inabilità, la rendita Inail ed, infine, uno strumento di natura fiscale come la detrazione Irpef per le badanti.

Per quanto concerne gli assegni di cura la realtà regionale è alquanto disforme come si evidenzia nella tabella successiva.

Tab. 20 - Tasso di copertura ed importo degli assegni di cura nelle Regioni e nelle Province autonome (anni vari)

Regione o Provincia autonoma	Denominazione (anno di riferimento)	% persone 65+	Importo medio mensile
Provincia di Bolzano	Assegno di ospedalizzazione (2007)	Tra 3 e 4	515
Veneto	Assegno di cura (2007)	2,2	200
Emilia-Romagna	Assegno di cura anziani (2006)	1,9	246
Liguria	Misura economica del Fondo regionale per la non autosufficienza (2008)	1,6	330
Friuli-Venezia Giulia	Assegno per l'autonomia (APA) (2007)	1,0	375
Lombardia	Buono sociale (2006)	0,9	-
Provincia di Trento	Sussidio per la cura domiciliare di un anziano non autosufficiente (2006)	0,6	354
Umbria	Assegno di cura (2005)	0,4	418
Toscana	ADI indiretta (2006)	0,3	-
Piemonte	Assegno di cura (2006)	0,2	-
Abruzzo, Calabria, Sicilia	Misura attivata nel 2003 (Sicilia e Calabria) e nel 2006 (Abruzzo) (stima di massima)	< 0,3	-
Puglia, Sardegna	Misura attivata nel 2007 (Puglia) o 2008 (Sardegna), dati non ancora disponibili	-	-

Fonte: *L'assistenza agli anziani non autosufficienti - Rapporto 2009 - Maggioli Editore, a cura di N.N.A. (Network Non Autosufficienza). Tabella 3 pag. 77*

FOCUS: Anziani e Fondi integrativi – long term care

In Italia, come in tutti i Paesi industrializzati, la spesa sanitaria e socio-sanitaria sono destinate ad aumentare come risultato delle ben note interrelazioni tra fattori demografici, economici, tecnologici e socio-culturali, con tassi di incremento in ascesa, in particolare, nella componente sociale e socio-sanitaria, sia per la crescita della domanda che per l'elevarsi dei costi.

Le problematiche relative alla spesa sanitaria e socio-sanitaria e la necessità di individuare soluzioni al fine di ottimizzare e razionalizzare l'uso delle risorse, pur nell'irrinunciabile rispetto degli obiettivi di equità, efficacia e di tutela della salute dei cittadini, sono da anni al centro del dibattito scientifico e politico, nazionale ed internazionale. In tale contesto, in particolare negli ultimi anni, gran parte del mondo politico e degli studiosi di settore, hanno iniziato a guardare con grande interesse alla materia delle forme integrative di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, il cui sviluppo è considerato ormai da più parti come una tappa obbligata per favorire il decollo dell'auspicato "secondo pilastro" del SSN. Pilastro che va inteso come uno strumento non antitetico o in contrasto con le finalità di tutela universalistica della salute – proprie di un sistema di welfare – ma anzi va visto come una risorsa che possa supportare il servizio sanitario attraverso una gestione più appropriata e strutturata delle risorse private.

Merita, peraltro, un discorso specifico la problematica relativa alla spesa sociale e socio-sanitaria, che, per le note conseguenze dell'invecchiamento demografico, è destinata ad aumentare esponenzialmente nei prossimi decenni, a causa, in particolare, dell'aumento significativo di persone non autosufficienti. Un ruolo determinante, infatti, nella crescita di tale spesa è certamente da attribuire ai tassi di invecchiamento demografico. Il problema della non autosufficienza è stato affrontato in alcuni Paesi con l'istituzione di fondi dedicati: in Germania è attivo dal 1995 un fondo obbligatorio per la non autosufficienza basato sui contributi dei lavoratori e dei datori di lavoro, che nel 2003 individuava i fruitori nel 2,3% della popolazione, cioè 1.900.000 persone. Nei Paesi Bassi, il Fondo per la non autosufficienza, istituito nel 1968, assiste 588.000 persone, cioè

il 3,6% della popolazione. In Francia, è stato introdotto, a partire dal 2002, un fondo nazionale per la non autosufficienza limitatamente ai cittadini al di sopra del 65esimo anno di età, finanziato in parte con la fiscalità generale, in parte dai Dipartimenti regionali e che prevede comunque una compartecipazione al costo, proporzionata al reddito, da parte dei cittadini che accedono ai servizi, con esenzioni solo per le persone con più di 60 anni con un reddito non superiore a 935 euro mensili. Il modello francese destina circa 2,5 miliardi di euro all'anno (escluse le compartecipazioni) per garantire i servizi assistenziali a 800.000 cittadini francesi con più di 60 anni.

In Italia, quindi, considerata ancora l'esiguità di risorse pubbliche destinate a sostenere le disabilità e la non autosufficienza, settore in cui gran parte del carico assistenziale grava sui familiari, anche sotto forma di assistenza erogata direttamente (c.d. caregivers), è proprio nel settore del sociale e della non autosufficienza che i fondi integrativi possono svolgere un ruolo determinante.

È ormai evidente che per garantire la sostenibilità finanziaria dell'intero sistema dell'assistenza pubblica non è, seppur indispensabile, sufficiente portare avanti le politiche di razionalizzazione, di contenimento dei costi e di riduzione degli sprechi, ma risulta necessario ripensare il sistema dell'offerta e di reperimento delle risorse e favorire lo sviluppo di forme di finanziamento aggiuntive/integrative rispetto a quelle pubbliche. La questione centrale, infatti, è rappresentata da una domanda di assistenza difficilmente controllabile che rende sempre più difficile il finanziamento del sistema dell'offerta assistenziale. In Italia, peraltro, anche le Regioni più virtuose, nonostante gli sforzi compiuti in direzione di una più efficiente gestione delle risorse, presentano difficoltà a garantire l'equilibrio finanziario.

La domanda di assistenza è destinata ad aumentare in modo esponenziale nei prossimi decenni con impatti significativi non solo sui sistemi di welfare ma anche direttamente sui cittadini.

Tutti i ceti della popolazione, infatti, spendono privatamente in sanità, soprattutto nel settore delle visite specialistiche, degli accertamenti diagnostici, dei ricoveri e dell'odontoiatria e tale spesa è prevalentemente "out of pocket", e cioè direttamente pagata dal cittadino, mentre solo in piccola parte è veicolata dal-

le polizze assicurative e da altre forme integrative di assistenza sanitaria no profit (fondi di categoria, casse aziendali, società di mutuo soccorso); i cittadini immettono pertanto, generalmente, risorse in misura crescente, senza un'organizzazione ed una gestione coerente e coordinata.

Ed è proprio in questo ambito che è necessario intervenire, tracciando una strada "italiana" che garantisca un maggiore equilibrio economico-finanziario e che sia ispirata ai principi della solidarietà e della collaborazione tra sistema pubblico e sistema privato. In questa direzione, possono avere un ruolo importante i fondi integrativi sanitari e socio-sanitari, che dovrebbero essere visti come una risorsa in grado di supportare il SSN e di garantire ai cittadini il diritto e la responsabilità di scelta delle prestazioni nonché una efficace ed efficiente gestione delle loro risorse.

Per dare risposte adeguate ad una domanda in crescita ed incontrollabile appare, quindi, indispensabile da una parte insistere sulla strada già percorsa dalle Regioni della razionalizzazione delle risorse, dall'altra si tratta di perseguire un sistema fondato sulla diversificazione del finanziamento delle prestazioni, responsabilizzando maggiormente i cittadini e superando il concetto della compartecipazione alla spesa con un modello di adesione ai fondi sanitari integrativi. Vanno indirizzate verso il mondo dei fondi integrativi le prestazioni a maggiore rischio di inappropriately, riservando al SSN la cura dei soggetti più deboli e delle patologie più complesse. Le strutture opereranno in uno scenario diverso e più competitivo, dovendo attrarre sia i finanziamenti pubblici che le risorse private e, in un'ottica di lungo respiro, tale modello rappresenterà certamente una risposta vincente alle problematiche sopra descritte, senza "smantellare" il nostro SSN, ma anzi supportandolo e rendendolo più moderno nel tracciare una strada innovativa e "italiana".

In tale direzione vanno peraltro letti gli ultimi provvedimenti normativi in materia di fondi integrativi. In particolare, il decreto ministeriale pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 12 del 16.01.2010, recante "Modifica al decreto 31 marzo 2008, riguardante «Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazio-

nale», che, oltre ad istituire l'Anagrafe dei fondi, riorienta la quota vincolata del 20% delle risorse dei fondi che intendono accedere alle agevolazioni fiscali (introdotta dal d.m. 31 marzo 2008) verso la componente della non autosufficienza.

Con tale decreto, sulla “scia” degli ultimi provvedimenti adottati in materia, il decreto 31 marzo 2008 e la Legge Finanziaria per il 2008, è chiara la volontà del Legislatore, anche attraverso un meccanismo di armonizzazione delle agevolazioni fiscali, di estendere gli ambiti di intervento dei fondi verso il settore della non autosufficienza. L'obiettivo è quello, pertanto, di veicolare verso i fondi anche le risorse che i cittadini spendono privatamente per fronteggiare condizioni di non autosufficienza e disabilità, usando come “volano” le prestazioni ad oggi già erogate dagli stessi fondi, in prevalenza nella componente della specialistica ambulatoriale.

In questo modo, il sistema dei fondi integrativi può rappresentare un utile strumento per collegare due grandi settori tra loro apparentemente lontani, quello sanitario, con particolare riferimento alle prestazioni ambulatoriali ed il complesso mondo del socio-sanitario, che comprende la non autosufficienza e le disabilità, settore quest'ultimo dove le risorse immesse dal sistema pubblico sono evidentemente insufficienti.

Il decreto, infatti, obbliga i fondi che intendono beneficiare delle agevolazioni fiscali a garantire ai loro iscritti o familiari a carico la copertura di parte delle prestazioni necessarie a fronteggiare uno stato di non autosufficienza/disabilità, nel presente o nel futuro, attraverso la definizione di piani di capitalizzazione per gli iscritti.

Sotto il profilo normativo sono state quindi create le condizioni per favorire lo sviluppo delle forme integrative di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Governo e Regioni dovrebbero proseguire in questa direzione, operando al fine di creare un modello organizzativo che metta in comunicazione il sistema pubblico con le risorse stanziare dai fondi, tanto nel versante ambulatoriale quanto in quello socio-sanitario e sociale. Attraverso accordi quadro tra le Regioni e i fondi di categoria si potrebbe prevedere, per esempio, una collaborazione tra i servi-

zi sanitari regionali e i fondi, destinando le stesse strutture del SSR, in spazi e tempi distinti dall'attività istituzionale, alle prestazioni che i fondi garantiscono ai propri iscritti. Parimenti, si potrebbe pensare a forme di compartecipazione e di integrazione tra fondi e sistema pubblico per il settore della non autosufficienza. In questo ambito, infatti, l'intervento dei fondi potrebbe liberare risorse per il SSR che potrebbe così integrare l'offerta assistenziale a favore delle persone non autosufficienti. Tali iniziative dovrebbero portare, inoltre, a ripensare il concetto di accreditamento, intendendo con esso l'insieme dei requisiti di qualità necessari affinché sia data garanzia di sicurezza e qualità a tutti cittadini, inclusi coloro che sono iscritti ai fondi sanitari e socio-sanitari.

Un'altra modalità per favorire il collegamento tra i settori sanitario e socio-sanitario, potrebbe prevedere da una parte di permettere agli iscritti ai fondi di accantonare, attraverso meccanismi di accumulo, una parte del loro contributo destinandola alla tutela contro il rischio di non autosufficienza e, dall'altra, di consentire ai fondi di costruire pacchetti prestazionali estesi al nucleo familiare, permettendo così ai più giovani di beneficiare delle prestazioni ambulatoriali e ai loro parenti più anziani delle prestazioni sociali e socio-sanitarie connesse con condizioni di disabilità/non autosufficienza.

A titolo esemplificativo, si potrebbe pensare, almeno in una prima fase, di introdurre meccanismi di copertura del rischio distinti sulla base del livello di disabilità/non autosufficienza, destinando per esempio i fondi/mutue/polizze assicurative alla tutela contro il rischio di non autosufficienza di grado lieve/moderato e le risorse pubbliche a vario titolo erogate (Fondo nazionale, fondi regionali e/o comunali ecc.) per sostenere i cittadini in condizioni di non autosufficienza grave.

Coerentemente con quanto sopra espresso e per completare il percorso di sviluppo delle forme integrative di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, appare quanto mai urgente portare avanti alcuni interventi, quali:

- 1) Completare il quadro normativo per dare ai fondi un assetto definitivo e coerente con gli obiettivi prefissati e per armonizzare sotto il profilo fiscale la materia dei fondi, ancora oggi frammentata ed eterogenea.
- 2) Inserire i fondi nelle politiche di contrattazione sindacale, nazionale, a livello di comparto e a livello di contrattazione

integrativa aziendale, ricercando strumenti che sostengano la dimensione collettiva e prevedendo, per esempio, polizze di gruppo che consentano la “socializzazione dei rischi” e la riduzione dei problemi di selezione sfavorevole per le compagnie assicurative con conseguenti costi minori per gli assicurati.

- 3) Individuare modalità di collegamento e comunicazione tra i due grandi mondi integrativi/complementari, quello sanitario e quello pensionistico, anche al fine di uniformare il quadro regolamentare di riferimento e di rendere coerenti gli strumenti da adottare in un ambito, quello della non autosufficienza, che per evidenti ragioni risulta comune ai due settori.

Come ultima considerazione, e non certamente d'importanza, non vanno trascurate le difficoltà che può incontrare lo sviluppo dei fondi integrativi nelle aree meridionali dell'Italia, caratterizzate da minore sviluppo economico e da minori livelli di impiego nei vari comparti che possono essere coinvolti nella contrattazione anche in materia di forme integrative di assistenza. È evidente che si deve tenere conto delle minori possibilità di sviluppo dei fondi in queste Regioni, individuando specifici interventi correttivi per compensare quelle innegabili condizioni di disparità che caratterizzano il Nord ed il Sud del nostro Paese.

In conclusione, si ritiene importante proseguire sulla strada della valorizzazione dei fondi, anche per favorire lo sviluppo di una “cultura dei fondi” e di una maggiore sensibilizzazione dei cittadini sull'importanza di una gestione strutturata delle loro risorse private, condizione indispensabile per passare da una prima fase, in cui si ritiene i fondi dovrebbero rimanere volontari, ad una successiva in cui potrebbero essere introdotti criteri di obbligatorietà con il consenso sociale e la condivisione di tutti i soggetti istituzionali interessati.

Nel quadro sopra descritto, la strada della sinergia e della collaborazione tra risorse pubbliche e private può rappresentare, quindi, la risposta più efficace alle difficoltà finanziarie del nostro sistema sanitario, pur salvaguardando il SSN e la garanzia, costituzionalmente stabilita, di equità e tutela della salute.

PUNTI FERMI E QUESTIONI APERTE

PUNTI FERMI

1. In Italia come negli Stati storici della vecchia Europa, si registra un costante aumento degli ultra sessantacinquenni (quota che oggi supera il 20%), con un trend di sviluppo espansivo alimentato dalle migliori qualità della vita e dai progressi della medicina.
2. Negli ultimi decenni si è rotto l'equilibrio decennale della suddivisione della popolazione per classi di età (in particolare giovani, persone in età lavorativa, anziani), con pesanti conseguenze sugli assetti economico-sociali e previdenziali dei Paesi interessati.
3. L'assistenza alla popolazione over 65 o meglio i grandi vecchi (over 85), la cosiddetta "*long term care*", assume una dimensione di grande rilievo sociale ed economico con impatti pesanti sui servizi sociali, ma soprattutto su quelli socio-sanitari.
4. Il mix assistenziale agli anziani non autosufficienti nel nostro Paese si muove su quattro linee:
 - Assistenza domiciliare (ADI/SAD): è presente in modo soddisfacente in talune Regioni del Paese. Il servizio non ha ancora una equilibrata presenza geografica né sono convenientemente codificate le tipologie di prestazioni in ragione della gravità del paziente, che nei casi più complessi, dovrebbero prevedere una assistenza continuativa (7 giorni su 7 per 24 ore al giorno). Oggi mediamente il servizio raggiunge il 5% della popolazione anziana, rispetto al 9,6% della Germania, al 7,9% della Francia, al 7,1 del Regno Unito.
 - Assistenza familiare: assume un ruolo crescente ormai quasi strutturale che non si limita alle funzioni domestiche, ma integra ed in taluni casi surroga, il servizio pubblico – sia sanitario che sociale – non sempre con le stesse garanzie di qualità. La stima di spesa delle famiglie per le "badanti" è di 9 MD di euro/anno, il loro numero è di 770.000: questi elementi ci devono far riflettere e far affrontare questo fenomeno in modo organico.
 - Assistenza residenziale: interessa circa il 3% della popo-

lazione con punte elevate al Nord e molto basse al Sud. Il Centro Sud del Paese è pesantemente al di sotto degli standard europei, anche di 7-8 volte!

- Trasferimenti monetari, indennità di accompagnamento e assegno di cura: interessano oltre il 50% della spesa pubblica, con 10 MD di euro di erogazione per la sola indennità di accompagnamento.

Il nostro Paese, oltre a presentare una anomalia nella distribuzione territoriale dei sussidi, è anche atipico in Europa per il peso dello strumento nel mix assistenziale e per la mancata gradazione dell'indennità di accompagnamento in base al bisogno.

5. Il quadro descritto individua due Italie:

- una, geograficamente definita a Nord della capitale, con setting assistenziali che guardano all'Europa e beneficiano della presenza di reti assistenziali integrate. Nel caso della Lombardia si è sperimentata la libertà, lasciata al paziente/famiglia, di scegliere attraverso i voucher, gli erogatori di servizi che si ritengono più idonei.
- una seconda Italia che comprende il Lazio, il Sud e le Isole, in cui i servizi di long term care sono presenti in modo sporadico, non strutturati in rete, non coordinati da strutture distrettuali, spesso insufficienti. In questa parte d'Italia i bisogni di LTC rimangono per larga parte inevasi o vengono risolti con ricoveri ospedalieri impropri oppure la famiglia auto-organizza la risposta assistenziale. In quest'ultimo caso non vi sono strumenti per garantire e verificare la qualità dell'assistenza erogata e se l'indennità di accompagnamento venga effettivamente impiegata a beneficio del paziente.

6. Si pongono, pertanto, alcune questioni metodologiche ed operative su come riprogrammare un nuovo modello di *Long term care*, in una diversa visione del welfare capace di prendersi cura e carico della persona.

QUESTIONI APERTE

- Quale ruolo deve esercitare il pubblico nel garantire qualità e certezza dei servizi in ogni Regione d'Italia ai cittadini anziani fragili o ai disabili non in grado di tutelare i propri diritti?
- Con quali strumenti programmatori e sanzionatori le Regioni possono essere obbligate ad un corretto sviluppo delle politiche territoriali, volte a fornire le risposte in dimensione extraospedaliera?
- Come promuovere l'integrazione tra i servizi sociali e quelli socio-sanitari e la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sia sociali che socio-sanitarie?
- Come riformare il sistema di sostegno all'invalidità ed alla non autosufficienza, inserendolo in un contesto di erogazione di prestazioni e sussidi più rispondenti ai bisogni delle persone?
- Come sostenere le famiglie e le assistenti familiari nei processi assistenziali per garantire qualità e sicurezza all'anziano?
- Di fronte alla difficoltà della famiglia a garantire la continuità assistenziale, come sviluppare una filiera appropriata e flessibile di offerta tra domicilio e residenzialità costituita anche da servizi di sollievo, da servizi di ricovero temporaneo, da centri diurni, da centri notturni?
- Come riequilibrare l'investimento volto a sostenere i servizi domiciliari in rapporto a quanto destinato per la residenzialità?
- Quale ruolo può essere assegnato al volontariato e al sistema delle imprese sociali, al fine di costruire reti (anche relazionali) di protezione a favore degli anziani e azioni di supporto alle loro famiglie?
- Attraverso quali strumenti ed iniziative sviluppare la presenza attiva dell'anziano nella comunità?
- Come promuovere adeguate forme di prevenzione volte a ridurre i tassi di disabilità?
- Come intercettare, in una visione di universalismo selettivo, i soggetti con maggiori bisogni?
- Come ridefinire gli strumenti e le regole di compartecipazione delle persone e delle famiglie al costo dei servizi?
- Come promuovere, anche attraverso gli strumenti contrattuali e/o assicurativi, i fondi integrativi per la non autosufficienza?

