

10° Supplemento al numero 30 2012 di Monitor

Trimestrale dell'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali

Poste Italiane SpA
Spedizione in Abbonamento Postale 70% - Roma

I QUADERNI DI

monitor

➔ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute



LA PRESA IN CARICO DEGLI
ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI



LA PRESA IN CARICO DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Un contributo per conoscere e decidere

Quaderno di Monitor n. 10

**Elementi di analisi
e osservazione
del sistema salute**

Trimestrale dell'Agencia nazionale
per i servizi sanitari regionali

Anno XI Numero 30 2012

Direttore

Fulvio Moirano

Direttore responsabile

Chiara Micali Baratelli

Comitato scientifico

Coordinatore: Gianfranco Gensini
Componenti: Aldo Ancona, Anna Banchemo,
Antonio Battista, Norberto Cau,
Francesco Di Stanislao, Nerina Dirindin,
Gianluca Fiorentini, Elena Granaglia,
Roberto Grilli, Elio Guzzanti, Carlo Liva,
Sabina Nuti, Francesco Ripa di Meana,
Federico Spandonaro, Francesco Taroni

Editore

Agencia nazionale
per i servizi sanitari regionali
Via Puglie, 23 - 00187 ROMA
Tel. 06.427491
www.agenas.it

**Progetto grafico, editing
e impaginazione**



Edizioni Health Communication
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via V. Carpaccio, 18
00147 Roma

Stampa

Cecom
Bracigliano (Sa)

Registrazione
presso il Tribunale di Roma
n. 560 del 15.10.2002

Finito di stampare
nel mese di settembre 2012



Periodico associato
all'Unione Stampa
Periodica Italiana



L'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali è un ente con personalità giuridica di diritto pubblico che svolge un ruolo di collegamento e di supporto decisionale per il Ministero della Salute e le Regioni sulle strategie di sviluppo del Servizio sanitario nazionale. Questa funzione si articola nelle seguenti specifiche attività: la valutazione di efficacia dei livelli essenziali di assistenza; la rilevazione e l'analisi dei costi; la formulazione di proposte per l'organizzazione dei servizi sanitari; l'analisi delle innovazioni di sistema, della qualità e dei costi dell'assistenza; lo sviluppo e la diffusione di sistemi per la sicurezza delle cure; il monitoraggio dei tempi di attesa; la gestione delle procedure per l'educazione continua in medicina.

L'Agencia oggi | Presidente Giovanni Bissoni Direttore Fulvio Moirano

Consiglio di amministrazione Francesco Bevere, Alessandro Cosimi, Domenico Mantoan, Giuseppe Zuccatelli

Collegio dei revisori dei conti Francesco Ali (Presidente), Nicola Begini, Fabrizio Ferri

I settori di attività dell'Agencia | Monitoraggio della spesa sanitaria • Livelli di assistenza • Organizzazione dei servizi sanitari • Qualità e accreditamento • Innovazione, sperimentazione e sviluppo • Formazione - Sistema nazionale di Educazione Continua in Medicina ECM • Documentazione, informazione e comunicazione • Affari generali e personale • Ragioneria ed economato

www.agenas.it

Sul sito dell'Agencia sono disponibili tutti i numeri di **monitor**

LA PRESA IN CARICO DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

EDITORIALE

LA PRESA IN CARICO DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI UN CONTRIBUTO PER CONOSCERE E DECIDERE

Giovanni Bissoni5

IL NSIS E LA GESTIONE DELLE INFORMAZIONI DI SALUTE PER I PAZIENTI CRONICI

Rossana Ugenti8

LA SPESA PER LONG TERM CARE

Francesco Massicci14

L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA: UN PERCORSO DA CONDIVIDERE

Intervista a Maria Cecilia Guerra di Chiara Micali22

L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA

Angelo Lino Del Favero25

L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA: EVOLUZIONI E PROSPETTIVE

Elio Guzzanti39

I SERVIZI PER GLI ANZIANI

Marco Trabucchi48

LA RETE DEI SERVIZI PER LA LONG TERM CARE

Giovanni Fosti, Ornella Larenza, Francesco Longo, Andrea Rotolo54

I SERVIZI RESIDENZIALI IN ITALIA

Enrico Brizioli65

OLTRE IL "VUOTO ASSISTENZIALE"

Gianlorenzo Scaccabarozzi, Carlo Peruselli, Fabio Lombardi72

I NODI DELLA LONG TERM CARE IN ITALIA

Cristiano Gori, Laura Pelliccia83

DIECI DOMANDE SULL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA

Network Non Autosufficienza (NNA)97

I FONDI SANITARI E SOCIOSANITARI INTEGRATIVI

Isabella Mastrobuono102

SOMMARIO

4	UNA SOLUZIONE RESIDENZIALE PER ANZIANI Il centro sociale di Lastra a Signa <i>Gavino Maciocco</i> 13
	IL DISTRETTO NELLA TUTELA DELLA SALUTE DELLE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI <i>Paolo Da Col, Antonino Trimarchi, Gilberto Gentili</i> 24
	LA RICERCA AGENAS Valutazione dell'efficacia e dell'equità di modelli organizzativi territoriali per l'accesso e la presa in carico di persone con bisogni sociosanitari complessi 43
	LA RICERCA AGENAS - ALLEGATO 1 IL CONTESTO REGIONALE DI RIFERIMENTO DELLE AREE DI STUDIO 84
	LA RICERCA AGENAS - ALLEGATO 2 ALGORITMO DI TRANSCODIFICA DELL'ASSE SANITARIO 208

LA PRESA IN CARICO DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Un contributo per conoscere e decidere

di **Giovanni Bissoni**

Presidente Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

L'assistenza alle persone non autosufficienti, prevalentemente (ma non esclusivamente) anziane, è, da tempo, una delle emergenze sociali non adeguatamente affrontate nel nostro Paese, peraltro uno dei Paesi più longevi al mondo, le risposte assistenziali sono inadeguate, sia per le risorse complessive disponibili, quanto per le modalità di organizzazione e utilizzo delle stesse.

Secondo l'ISTAT, sono circa due milioni gli anziani in condizione di disabilità che vivono in famiglia, ed oltre 300.000 gli anziani ospiti nelle strutture residenziali, un dato destinato ad aumentare in modo cospicuo nei prossimi anni, in conseguenza dell'ulteriore invecchiamento della popolazione. Oggi vivono in Italia un milione e 600 mila ultra85enni e si prevede che tra 10 anni saranno 2 milioni e 400 mila.

Il percorso di presa in carico dell'anziano non autosufficiente riguarda una parte di questa popolazione e, in particolare, coinvolge tutte quelle persone che presentano un **"bisogno assistenziale complesso"**, ovvero non autosufficienti in almeno una attività di base della vita quotidiana, fino alle persone allettate in modo permanente. Sempre secondo i dati Istat, sono oltre 900.000 le persone coinvolte (circa l'8% della popolazione anziana).

Un bisogno che necessiterebbe di una corretta valutazione delle risposte, sia nella loro entità, quanto nella loro efficacia. Basti pensare che il nu-

mero delle badanti o assistenti famigliari si aggira, secondo stime accreditate, intorno alle 800.000 unità!

Il Ministero dell'Economia e Finanze (MEF) stima un rapporto della spesa pubblica per Long Term Care (LTC) sul Pil dell'1,9% nel 2010, con una componente sanitaria di circa il 46% della spesa totale, contro il 44% circa della spesa per indennità di accompagnamento. Le altre prestazioni socio-assistenziali coprono, invece, più o meno il 10%.

Al di là delle cifre nazionali, la genericità dei diritti, la diversa entità delle risorse destinate da Regioni e Autonomie locali, l'autonomia gestionale nell'organizzazione dei servizi resi, vede un Paese estremamente diversificato fra buone esperienze (comunque insufficienti) e assenza o quasi di servizi.

Peraltro, la stretta finanziaria del Ssn, le difficoltà economiche degli Enti locali, vedono il complesso dei servizi dell'intera area sociosanitaria in condizioni di ulteriore debolezza e fragilità, di fronte agli imminenti processi di riorganizzazione.

Ci si indigna per le liste d'attesa, per le code al pronto soccorso, ma difficilmente si considera di pari livello il disagio per la mancanza di risposte ai bisogni di una persona non autosufficiente.

A fronte di questa situazione le persone e le famiglie si organizzano *"come"* possono e con *"quanto"* possono.

Un sostegno fondamentale è arrivato dalla risposta privata delle assistenti familiari, una risposta che, peraltro, andrà comunque valorizzata anche nell'ambito di auspicabili ed implementabili politiche pubbliche.

Consapevoli di ciò, nella prima bozza di decreto legge “*recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*” del 27 agosto 2012, proposta dal Ministro Balduzzi, uno specifico articolo prevedeva un “Programma nazionale per la non autosufficienza”, quale insieme di misure coordinate e di azioni che Stato, Regioni, Autonomie locali si impegnavano ad erogare, in forma integrata, a favore delle persone non autosufficienti.

In sintesi, il Programma prevedeva:

- una ricognizione precisa delle risorse finanziarie complessive e disponibili, ripartite fra spesa statale, spesa regionale, spesa locale;
- la riforma dell'indennità di accompagnamento, trasferita alla competenza regionale ed articolata sulla base della gravità della persona, fatti salvi i diritti acquisiti;
- l'integrazione istituzionale ed organizzativa fra Regioni ed Autonomie locali, fra Aziende sanitarie e servizi sociali;
- modalità condivise ed omogenee sul territorio nazionale per la valutazione della non autosufficienza;
- la presa in carico individuale sociosanitaria, conseguente alla valutazione multidimensionale;
- le prestazioni assicurate, da quelle domiciliari a quelle residenziali, con erogazione integrata delle stesse.

Obiettivi condivisibili e sensati, quanto le preoccupazioni che le Regioni hanno manifestato fino allo stralcio dell'articolo, rilevando il rischio di accreditare nuovi diritti assistenziali, in presenza di risorse che, anche se frammentate e spesso male organizzate, sono comunque universalmente riconosciute come inadeguate.

Il Programma, infatti, si sarebbe dovuto svolgere dentro al rigoroso tetto delle risorse oggi disponibili.

Sono del parere che quel percorso – fuori dai tempi e dagli spazi ristretti di un decreto – vada ripreso, con l'obiettivo di giungere ad un accordo generale Stato-Regioni-Autonomie locali, finalizzato a dare comunque, pur nel rispetto delle competenze organizzative di Regioni e Comuni, certezza di diritti e risorse finanziarie adeguate a quanto previsto dal Servizio sanitario nazionale, pur nell'ambito di un processo graduale. In questo processo potrà offrire un valido contributo il lavoro di Agenas, che è da tempo impegnata su queste tematiche e collabora con il Ministero della salute e le Regioni in diversi progetti di ricerca e attività al fine di sviluppare e sperimentare politiche a sostegno delle persone non autosufficienti.

L'obiettivo della ricerca Agenas, i cui risultati presentiamo in questa pubblicazione, è coerente con lo scopo della *Comparative Effectiveness Research*, che è quello di migliorare l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni, delle procedure e dei servizi, sviluppando e disseminando informazioni “*evidence-based*” ai pazienti, ai clinici e agli altri decisori, così che si evidenzino gli interventi più efficaci e più adatti ai singoli pazienti nelle specifiche circostanze in cui si trovano.

L'ambizione della ricerca, e il suo aspetto più innovativo, ha riguardato la metodologia messa a punto, poiché utilizza in modo integrato, attraverso procedure di *record linkage*, i dati amministrativi derivanti dai flussi informativi Nsis, sia quelli più tradizionali (flussi relativi alle Schede di Dimissione Ospedaliera e alle attività di Pronto Soccorso) sia quelli di più recente attivazione afferenti al territorio (flusso Siad sull'assistenza domiciliare e flusso Far sull'assistenza residenziale e semiresidenziale).

Un lavoro che mira a evidenziare i bisogni e le richieste di una persona anziana che diventa non autosufficiente, tenendo conto delle fasi essenziali del processo assistenziale (accesso, valutazione multidimensionale e piano di assistenza individuale, coordinamento operativo, monitoraggio e rivalutazione).

La ricerca effettuata ha consentito di evidenziare le grandi potenzialità conoscitive di un utilizzo integrato dei flussi informativi correnti e, quindi, già disponibili. La definizione e l'utilizzazione di precisi indicatori può offrire ai programmatori di tutti i livelli informazioni utili per il governo dei servizi, consentendo di compiere scelte anche fortemente innovative, basate su evidenze.

Questa pubblicazione di Agenas intende rappresentare un contributo ai decisori per affrontare il tema della presa in carico degli anziani non autosufficienti, in un momento in cui il Paese sta

attraversando una crisi economica e finanziaria senza precedenti, che si vuole comunque affrontare nell'equilibrio dei bilanci pubblici, ma senza rinunciare alla salvaguardia di quello Stato sociale che qualifica l'intera esperienza europea.

Anche la non autosufficienza deve entrare nell'agenda politica del Paese, se non vogliamo che una conquista di civiltà come una più lunga aspettativa di vita sia accompagnata da troppe situazioni di difficoltà, che le persone sono costrette ad affrontare nella solitudine di situazioni individuali e familiari di sofferenza.

IL NSIS E LA GESTIONE DELLE INFORMAZIONI DI SALUTE PER I PAZIENTI CRONICI

8

i Quaderni di **MORJIOR**

di **Rossana Ugenti**

Direzione Generale del sistema informativo e statistico sanitario - Ministero della salute

L' aumento dell'incidenza delle patologie cronico degenerative rende oggi sempre più necessaria l'individuazione di modalità innovative di supporto assistenziale, attraverso le quali rispondere in modo efficace ai bisogni di salute della popolazione perseguendo, contestualmente, la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale (Ssn).

All'interno del concetto di patologia cronica afferiscono, in realtà, molteplici aspetti per i quali si rende necessaria una risposta complessiva ed integrata ai bisogni del paziente, che sono di natura sanitaria, socio-sanitaria ed assistenziale. In questo senso, il territorio diventa l'ambito elettivo di intervento per la gestione delle cronicità, nella misu-

ra in cui l'assistenza territoriale consente al paziente, da un lato, di ricevere l'assistenza di cui necessita, rimanendo nel proprio ambiente e mantenendo le proprie abitudini quotidiane, e, dall'altro, consente una riduzione del tasso di ospedalizzazione e un più appropriato impiego delle risorse del Ssn.

Con la finalità di fornire una risposta completa ai bisogni di salute e assistenza dei pazienti cronici, numerose Regioni stanno progressivamente implementando diversi modelli assistenziali innovativi che, con modalità differenti, mirano a gestire la presa in carico del paziente cronico con un approccio trasversale alla cura. Fondamentale a tali fini è il coinvolgimento di differenti professionalità e la definizione di percorsi assistenziali che

FIGURA I - Interrelazione tra aspetti programmatici e gestionali resa possibile dalla disponibilità di contenuti informativi relativi alla presa in carico ed alla gestione del paziente cronico



pongono il cittadino al centro di un sistema assistenziale sul quale convergono le risposte multidisciplinari degli operatori sanitari coinvolti.

Nel contesto illustrato (fig.1), riveste particolare importanza l’ICT, dal momento che l’informatizzazione dei processi clinico-assistenziali risulta funzionale a favorire un approccio integrato alla cura del paziente cronico. L’informatizzazione di tali processi consente la produzione e la condivisione delle informazioni prodotte da parte dei singoli attori coinvolti, e abilita la gestione integrata dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali. I contenuti informativi prodotti grazie all’informatizzazione dei processi clinico-assistenziali hanno anche una rilevanza gestionale, in quanto sono di supporto alla misurazione e alla valutazione della qualità, dell’efficacia e dell’efficienza dell’assistenza prestata.

La disponibilità dei contenuti informativi generati dai singoli attori coinvolti nell’ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, consente di supportare un approccio “deterministico” alla programmazione e alla definizione delle politiche sanitarie ai diversi livelli del Ssn. D’altro canto, la capacità di lettura e analisi dei fenomeni sanitari in chiave programmatica, resa possibile dalla disponibilità di contenuti informativi relativi ai bisogni e all’assistenza erogata ai pazienti cronici consente, da un lato, di supportare un’or-

ganizzazione dei servizi territoriali che sia concretamente in grado di rispondere ai bisogni rilevati e, dall’altro, di rendere sistematici quei processi di presa in carico e di gestione del paziente cronico che sono in grado di massimizzare la qualità e l’efficacia dell’assistenza erogata.

I CONTENUTI INFORMATIVI A SUPPORTO DELLA PROGRAMMAZIONE E MISURAZIONE DELLA CAPACITÀ DI RISPOSTA AI BISOGNI DEI PAZIENTI CRONICI: IL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (NSIS)

La disponibilità e la capacità di lettura integrata di fonti informative qualitativamente affidabili, attraverso le quali poter ricostruire i processi di cura, di presa in carico e di gestione del paziente cronico, consentono di analizzare e valutare l’efficacia dei modelli organizzativi territoriali, la qualità dell’assistenza erogata e, più in generale, la capacità del servizio sanitario nel suo complesso di rispondere ai bisogni di natura sanitaria, socio-sanitaria e assistenziale dei pazienti cronici (fig. 2). A livello nazionale, il Nuovo sistema informativo sanitario costituisce lo strumento di riferimento per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del Servizio sanitario nazionale. Il Nsis trova il suo fondamento normativo nell’articolo 87 della legge 23 dicembre 2000, n. 388

FIGURA 2 - Prospettive di lettura rese possibili dalla disponibilità e dall’integrazione di fonti informative relative ai processi di cura, presa in carico e gestione del paziente cronico



(legge finanziaria 2001) ed è attuato attraverso l'Accordo Quadro tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 22 febbraio 2001. In base a tale Accordo, il Nsis ha la finalità di consentire ad ogni livello organizzativo del Ssn il conseguimento, tra gli altri, dei seguenti obiettivi di governo:

- monitoraggio dello stato di salute della popolazione;
- monitoraggio dell'efficacia ed efficienza del sistema sanitario;
- monitoraggio dell'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni in rapporto alla domanda della salute;
- monitoraggio della spesa sanitaria.

Le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo per la realizzazione del Nsis sono state attribuite, dall'anzidetto Accordo, ad un organismo paritetico Stato-Regioni, denominato "Cabina di regia per la realizzazione del Nsis".

Il conferimento dei contenuti informativi al Nsis da parte delle Regioni avviene secondo modalità e tempistiche stabilite per ciascun flusso informativo da appositi decreti del Ministro della salute, adottati previa condivisione con le Regioni in sede di Cabina di Regia e in sede di Conferenza Stato-Regioni. Il conferimento dei contenuti informativi al Nsis, da parte di ciascuna Regione, è condizione abilitante per l'accesso al maggior finanziamento di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

I flussi informativi Nsis già disciplinati consentono di monitorare, una volta a regime, le prestazioni sanitarie a livello nazionale corrispondenti a circa l'85% dei costi relativi all'assistenza erogata (tab 1).

I flussi informativi Nsis mettono a disposizione informazioni relative all'assistenza erogata al paziente cronico nei diversi setting assistenziali, che spaziano dall'emergenza-urgenza e dal ricovero ospedaliero, alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e assistenza farmaceutica convenzionata, fino all'assistenza erogata presso le principali strutture dislocate sul territorio. Tra i flussi informativi sopra rappresentati sono di particolare rilievo, ai fini dell'analisi dei processi di presa in carico e gestione dei pazienti cronici, i seguenti:

- *Sistema informativo per l'assistenza residenziale e semiresidenziale (Far)*: è finalizzato al monitoraggio delle prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani o persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, erogate in strutture accreditate nei confronti di cittadini residenti e non residenti in un determinato ambito territoriale;
- *Sistema informativo dell'assistenza domiciliare (Siad)*: rileva gli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata da parte di operatori sanitari nell'ambito dell'assistenza domiciliare a favore di cittadini residenti e non residenti in un determinato ambito territoriale.

TABELLA I - Quadro di sintesi dei flussi informativi disponibili o di prossima attivazione nell'ambito del NSIS

Flusso	Riferimenti normativi	Periodo di rilevazione	Note
Schede Dimissioni Ospedaliere (SDO)	DM 26/07/93 e s.m.i.	Mensile	A regime
Assistenza specialistica ambulatoriale	Art. 50, legge n. 326 del 24/11/2003 e s.m.i.	Mensile	A regime
Assistenza farmaceutica convenzionata	Art. 50, legge n. 326 del 24/11/2003 e s.m.i.	Mensile	A regime
Distribuzione Diretta e per conto	DM 31/07/07 e s.m.i.	Mensile	A regime
Assistenza domiciliare (SIAD)	DM 17/12/08	Mensile	A regime
Emergenza Urgenza (EMUR) 118 e PS	DM 17/12/08	Mensile	A regime
Prestazioni residenziali e semiresidenziali (FAR)	DM 17/12/08	Trimestrale	A regime
Consumo medicinali in ambito ospedaliero	DM 04/02/09	Mensile	A regime
Consumi dei dispositivi medici	DM 11/06/10	Trimestrale	In fase di messa a regime
Dipendenze (SIND)	DM 11/06/10	Annuale	In fase di avvio
Salute mentale (SISM)	DM 15/10/10	Semestrale (attività) Strutture e personale (annuale)	In fase di avvio
Hospice	DM 06/06/12	Trimestrale	In fase di avvio

I contenuti informativi dei summenzionati flussi sono stati definiti nell'ambito del progetto "Mattoni Ssn". Tale progetto, approvato in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 10 Dicembre 2003, è stato avviato con l'obiettivo di definire e creare un linguaggio comune a livello nazionale per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel Nsis, attraverso la definizione di metodologie e l'utilizzo di classificazioni e codifiche condivise. Il progetto si è articolato in 15 diverse linee progettuali, nell'ambito delle quali sono state elaborate metodiche con l'intento di rispondere alle esigenze informative del Nsis. Con riferimento all'assistenza territoriale, il Progetto Mattoni ha cercato di omogeneizzare i molteplici sistemi di rilevazione, codifica delle prestazioni, valutazione e classificazione dello stato di salute dei pazienti presenti sul territorio nazionale. In particolare, i Mattoni 12 "Assistenza residenziale e semiresidenziale" e 13 "Assistenza primaria e prestazioni domiciliari" sono stati finalizzati a definire una base informativa comune per il monitoraggio delle prestazioni erogate in regime di assistenza residenziale, semiresidenziale, primaria e domiciliare. Le evidenze emerse dai risultati prodotti nell'ambito dei due "Mattoni" hanno contribuito alla definizione dei flussi informativi Far e Siad, precedentemente descritti.

Il percorso evolutivo del Nsis è volto all'attivazione di nuovi e ulteriori flussi informativi e all'utilizzo di metodologie sempre più avanzate di analisi e comprensione dei fenomeni sanitari ai fini del governo del Ssn, del monitoraggio dei Lea e della valutazione della capacità del servizio sanitario di rispondere, in modo economicamente sostenibile, ai bisogni di salute espressi dalla popolazione. Il progressivo arricchimento del patrimonio informativo Nsis consente una misurazione sempre più completa delle prestazioni relative ai Lea erogati e, parallelamente, consente di rafforzare la capacità di leggere longitudinalmente tali informazioni, aspetto fondamentale per poter sviluppare analisi integrate dei diversi livelli di assistenza. Queste analisi consentono di effettua-

re la verifica del corretto bilanciamento delle prestazioni erogate tra ospedale e territorio. Questo tipo di verifica risulta particolarmente rilevante per quanto attiene la gestione del paziente cronico, per il quale frequentemente si riscontra un non sempre appropriato ricorso all'assistenza ospedaliera.

Al fine di supportare la continuità assistenziale, soprattutto con riferimento ai cronici, e sviluppare un'offerta di servizi sempre più vicina alle esigenze dei cittadini, appare fondamentale integrare il patrimonio informativo Nsis con dati riguardanti gli eventi socio-sanitari.

A questo proposito, il decreto legge 9 febbraio 2012, n.5, recante "Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo" prevede, all'articolo 16, comma 3, che, con modalità attuative che saranno opportunamente disciplinate, le informazioni trasmesse all'Inps dagli enti pubblici responsabili dell'erogazione e della programmazione di prestazioni e di servizi sociali e socio-sanitari attivati a favore delle persone non autosufficienti, sono trasmesse dallo stesso Inps in forma individuale, ma anonima, tra gli altri, al Ministero della salute, al fine di rendere più efficiente ed efficace la presa in carico, e la relativa spesa, della persona non autosufficiente.

La disponibilità, nell'ambito del Nsis, di un patrimonio informativo sempre più completo consentirà di rendere utilizzabili, nell'ambito dello stesso, strumenti di fruizione dei dati raccolti sempre più avanzati, sviluppati per garantire la possibilità di effettuare analisi comparative tra le realtà regionali e confronti sistematici con i dati economico-finanziari, al fine di supportare il monitoraggio del bilanciamento Lea - Costi.

I SISTEMI DI SUPPORTO DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO: IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Il Nuovo sistema informativo sanitario ed il Fascicolo sanitario elettronico rappresentano due facce della stessa medaglia. Entrambi i sistemi sono infatti interessati a una lettura integrata del-

l'assistenza erogata ai pazienti nel loro passaggio attraverso i diversi setting assistenziali, il primo con la finalità di monitorare i Lea erogati e verificare la coerenza tra le prestazioni erogate e i relativi costi, il secondo con l'obiettivo di supportare la cura del paziente.

Il Fascicolo sanitario elettronico (Fse) è finalizzato a fornire ai medici, e più in generale ai clinici e agli operatori del territorio, una visione globale e unificata dello stato di salute dei singoli cittadini; rappresenta il punto di aggregazione e di condivisione delle informazioni e dei documenti clinici afferenti al cittadino, generati dai vari attori del sistema sanitario. Esso contiene eventi sanitari e documenti di sintesi, organizzati secondo una struttura gerarchica paziente-centrica, che permette la navigazione fra i documenti clinici in modalità differenti a seconda del tipo di indagine.

Nell'ambito della sanità in rete, la realizzazione del Fse rappresenta un salto culturale di notevole importanza, il cui elemento chiave risiede nel considerarlo non solo uno strumento necessario a gestire e supportare i processi operativi, ma anche un fattore abilitante al miglioramento della qualità dei servizi e al contenimento significativo dei costi.

Il soggetto cui il Fse si riferisce è sempre il singo-

lo cittadino mentre l'orizzonte temporale di riferimento è l'intera vita di un cittadino. All'interno del Fse, inoltre, è fondamentale che sia contenuta una sintesi della storia clinica del paziente, il patient summary, in modo da rendere fruibili in maniera ottimale le informazioni necessarie.

La gestione dei processi di presa in carico e gestione del paziente cronico attraverso l'utilizzo del Fse consente di incidere in maniera significativa sull'efficacia dell'assistenza in termini di appropriatezza clinica e organizzativa, oltre che sull'efficienza dei processi sanitari, socio-sanitari ed assistenziali. Tale strumento fornisce un rilevante supporto per la realizzazione, in termini clinici gestionali e organizzativi, di modelli assistenziali innovativi finalizzati a favorire forme di integrazione tra ospedale e territorio che risultano indispensabili per la gestione delle patologie croniche. Il Fse favorisce infatti la realizzazione di modelli assistenziali basati sulla cooperazione tra gli attori coinvolti e sulla gestione integrata dei percorsi di cura e assistenza del paziente cronico (fig. 3).

Poiché i dati contenuti nel Fse sono dati personali del cittadino, è necessario che all'interno del Fse siano previsti strumenti che consentano al cittadino di consultare, integrare ed eventualmente oscurare parti di essi. La realizzazione di un'infrastruttura di rete rappresenta un prerequisito al-

FIGURA 3 - La gestione integrata del percorso di cura ed assistenza del paziente cronico



la realizzazione del Fse che, contenendo o referenziando informazioni sanitarie personali e perciò sensibili, pone al contempo problemi di sicurezza dell'informazione e necessità di tutela dei dati. Nel nostro Paese, il Fascicolo sanitario elettronico non risulta essere disciplinato da norme aventi carattere unitario, sebbene ad oggi siano chiaramente definiti presupposti normativi di carattere generale e diverse Regioni si siano attivate per istituire sistemi di Fse.

Il Ministero della salute ha intrapreso molteplici iniziative il cui denominatore comune è supportare uno sviluppo armonico e coerente a livello nazionale di Sistemi di Fse che siano in grado di assicurare adeguati livelli di sicurezza nonché il rispetto della normativa vigente in materia di privacy. Rientrano in questo ambito le Linee guida nazionali per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, sulle quali la Conferenza Stato-Regioni ha sancito l'intesa in data 10 febbraio 2011 e il cui recepimento sarà valutato in sede di adempimenti Lea.

CONCLUSIONI

Al fine di disporre di una capacità di lettura analitica dei processi di cura, presa in carico e gestione del paziente cronico e al contempo degli strumenti necessari alla messa in atto di modelli assistenziali basati sulla cooperazione tra gli attori coinvolti e sulla gestione integrata dei percorsi di cura ed assistenza, è necessario indirizzare correttamente gli sforzi progettuali ai diversi livelli del Servizio sanitario nazionale. Per quanto attiene la realizzazione dei sistemi informativi, è fondamentale che tali sforzi progettuali siano coerenti con un insieme di priorità ben delineato tra cui, in primis, le seguenti:

- *realizzazione di sistemi a supporto del governo del Ssn*: è fondamentale aumentare la capacità, ai diversi livelli del Ssn, di bilanciare il fabbisogno di assistenza con quello economico/finanziario;
- *realizzazione di sistemi a supporto della cura del pa-*

ziente: è necessario abilitare nuove modalità di interazione sia tra il cittadino ed il Ssn, sia tra i diversi nodi/attori della rete del Ssn. Ciò affinché possano essere attuati modelli innovativi di erogazione delle cure ai cittadini, volti a conseguire obiettivi di efficienza, efficacia, qualità ed appropriatezza delle stesse;

- *realizzazione di sistemi per le strutture sanitarie e socio-sanitarie situate sul territorio*: trasversale alle due direttrici precedenti è la diffusione sul territorio di sistemi in grado di generare, secondo linguaggi comuni e livelli di interoperabilità crescente, i dati "elementari" necessari alla cura del paziente e al governo del Ssn. Dalle considerazioni esposte emerge che il territorio rappresenta l'area maggiormente strategica dell'assistenza sanitaria del futuro. Per tale ragione è necessario disporre di dati relativi alle prestazioni erogate a questo livello assistenziale. Attualmente si rileva, soprattutto con riferimento alla gestione dei pazienti cronici, che l'offerta di soluzioni gestionali risulta ancora poco sviluppata.

Questo insieme di priorità ha, quale cornice strategica di riferimento a livello nazionale, il Nuovo sistema informativo sanitario. Il Nsis in particolare, attraverso la realizzazione del Sistema di integrazione delle informazioni sanitarie individuali, si trova in una fase di transizione nella quale, a partire dalla massimizzazione del dato aggregato, sta procedendo alla progressiva raccolta, su base nazionale, di una pluralità di informazioni correlate agli eventi che caratterizzano i contatti del singolo individuo con i diversi nodi della rete di offerta del Ssn. Tutto ciò con l'obiettivo di mettere a disposizione, nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di privacy, strumenti di lettura dei contenuti informativi atti a supportare, da un lato, una capacità di risposta efficace ai bisogni sanitari, socio-sanitari ed assistenziali della popolazione e, dall'altro, di incidere sui fattori di spesa, con l'obiettivo di perseguire la sostenibilità del Ssn.

LA SPESA PER LONG TERM CARE

14

i Quaderni di **MORJIOR**

di **Francesco Massicci**

Ispettorato generale per la spesa sociale - Ministero dell'economia e delle finanze

Uno dei temi di maggiore rilevanza sociale, legato al progressivo invecchiamento della popolazione e al cambiamento nella struttura per età della popolazione, è il rischio di non autosufficienza e l'assistenza a lungo termine delle persone non autosufficienti. Generalmente, si definiscono non autosufficienti i soggetti non in grado di compiere con continuità gli atti quotidiani della vita senza un aiuto esterno. L'assistenza a lungo termine delle persone non autosufficienti o long term care (LTC) è definita dall'Ocse come “ogni forma di cura fornita, a persone non autosufficienti, lungo un periodo di tempo esteso, senza data di termine predefinita”¹.

La domanda di prestazioni per LTC è strettamente correlata al livello di disabilità, il quale, a sua volta, risulta fortemente correlato con l'età. Secondo i dati Istat dell'indagine multiscopo del 2007 sulle “Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari”², la quota di persone con disabilità è pari al 4,8% della popolazione italiana di 6 e più anni, nel 2005. Con l'avanzare dell'età aumenta la quota di persone con disabilità, che passa dal 9,7% nella fascia di età 70-74 anni al 44,5% tra le persone di 80 anni e più. Le dif-

ferenze di genere evidenziano una percentuale di disabili pari al 6,1% delle donne contro un 3,3% per gli uomini.

Dati più recenti, sempre di fonte Istat, desunti dall'indagine EU-SILC (*European Statistics on Income and Living Conditions*)³ confermano la forte correlazione fra l'età e l'incidenza della disabilità. Sulla base dei risultati di tale indagine relativi al 2009, i tassi di disabilità aumentano, per gli uomini, dall'1,5% della fascia di età 15-19 al 34% della fascia di età 85 ed oltre; per le donne i corrispondenti valori vanno dallo 0,3% al 40% (figura 1).

Analoghe indicazioni emergono dai dati Inps relativi alle indennità di accompagnamento, erogate a favore di soggetti affetti da severe limitazioni psicofisiche, che ne compromettono la condizione di autosufficienza. Anche in questo caso, i percettori di indennità al 1° gennaio 2011 passano, in termini di popolazione residente, dall'1% nella fascia di età fino a 65 anni, al 5% nella fascia 66-80 e al 29% nella fascia degli ultraottantenni. Nella distinzione per genere, le corrispondenti percentuali risultano essere: 1%, 5% e 22% per i maschi, e 1%, 6% e 33% per le femmine.

Essendo l'incidenza della disabilità fortemente

¹ In particolare, “The term 'long-term care services' encompasses the organisation and delivery of a broad range of services and assistance to people who are limited in their ability to function independently on a daily basis for an extended period of time” (www.oecd.org/dataoecd/1/23/37808391.pdf).

² L'indagine non include le persone istituzionalizzate e i minori di 6 anni.

³ Nell'ambito del progetto EU-SILC, l'Istat dal 2004 effettua una rilevazione campionaria su “Reddito e condizioni di vita” delle famiglie i cui risultati confluiscono nei rapporti periodici dell'Unione Europea sulla situazione sociale e sulla diffusione della povertà nei Paesi dell'Unione (www.istat.it/it/archivio/4152).

correlata all'età, ne consegue che il processo di invecchiamento demografico atteso nei prossimi decenni determinerà una marcata espansione della domanda di servizi socio-assistenziali. Infatti, aumenterà il peso della popolazione anziana, caratterizzata da un'elevata incidenza della disabilità e, conseguentemente, aumenterà il volume dei bisogni assistenziali da soddisfare. Come è noto, l'aumento della popolazione anziana in Italia, così come negli altri Paesi ad economia avanzata, dipende sostanzialmente da due fattori: 1) il continuo incremento della speranza di vita, che si traduce in un allungamento del periodo medio per cui si richiede assistenza e 2) la transizione demografica, cioè il processo di invecchiamento delle generazioni del baby boom che progressivamente varcheranno la soglia dei 65, collocandosi nelle fasce di età caratterizzate da elevati bisogni socio-assistenziali.

Occorre, tuttavia, precisare che gli effetti sui costi del sistema socio-assistenziale dipendenti dalle suddette trasformazioni demografiche assumono una rilevanza qualitativamente diversa rispetto a quelli prodotti dai fattori non demografici, quali ad esempio, il miglioramento quali/quantitativo del servizio offerto. Tale diversità rileva sotto un duplice profilo: la sistematicità dell'azione esercitata dal quadro demografico sulla

domanda per prestazioni assistenziali e le implicazioni di *policy*.

Riguardo al primo aspetto, occorre segnalare che l'evoluzione della struttura demografica e, in particolare, la dimensione della popolazione anziana, è caratterizzata da una forte componente inerziale in quanto dipende in misura rilevante dalla struttura iniziale della popolazione. Pertanto, gli effetti finanziari dell'invecchiamento demografico sul sistema socio-assistenziale sono destinati a prodursi in maniera sistematica e relativamente certa nei prossimi decenni, a differenza degli effetti indotti dai fattori esplicativi non demografici.

In secondo luogo, l'espansione della spesa socio-assistenziale dovuta all'invecchiamento demografico non si accompagna ad alcun miglioramento nel livello di assistenza accordato al singolo individuo, come potrebbe essere, ad esempio, nel caso di maggiori costi indotti dal progresso tecnologico, ma misura solamente l'aumento dei consumi imputabile alla ricomposizione della popolazione nelle fasce di età caratterizzate da più elevati tassi di disabilità e, quindi, maggiori bisogni assistenziali. Pertanto, eventuali politiche di contenimento potranno operare solo tramite una riduzione delle risorse mediamente destinate al soddisfacimento dei bisogni socio-assistenziali dei

FIGURA I - Tassi di disabilità per sesso e classe di età - Anno 2009



Fonte: Istat (2011) - Dati EU-SILC

singoli individui, con implicazioni politiche e sociali ben diverse rispetto ad interventi volti a contrastare gli effetti indotti dai fattori di crescita non demografici, caratterizzati da un'espansione quali-quantitativa dell'offerta.

L'AGGREGATO DI SPESA PER LTC IN ITALIA

Nel nostro Paese, il sistema degli interventi assistenziali si incardina su più livelli di governo, affida l'erogazione delle prestazioni ad una molteplicità di soggetti pubblici e privati, prevede una pluralità di fonti di finanziamento, impone il coordinamento degli interventi assistenziali con le politiche sanitarie e le altre politiche di settore. Tutti questi aspetti necessitano, ovviamente, di un quadro unitario che garantisca la coerenza interna delle attività di progettazione ed attuazione delle politiche sociali poste in essere dai diversi soggetti istituzionali coinvolti. La legge quadro per il sistema integrato di interventi e servizi sociali (L. 328/2000) affida tale compito unificante alla programmazione, o più precisamente, ai diversi livelli di programmazione previsti a livello nazionale, regionale e locale fra loro coordinati secondo un rapporto di inclusione.

La definizione di spesa pubblica per LTC, coerente con i criteri concordati in ambito Ocse e adottata a livello europeo per l'analisi della sostenibilità delle finanze pubbliche, include componenti di spesa accomunate solo sotto il profilo della finalità perseguita. Tale aggregato comprende essenzialmente tre macrovoci di spesa che corrispondono a prestazioni di natura generalmente diversa e riconducibili ad altrettanti livelli di governo e ambiti di competenza: la componente sanitaria della spesa per LTC, le indennità di accompagnamento e i servizi socio-assistenziali erogati a livello locale dai Comuni singoli o associati (altre prestazioni per LTC).

La componente sanitaria per LTC include l'insieme delle prestazioni sanitarie erogate a perso-

ne non autosufficienti che necessitano di assistenza continuata. Si tratta, in particolare, di assistenza territoriale (residenziale, semi-residenziale, domiciliare e ambulatoriale) agli anziani e ai disabili, assistenza psichiatrica, assistenza rivolta ad alcolisti e tossicodipendenti e assistenza ospedaliera in regime di lungodegenza.

Le indennità di accompagnamento e di comunicazione sono prestazioni monetarie assistenziali erogate a favore di invalidi civili, ciechi civili e sordomuti. Il riconoscimento di queste prestazioni è dovuto al solo titolo della minorazione psicofisica ed è indipendente dal reddito. L'erogazione è subordinata esclusivamente all'accertamento delle condizioni psicofisiche richieste per il riconoscimento del diritto e possono beneficiarne i cittadini italiani, i cittadini dell'UE residenti in Italia ed i cittadini extracomunitari in possesso di permesso di soggiorno CE. È incompatibile con il ricovero presso un istituto con pagamento della retta a carico dello Stato o di Ente pubblico.

Vale la pena, tuttavia, sottolineare la differenza tra le indennità di accompagnamento e le pensioni di invalidità che generalmente vengono accomunate, impropriamente, in un insieme di prestazioni omogenee. In realtà, le due tipologie di prestazioni assolvono a funzioni profondamente diverse: le indennità di accompagnamento, come sopra ricordato, sono prestazioni assistenziali a favore di anziani non autosufficienti; le pensioni di invalidità, invece, sono prestazioni di sostegno al reddito di soggetti che presentano una riduzione della capacità lavorativa⁴.

L'aggregato *Altre prestazioni LTC*, raccoglie un insieme di prestazioni eterogenee, prevalentemente in natura, erogate a livello locale per finalità socio-assistenziali rivolte ai disabili e agli anziani non autosufficienti. Tali prestazioni sono erogate in via principale, se non esclusiva, dai Comuni singoli o associati e sono rivolte agli anziani non autosuffi-

⁴ In caso di invalidità totale viene corrisposta la pensione di inabilità, in caso di invalidità parziale, con una percentuale compresa tra il 74% ed il 99%, viene corrisposto l'assegno mensile di inabilità.

cienti, ai disabili, ai malati psichici e alle persone dipendenti da alcool e droghe. Le prestazioni in natura possono essere di tipo residenziale o semi residenziale. Le prime vengono erogate in istituti come, ad esempio, le residenze socio sanitarie per anziani o le comunità socio riabilitative, le seconde si riferiscono alle prestazioni erogate in strutture semi residenziali come i centri diurni e i centri di aggregazione o direttamente presso l'abitazione dell'assistito (assistenza domiciliare).

Come si può vedere dalla tabella 1, la spesa pubblica complessiva per LTC ammonta in Italia all'1,86% del Pil nell'anno 2010, di cui oltre i 2/3 è erogata a soggetti con più di 65 anni.

La componente sanitaria è pari allo 0,86% del Pil (circa il 12% della spesa sanitaria complessiva) ed è suddivisa tra l'assistenza sanitaria agli anziani (0,55%), l'assistenza a tossicodipendenti, alcolisti e malati psichiatrici (0,25%) e l'assistenza ospedaliera per lungo degenza (0,06%).

La spesa per indennità di accompagnamento è pari allo 0,81% del Pil. Essa è fortemente correlata con l'età: per oltre i 3/4 è erogata a favore di soggetti con età superiore ai 65 anni.

La spesa per l'insieme delle prestazioni LTC di natura non sanitaria e non riconducibili alle indennità di accompagnamento è stimata pari allo 0,19% del Pil, di cui il 61% riferibile a prestazioni di natura non residenziale, il 23% a prestazioni di natura residenziale ed il rimanente 16% a trasferimenti in denaro.

In termini relativi, la componente sanitaria rappresenta circa il 46% della spesa totale per LTC contro il 44% circa della spesa per indennità di accompagnamento. Le altre prestazioni assistenziali coprono, invece, più o meno il 10%. Tale distribu-

zione mette in evidenza alcuni aspetti peculiari del nostro sistema di interventi socio-assistenziali a favore dei soggetti disabili non autosufficienti:

- in primo luogo, mostra la forte incidenza degli interventi monetari, definiti a livello centrale, che coprono oltre i 2/5 della spesa complessiva per LTC;
- inoltre, evidenzia che gran parte degli interventi in natura, erogati sotto forma di servizi (assistenza domiciliare, residenziale, semi-residenziale) rientrano nella spesa sanitaria e sono gestiti dal Servizio sanitario nazionale;
- in ultimo, conferma che gli interventi e servizi socio-assistenziali erogati a livello locale dai Comuni a favore dei soggetti non autosufficienti rappresentano una quota minoritaria della spesa complessiva per LTC.

Se si analizzano i dati relativi al confronto con i Paesi europei (figura 2), emerge che la spesa per LTC in Italia, inclusiva dell'indennità di accompagnamento, si attesta in termini di Pil su valori abbastanza simili a quelli di Belgio e Francia, ma notevolmente inferiore rispetto a quelli dei Paesi del Nord Europa (Svezia, Olanda), che rappresentano i modelli più avanzati in materia di tutela dei soggetti non-autosufficienti (oltre il 3% del Pil). In Germania, il valore della spesa per LTC si attesta su un livello piuttosto contenuto (0,9% del Pil), evidenziando probabilmente l'assenza di alcune componenti di spesa non incluse nell'aggregato. Nel raffronto europeo va, però, tenuta presente la diversità dei modelli organizzativi nella programmazione e gestione degli interventi di assistenza agli anziani e disabili non autosufficienti: quelli dei Paesi del Nord Europa, ad esempio, presentano una spesa elevata e costituita prevalentemente di servizi (prestazioni in natura); quelli dell'Europa conti-

TABELLA 1 - Spesa per LTC in rapporto al PIL per componente - Stima anno 2010

	+65	Totale
Indennità di accompagnamento	0,62%	0,81%
Componente sanitaria	0,51%	0,86%
Altre prestazioni LTC	0,15%	0,19%
Totale	1,28%	1,86%

Fonte: Mef; RGS (2011), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario - Rapporto n. 12*

mentale presentano, invece, una spesa meno significativa con una componente monetaria (cash benefit) più consistente. La minore spesa formale è legata essenzialmente alla presenza di assistenza informale, essenzialmente ad opera delle famiglie, oltre al fatto che alcune spese per LTC possono risultare incluse in aggregati di spesa diversi.

LA SOSTENIBILITÀ DELLA SPESA PER LTC NEL MEDIO-LUNGO PERIODO

Come ricordato in precedenza, i tassi di disabilità, e quindi la domanda per prestazioni di LTC, sono fortemente correlati con l'età. Pertanto, il forte processo di invecchiamento della popolazione atteso per i prossimi decenni, determinerà un'espansione della domanda di assistenza dei soggetti non autosufficienti, con una corrispondente pressione sui costi del sistema. Al fine di valutare l'effetto potenziale di crescita di tali costi derivante dalle trasformazioni demografiche, da diversi anni, sia in ambito nazionale che europeo, vengono elaborate previsioni di medio-lungo periodo delle componenti di spesa pubblica *age-related* sul Pil. Fra queste, la spesa per LTC assume un ruolo rilevante. Infatti, nonostante l'entità di risorse coinvolte sia nettamente inferiore rispetto a quella delle altre componenti di spesa (ri-

manente parte della spesa sanitaria, pensioni), la spesa per LTC presenta una dinamica di crescita assai più marcata, in tutti i Paesi europei, in relazione all'invecchiamento demografico.

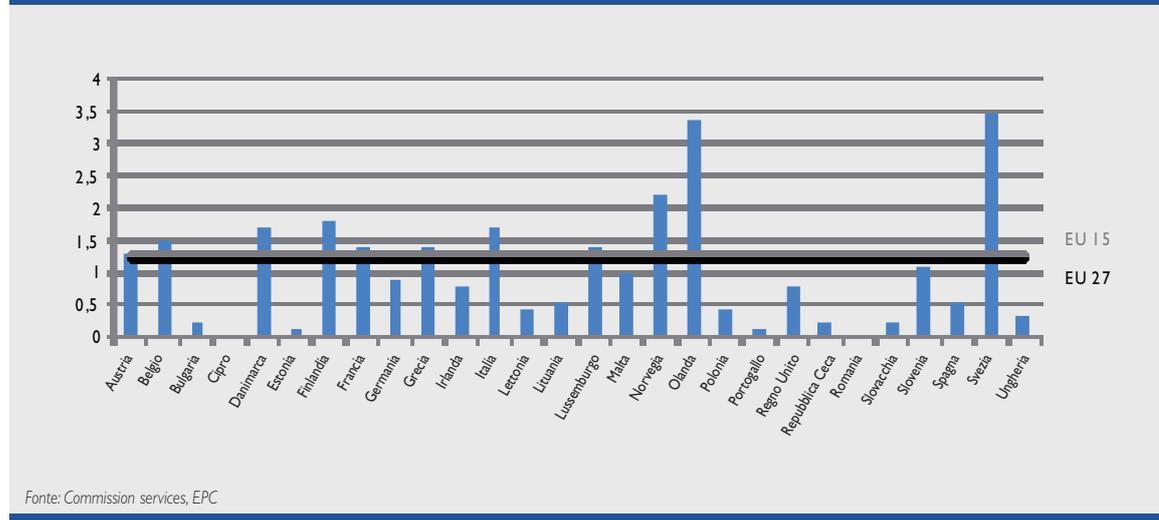
La tabella 2 mostra la previsione della spesa pubblica per LTC in rapporto al Pil ottenuta con lo scenario nazionale base⁵. Il rapporto passa dall'1,9% del 2010 al 3,2% del 2060, con un aumento pressoché uniforme nel periodo considerato. Nel 2060 l'incremento risulta pari a circa il 70% del livello iniziale.

L'evoluzione della spesa presenta lievi effetti redistributivi a livello di componente e più marcati per fascia di età. Infatti, in relazione alla struttura per età si registra un aumento della spesa destinata agli ultraottantenni dal 45% del 2010 a quasi il 70% del 2060 a discapito della spesa relativa alla fascia di età 0-64 anni. Allo stesso tempo, aumenta il peso delle indennità di accompagnamento e quello delle altre prestazioni a discapito della componente sanitaria per LTC che mostra un aumento più contenuto dovuto alla presenza di prestazioni che non sono strettamente legate all'invecchiamento (malati psichici e dipendenti da alcol e droghe).

Con riferimento alle singole componenti di spesa in rapporto al Pil, la componente sanitaria per LTC pas-

5 L'ipotesi del pure ageing scenario assume che la struttura dei consumi sanitari specifici per età, sesso e tipologia di prestazione resti costante per l'intero periodo di previsione, mentre il consumo pro-capite standardizzato (il valore del consumo unitario) evolve in linea con il Pil pro-capite. Tale ipotesi implica che il rapporto spesa sanitaria per LTC/Pil vari esclusivamente in funzione della struttura della popolazione. Le ipotesi demografiche per il periodo 2010-2050 sono quelle dello scenario centrale Istat con base 2007 e assumono una crescita del tasso di fecondità da 1,37 a 1,58, una speranza di vita che aumenta fino a 84,5 anni per gli uomini e 89,5 anni per le donne e un flusso netto di immigrati di poco inferiore a 200mila unità annue.

FIGURA 2 - Spesa LTC nei Paesi UE – Valori sul PIL – Anno 2007



sa dallo 0,9% del 2010 all'1,3% del 2060, con un incremento di 0,5 punti percentuali. L'indennità di accompagnamento mostra una crescita costante in rapporto al Pil fino a raggiungere circa l'1,5% nel 2060 rispetto ad un livello iniziale di 0,8%. Infine, l'incidenza della spesa per *Altre prestazioni LTC* sul Pil raddoppia all'incirca nell'intero periodo di previsione attestandosi poco al di sotto dello 0,4% nel 2060.

PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI PER LTC EROGATE A LIVELLO LOCALE

Come ricordato in precedenza, in Italia, il sistema degli interventi assistenziali si incardina su più livelli di governo. In tale contesto i Comuni sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali a livello locale. A essi spetta la programmazione di dettaglio orientata agli assetti organizzativi degli interventi e l'erogazione dei servizi sociali nell'area territoriale di competenza.

Dunque, appare interessante analizzare gli interventi di natura socio-assistenziale erogati a livello locale in relazione a condizioni di disabilità cronica e, quindi, in ultima istanza riconducibili al concetto di LTC. Tale ricognizione risulta adesso possibile grazie ai risultati dell'indagine censuaria degli interventi e servizi sociali erogati sul territorio dai Comuni singoli e associati che, dal 2003, la RGS (Ragioneria Generale dello Stato) conduce in collaborazione con l'Istat e altri soggetti istituzionali (Ministero del lavoro e delle politiche sociali, CISIS, Centro Interregionale per i Sistemi Informatici Geografici e Statistici, organo tecnico della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome). Tale indagine na-

sce, appunto, con lo scopo di sopperire alla carenza di informazioni nel settore degli interventi e servizi socio-assistenziali erogati a livello locale e, in tal modo, concorrere alla costruzione di una base di dati funzionale alla definizione ed al monitoraggio dei Liveas come previsto dalla L.328/2000.

L'indagine rileva aspetti qualitativi (tipologie di servizi erogati) e quantitativi (dati finanziari e statistici) delle attività socio-assistenziali dei Comuni adottando una nomenclatura e criteri di classificazione condivisi a livello nazionale. I quesiti sono strutturati per funzione (anziani, disabili, minori e famiglie, dipendenze, immigrati, disagio adulti e multiutenza) e tipologia di prestazione raggruppate in tre macro-aree: interventi e servizi, trasferimenti monetari, strutture. Per ciascuna delle combinazioni fra prestazione e funzione, viene rilevato il dato di spesa a cui è generalmente associato, se significativo, un indicatore della domanda (numero di utenti, di interventi, ecc.).

Con riferimento ai risultati dell'indagine, indicazioni quantitative più analitiche circa gli interventi erogati a livello locale per LTC possono essere desunte dai valori relativi alle funzioni "disabili", "dipendenze" e "anziani", che approssimano gli interventi di spesa riconducibili alle finalità di assistenza a soggetti disabili non autosufficienti. Tali dati sono illustrati in forma grafica nella figura 3. Essi mostrano, innanzitutto, una tendenza alla crescita della spesa pro capite per i suddetti interventi nel triennio 2006-2008; nell'ultimo anno di osservazione, il valore pro capite si attesta poco al di sot-

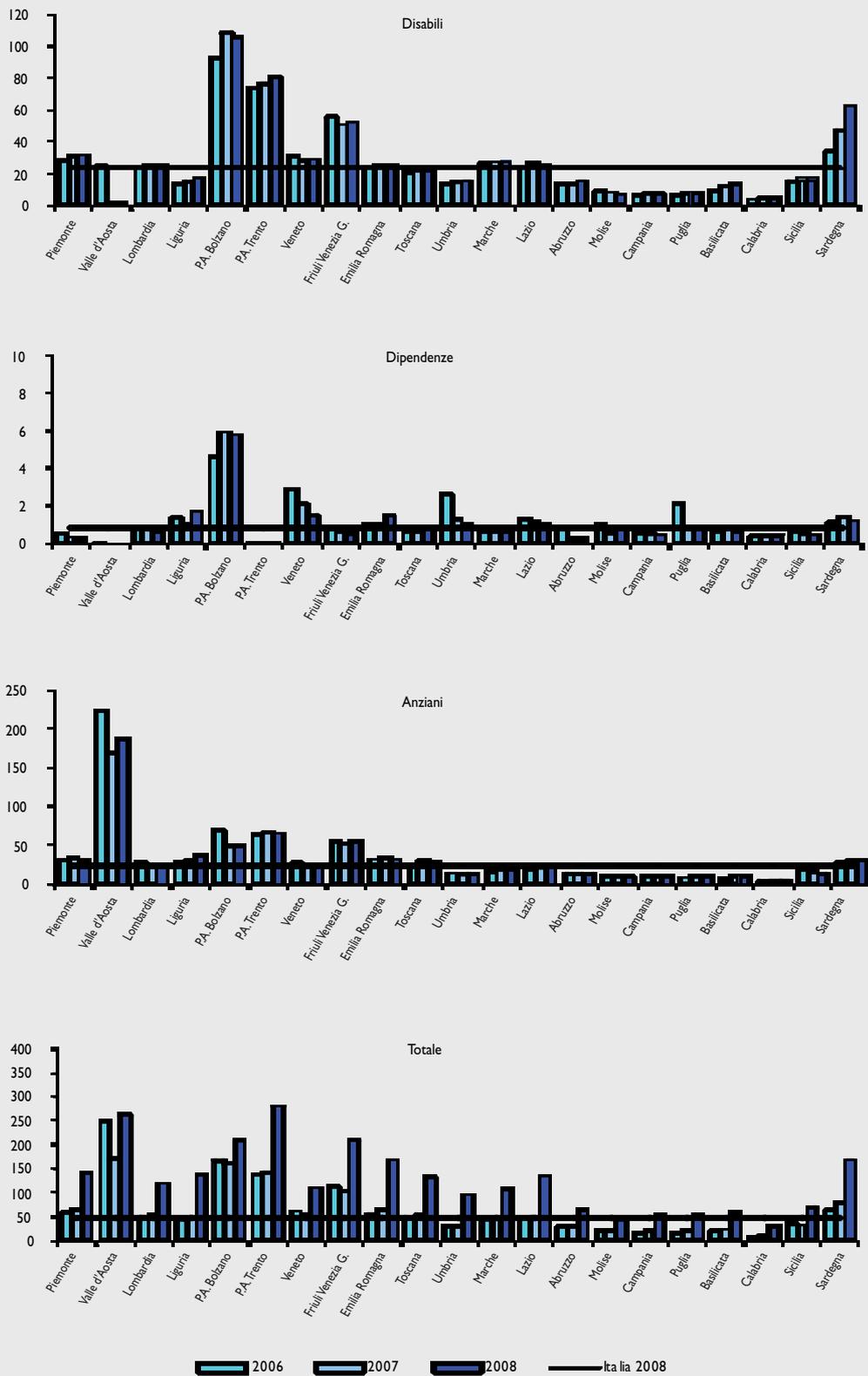
segue a pag. 21 ►

TABELLA 3 - Spesa per LTC in % del PIL per fascia d'età - Pure ageing scenario

Spesa LTC/PIL	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
Indennità di accompagnamento	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0	1,1	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5
Componente sanitaria	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1	1,2	1,2	1,3	1,3
Altre prestazioni LTC	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4
Totale	1,9	1,9	2,0	2,1	2,2	2,4	2,5	2,7	2,9	3,1	3,2
Distribuzione per età											
0-64	31,1	29,2	27,3	25,6	23,4	21,2	18,9	17,1	15,7	14,9	14,6
65-79	23,9	22,5	21,4	21,8	21,8	22,7	23,2	21,9	19,5	17,1	15,7
80 e più	45	48,3	51,3	52,5	54,8	56,2	57,9	61	64,8	68	69,8
Totale	100,0										

Fonte: RGS - Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario - Rapporto 2011

FIGURA 3 - Spesa pro capite per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati per le funzioni "Disabili", "Dipendenze" e "Anziani" - Anni 2006, 2007, 2008



Fonte: Istat - Indagine sugli interventi e servizi sociali dei Comuni.

► segue da pag. 19

to dei 50 euro annui. Si evidenzia anche una forte differenziazione territoriale, dove le Regioni del Centro-Nord presentano mediamente valori significativamente superiori alla media, mentre le Regioni del Sud si collocano generalmente al di sotto. Si nota, inoltre, che la spesa procapite risulta notevolmente più elevata nelle Regioni a statuto speciale (Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna) e nelle Provincie Autonome di Trento e Bolzano, dove si attesta su un livello pari a circa 3 volte il dato medio nazionale. Fra le Regioni con i valori più bassi si collocano il Molise e la Calabria, con una spesa pro capite pari a circa un quarto di quello medio. Sarebbe, tuttavia, non corretto ritenere che i differenziali nella spesa sanitaria pro capite a livello regionale riflettano esclusivamente il diverso livello di risorse destinate ai servizi socio-assistenziali oppure al grado di efficienza nella produzione ed erogazione degli stessi. È indubbio, infatti, che una parte di tali differenze sono dovute al diverso stato di avanzamento del processo di invecchiamento nelle diverse realtà territoriali, che si traduce in livelli di fabbisogno pro capite differenziati. Infatti, la forte correlazione fra età e incidenza della disabilità non rileva solo in un'ottica temporale, come evidenziato dalle previsioni di medio-lungo periodo della spesa per LTC in termini di Pil. Essa rileva anche in un'ottica spaziale in quanto la medesima offerta di prestazioni socio-assistenziali, a parità di classe di bisogno, si traduce automaticamente in differenti livelli di spesa pro capite se calata in realtà territoriali caratterizzate da un diverso stadio del processo di invecchiamento.

CONCLUSIONI

La componente di spesa per LTC presenta una forte correlazione con l'invecchiamento della popolazione. Le previsioni ufficiali sia in ambito nazionale che in ambito europeo indicano per i prossimi 50 anni un incremento pari ad oltre 2/3 del

livello iniziale, dovuto esclusivamente alla modificazione della struttura della popolazione. L'incremento della domanda di prestazioni socio-assistenziali per LTC indotte dal processo di invecchiamento della popolazione e la diversificazione territoriale delle strutture demografiche potranno creare una pressione sia in relazione al vincolo delle risorse compatibili con gli obiettivi di finanza pubblica sia con riferimento ai criteri che sottendono all'assetto distributivo.

L'effetto dell'invecchiamento demografico sulla domanda di prestazioni socio-assistenziali è ampiamente superiore a quella riscontrabile per la restante parte della spesa sanitaria, dove la presenza di interventi acuti non necessariamente correlati a condizioni di disabilità permanente e, soprattutto, la concentrazione dei costi nell'ultimo anno di vita (*death related costs*) limitano significativamente l'impatto sulla domanda derivante dall'allungamento della vita media.

La struttura per età e per sesso della popolazione, nonché il processo di invecchiamento, assumono caratteristiche differenziate anche a livello territoriale. Ciò condiziona, a parità di ogni altro fattore, i livelli di spesa pro capite per area geografica. Una regione 'più vecchia' dovrà soddisfare una domanda di servizi ed interventi sociali mediamente più ampia di una regione 'più giovane', in ragione della concentrazione dei soggetti nelle fasce di età più elevate.

Inoltre, le esigenze di assistenza collegate alla non autosufficienza potrebbero crescere in futuro non soltanto a causa dell'impatto diretto dei fattori demografici sulla domanda di prestazioni (invecchiamento della popolazione), ma anche in ragione della modifica della struttura delle famiglie (aumentano le famiglie con un solo componente, riduzione del numero medio dei figli), della crescita del tasso di attività femminile e dell'aumento dell'età pensionabile che riducono la possibilità di fornire assistenza informale agli anziani in ambito familiare.

L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA: UN PERCORSO DA CONDIVIDERE

Intervista a Maria Cecilia Guerra,
sottosegretario Ministero del lavoro e delle politiche sociali

22

i Quaderni di **MORJIOR**

di Chiara Micali

La crescita della non autosufficienza ci pone, di fatto, di fronte alla necessità di identificare elementi di equità validi per tutto il territorio nazionale, anche in presenza di scelte autonome delle Regioni che nell'ultimo decennio hanno spesso identificato risorse e politiche proprie a favore dei soggetti non autosufficienti. L'integrazione socio-sanitaria e la presa in carico della fragilità e della non autosufficienza, in particolare degli anziani è, ormai, una necessità evidente, un tema che sta particolarmente a cuore ai cittadini e alle famiglie e, per questo motivo, nel nostro Paese come in tutti i Paesi avanzati, si ricercano soluzioni organizzative appropriate.

In Italia il fenomeno coinvolge circa tre milioni di persone, una cifra in aumento secondo le proiezioni Istat. Per fare il punto sulla situazione e sulle strategie che vengono oggi messe in atto dal governo su questo tema, abbiamo raccolto le considerazioni del sottosegretario di Stato, professoressa Maria Cecilia Guerra.

Professoressa Guerra, la presa in carico della non autosufficienza, in particolare degli anziani, è un fenomeno che coinvolge (e affligge) la maggior parte delle famiglie italiane. Se ne parla da anni, a che punto è il dibattito su questo tema?

Concordo pienamente sul fatto che il problema della non autosufficienza sia, tra le priorità sociali, un tema molto sentito non solo perché ognu-

no di noi, per esperienza personale, conosce le difficoltà da affrontare quando ci dobbiamo occupare di un parente o di un genitore anziano, ma perché esiste, ormai, nel nostro Paese la consapevolezza che si tratti di un'urgenza condivisa a livello sociale, una necessità che ho riscontrato anche negli incontri che ho continuamente con le parti sociali, con le associazioni, con i livelli di governo decentrati.

Il progetto generale che stiamo mettendo a punto prevede la condivisione di questo problema anche con altri ministeri, prima di tutto, ovviamente, il Ministero della salute, per delineare un percorso che possa facilitare l'accesso ai servizi socio-sanitari, intercettare tempestivamente il bisogno ed individuare i coordinamenti organizzativi e le modalità di erogazione dell'assistenza di lunga durata, secondo una visione unitaria programmata che garantisca continuità assistenziale ed integrazione degli interventi socio-sanitari.

Quello dell'integrazione socio-sanitaria è il vero nodo da sciogliere, poiché, attualmente, la risposta che viene offerta è sostanzialmente di tipo sanitario, mentre i bisogni della persona non autosufficiente comprendono anche necessità di accudimento quotidiano, azioni di aiuto per lavarsi, per mangiare, ecc, che poco hanno a che fare con gli aspetti di cura derivanti da patologie, che pure spesso sono presenti. Ci troviamo di fronte

ad una situazione molto differenziata nelle Regioni, per la presenza o meno di organizzazione, sul territorio, di una rete a cui appoggiare l'offerta di servizi. Occorre perciò identificare un organismo presente ovunque, e stiamo operando in questo senso; il livello distrettuale potrebbe essere il luogo deputato a far coesistere i due aspetti del problema, quello sanitario – penso alle Asl – e quello di competenza dei Comuni.

È possibile che il progetto su cui state lavorando si possa attuare in un contesto come quello attuale, di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica?

Il progetto che abbiamo in mente è sicuramente ambizioso, prevede un'azione comune, come dicevo, una collaborazione fattiva tra vari livelli di governo e sappiamo bene che lo dobbiamo attuare in presenza di risorse molto limitate. Ciononostante, sia pure in presenza di finanziamenti scarsi, stiamo operando per una riqualificazione degli interventi. Parte della riflessione coinvolge la riforma dell'indennità di accompagnamento e costituirebbe un importante passo avanti nel raccordo tra le esigenze di equità nell'accesso e di sostenibilità del sistema. L'indennità di accompagnamento, infatti, viene ora erogata senza tener conto della diversa gravità del bisogno, attraverso una somma uguale per tutti. Per quanto riguarda l'aspetto sanitario, dobbiamo prendere atto che l'assistenza sanitaria viene chiamata ad offrire risposte a richieste che sarebbero invece di pertinenza del sociale, attraverso ricoveri spesso inappropriati, che sono, tra l'altro anche più costosi, o in strutture non adeguate al bisogno.

Per ovviare a questi inconvenienti, il progetto su cui stiamo lavorando prevede diverse fasi: prima di tutto viene messa a punto una valutazione della persona non autosufficiente che tenga conto di entrambi gli aspetti, quello sanitario e quello sociale. Viene poi individuato un "budget di salute" che, successivamente, dà luogo ad un progetto personalizzato che combina insieme sia gli aspetti legati al bisogno sanitario, sia quelli più prettamente sociali, considerando anche la pre-

senza o meno di un care giver familiare.

Certo le risorse sono scarse e per questo stiamo lavorando anche con il ministro Barca, che ha destinato una quota significativa di finanziamento, 330 milioni, dei fondi europei alla non autosufficienza nelle 4 regioni della convergenza (Calabria, Campania, Sicilia, Puglia). In queste stesse Regioni vorremmo testare il progetto di cui parlavo, con l'obiettivo di arrivare ad una classificazione del bisogno che unifichi norme e disposizioni che si sono succedute nel tempo e consenta di snellire e avviare un programma unitario. Fermo restando, naturalmente, che laddove i servizi non ci sono, resta il trasferimento monetario, sotto forma di voucher, per far fronte alle necessità delle famiglie.

Come procedono i lavori per la riforma dell'Indicatore della situazione economica equivalente (Isee) a tutela dell'equità nell'accesso delle famiglie italiane alle prestazioni sociali agevolate per le persone non autosufficienti?

Per quanto riguarda la riforma Isee in generale, stiamo lavorando per farne uno strumento più equo, in grado di valutare la condizione economica delle famiglie e tener conto anche dei loro patrimoni. Per quanto attiene, in particolare, la condizione della non autosufficienza sono previsti tre distinte modalità per la definizione del nucleo familiare. Per i minori con disabilità si fa riferimento al nucleo standard, per gli adulti al solo assistito, per gli adulti sposati al nucleo ristretto costituito da coniuge e figli. Un ulteriore elemento qualificante di questa operazione riguarda la modifica che viene applicata alla definizione della non autosufficienza e della disabilità che vengono distinte in tre categorie, disabilità media, disabilità grave e non autosufficienza vera e propria, facilitando così una valutazione appropriata dei costi sostenuti dal nucleo di appartenenza. Viene migliorato, rispetto alla situazione attuale, anche il parametro che riguarda non autosufficienti che accedono a prestazioni residenziali la cui situazione economica viene definita tenendo conto anche dell'eventuale figlio che pos-

sa contribuire. Inoltre, se abbiamo ricondotto nel calcolo del reddito tutti i redditi esenti, abbiamo anche permesso la deduzione delle spese certificate a fini fiscali, (badantato, colf, ecc). La procedura di revisione dell'Isee che abbiamo messo a punto, che si è avvalsa del confronto con Regioni e Comuni e con tutte le categorie interessate, parti sociali, enti locali, forum del terzo settore e della famiglia, è arrivata a buon punto. Entro un paio di mesi dovremmo cominciare con i decreti attuativi e contiamo di portarla a regime all'inizio dell'anno prossimo.

“La presa in carico degli anziani non autosufficienti, un contributo per conoscere e decidere”, questo il titolo della nostra pubblicazione. Quanto è rilevante, secondo lei, poter disporre di flussi informativi dedicati?

Si tratta, senza dubbio, di un tema cruciale. La disponibilità di informazioni consente ai decisori di progettare, di impostare politiche di carattere sociosanitario efficaci. Abbiamo ottenuto, ed è un notevole passo in avanti, che nel decreto semplificazione che è appena passato all'esame

del Parlamento, venisse inserita la riforma del sistema informativo dei servizi sociali, come, del resto, prevede la legge. Questo ci consente ora di costruire dei moduli informativi in grado di dialogare con altri sistemi, primo fra tutti, ovviamente, il Nsis, il sistema informativo del Ministero della salute e, attraverso questo scambio di informazioni, arrivare a costruire la cartella sociale. Si tratta di informazioni centralizzate presso l'Inps, alle quali, però, potranno accedere tutti i soggetti interessati, prima di tutto, naturalmente, i Comuni.

In conclusione, stiamo attivando tutti i canali disponibili, stiamo utilizzando le risorse esistenti, cercando di ottimizzare gli sforzi, di semplificare le procedure, consapevoli che, di questi tempi, la strada per acquisire nuove risorse si presenta impervia, ma credo che l'importante sia sapere dove si vuole arrivare e, in accordo con la disponibilità degli altri Ministeri, primo fra tutti quello della salute, speriamo che entro la fine della legislatura il Piano per la non autosufficienza possa essere davvero avviato.

L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA

di **Angelo Lino Del Favero**
Presidente di Federsanità Anci

Nel 2050 ci saranno molti più nonni che nipoti: secondo le stime dell'Oms (Organizzazione mondiale della sanità) gli over 60 passeranno da 650 milioni a 2 miliardi. Secondo la stessa Organizzazione, nel 2020 la popolazione anziana in Europa sarà superiore a quella che il sistema sanitario potrà ragionevolmente sostenere.

In questo panorama, l'Italia è uno dei Paesi europei con il maggior indice di invecchiamento, che significa crescita esponenziale delle spese di cura per anziani, ospedaliere e territoriali per il prossimo futuro.

Recentemente è stata presentata al Parlamento Europeo la *Road Map for European Ageing Research*, che identifica tra le priorità per il futuro della terza età:

- vivere più anni, ma in salute;
- mantenere e rafforzare le capacità mentali;
- garantire la qualità e sostenibilità dei sistemi di protezione sociale;
- favorire il benessere della terza età a casa e negli ambienti comunitari;
- sconfiggere le ineguaglianze nell'invecchiamento.

Il quadro demografico ed epidemiologico mette in luce la necessità di una particolare attenzione, presente e futura, alle politiche assistenziali degli anziani non autosufficienti, sia sotto il profilo sa-

nitario, sia in quello socio-sanitario e più propriamente sociale. Più bisogni che spesso convivono, saldamente embricati, nella stessa persona e che rappresentano la sfida dell'integrazione tra i vari soggetti istituzionali (Asl, Comuni, ecc...) e tra loro e quelli della sussidiarietà orizzontale, tra professionisti in una visione multidisciplinare. Si pone, pertanto, proprio per favorire l'integrazione socio sanitaria, un problema di "governance" che dato l'ordinamento nazionale e regionale trova nel distretto socio sanitario (Asl) il luogo ottimale per coordinare le reti che operano sul territorio (Asl, Comuni, volontariato, ecc.) e le risorse che provengono da diverse fonti (Stato/Inps, Regioni, Asl, Comuni, ecc.). Assicurare, in sintesi, la presa in carico del paziente (competenze sanitarie e sociali) e la continuità assistenziale ospedale-territorio (Pua: Punto unico di accesso, percorsi di cura, ecc...).

Il Piano sanitario nazionale 2011 - 2013 (approvato dal Governo, ora all'attenzione dei soggetti competenti per la conclusione dell'iter), individua i pazienti che maggiormente necessitano di continuità nelle cure, che sono:

- *pazienti post-acuti dimessi dall'ospedale che corrono rischi elevati, ove non adeguatamente assistiti, di ritorno improprio all'ospedale; essi necessitano di competenze cliniche ed infermieristiche, con l'affidamento ad un case manager, in una struttura dedicata o a domicilio;*

- *pazienti cronici, stabilizzati sul territorio, con elevati bisogni assistenziali e rischio di ricoveri inappropriati ove non adeguatamente assistiti; il percorso di cura richiede una forte integrazione tra team multidisciplinare di cure (medico, infermiere ed assistente sociale), con luogo di cura il domicilio del paziente o una struttura protetta;*
- *pazienti cronici complessivamente in buone condizioni di salute che hanno come obiettivo il monitoraggio del loro stato di salute, risiedono al domicilio e hanno le caratteristiche necessarie per essere educati all'auto-cura e al self empowerment (diabete, asma).*

La risposta ai bisogni assistenziali sopraindicati può essere sintetizzata nello schema che segue:

- servizi domiciliari;
- servizi residenziali;
- servizi semiresidenziali;
- trasferimenti monetari;
- sostegni al lavoro privato di cura.

L'assistenza continuativa, in termini di offerta, è potenziata altresì da nuove formule di residenzialità "intermedia" sempre più importante per accelerare i processi di dimissione ospedaliera

quali: ospedali di Comunità (gestiti da Mmg e personale infermieristico), strutture intermedie di riabilitazione post acuzie, nuclei presso Rsa, dimissioni protette, ecc...

LE CURE DOMICILIARI

La dimensione domiciliare delle cure e la varietà dei soggetti pubblici e privati interessati rivestono oggi un'importanza strategica.

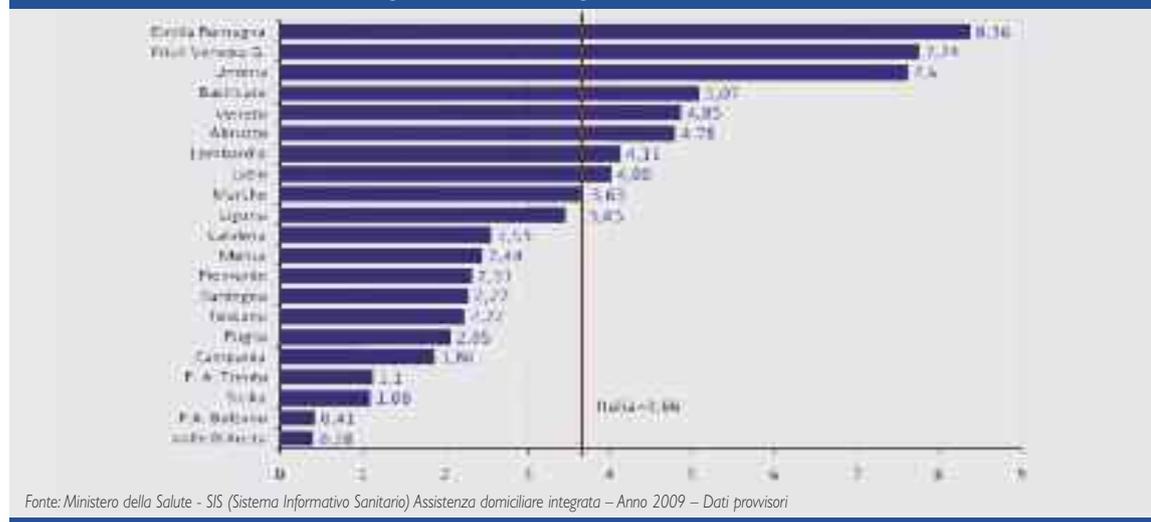
L'assistenza domiciliare nel corso degli ultimi decenni si è focalizzata, anche sollecitata dai problemi posti dalla non autosufficienza, nelle forme più complesse quali l'Assistenza domiciliare integrata (Adi). Nella quasi totalità delle Regioni italiane le cure domiciliari sono inserite nelle cure primarie e l'ambito elettivo in cui si pongono è il distretto socio sanitario che rappresenta nella sua dimensione territoriale anche il luogo ottimale di realizzazione delle attività integrate con il comparto sociale.

L'assistenza domiciliare consente un miglioramento di qualità di vita del paziente e significativi risparmi economici anche rispetto a degen-

TABELLA I - Assistenza domiciliare integrata, casi trattati – Italia 2007 – 2008 – 2009

Anno	Casi trattati
2007	385.278
2008	400.411
2009	442.129

FIGURA I - Assistenza domiciliare integrata – casi anziani ogni 100 residenti anziani – Anno 2009



Fonte: Ministero della Salute - SIS (Sistema Informativo Sanitario) Assistenza domiciliare integrata – Anno 2009 – Dati provvisori

ze extra ospedaliere residenziali.

L'assistenza domiciliare integrata presenta valori interessanti sia nella dimensione dinamica, sia per il valore assoluto degli utenti presi in carico.

Nella figura 1 si individua una media nazionale di presa in carico Adi pari al 3,66%, un valore di tutto rispetto destinato a crescere nel tempo.

Nel confronto regionale si collocano in ottima posizione le Regioni Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Umbria (quest'ultima in particolare a compensazione della modesta ricettività extraospedaliera), buona la collocazione delle due Regioni del Centro Sud Abruzzo e Basilicata, in posizione altrettanto soddisfacente Regioni come Veneto e Lombardia, a seguire Calabria, Campania, Sardegna e Sicilia.

La complessità nelle cure domiciliari oggi è determinata da più fattori che, per presenza ed entità, determinano anche la complessità del singolo caso. Possono citarsi:

- il quadro clinico (comorbidità, livello non autosufficienza, evolutività della situazione, intensità e pluralità dei bisogni, presenza di un quadro depressivo);
- il quadro psicologico (grado di consapevolezza del paziente, modalità di reazione all'evento, grado di accettazione di situazione e servizio, condizioni emotive del contesto familiare e qualità dei rapporti affettivi);
- il quadro socio-ambientale (contesto abitativo e compatibilità con la disabilità, qualità e quantità di tempo dedicato dal caregiver, condizioni economiche e relazioni sociali).

Fra le caratteristiche che rendono le cure domiciliari di fatto tutelanti e capaci di garantire una buona gestione del paziente, rientrano l'ampliamento di numero, qualità e tipologia di prestazioni attraverso varie professionalità, la fornitura di ausili a domicilio e l'allungamento delle fasce orarie e della reperibilità serale e nel week-end. Altro aspetto qualificante è rappresentato dalla flessibilità, sia nell'utilizzo di livelli assistenziali di intensità diversificata, in base al grado di compromissione del quadro generale del paziente, sia

nell'attivazione anche contestuale di servizi di varia tipologia (assistenza domiciliare integrata - Adi, servizio di assistenza domiciliare - Sad, Centri Diurni, iniziative di sollievo ecc).

Uno scenario in evoluzione quindi, che prevede il passaggio dalla fornitura di prestazioni a domicilio alla erogazione di servizi, in base ad un Piano assistenziale individualizzato (Pai) quale risposta al quadro globale di paziente, famiglia e caregiver, costantemente sottoposto a rivalutazione alla luce dell'evolutività rapida delle situazioni in carico.

Il modello organizzativo, garante di una buona gestione degli interventi a favore dei pazienti fragili più in generale ed in particolare delle cure domiciliari, presuppone:

- la presenza di una regia dell'intero sistema sanitario e socio-sanitario per i pazienti cronici, non autosufficienti, portatori di disabilità;
- il governo clinico, con il pieno coinvolgimento dei mmg/pls quale risorsa capillarmente presente;
- la continuità di intervento assistenziale;
- le porte uniche di accesso distrettuale ai servizi;
- la valutazione multidimensionale della complessità dei bisogni;
- l'integrazione fra ospedale e territorio (accordi per dimissioni protette).

L'andamento della domanda di cure domiciliari è in costante aumento non solo nel numero totale di pazienti, ma anche per la loro complessità. Sono persone di qualunque età compromesse nel grado di autonomia per malattia, disabilità o comorbidità, che necessitano di interventi domiciliari qualificati per continuare a vivere nella propria abitazione.

Alcune tipologie più frequenti di pazienti sono:

- anziani con comorbidità, affetti da demenza, esiti di fratture e/o di incidenti cerebrali, ecc.;
- pazienti oncologici;
- adulti con gravi patologie (es. SLA, SV, pazienti terminali, con esiti da gravi cerebrolesioni acquisite, ecc.);
- con malattie rare;

■ minori in età pediatrica con gravi patologie.
 Gli anziani sono la tipologia numericamente più consistente di pazienti in carico, considerato che da studi longitudinali è emerso che il 75% è di età > 74 anni.

I SERVIZI RESIDENZIALI

Nell'ambito dei servizi residenziali dal 2000 al 2005 vi è stata una naturale crescita delle Rsa e Residenze Socio Sanitarie destinate a fornire servizi a pazienti più complessi e una progressiva riduzione dei posti letto nelle residenze assistenziali a minor intensità assistenziale.

Complessivamente comunque la residenzialità extraospedaliera è stabile nel tempo.

Com'è noto la spesa in carico dei cittadini concerne la componente sociale, mentre la quota sanitaria è sostenuta dal Ssn; spesso le due spese si equivalgono, anche se la realtà cambia da Regione a Regione.

Gli anziani assistiti sono 345.093 attorno al 3% della popolazione anziana residente, contro un valore dei paesi europei mediamente del 6% (con punte dell'8%), assai prossime a Regioni del Nord Italia con sistemi sanitari performanti.

La tabella 2 (riportata anche nel *Rapporto sulla non*

TABELLA 2 - Anziani ospitati nelle diverse strutture residenziali nelle Regioni italiane, anno 2005

Regioni	RSA	Residenze socio-sanitarie	Residenze assistenziali	Altre residenze tipo ricoverati	Totale anziani	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	1.08	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	

Note: Il numero degli anziani ospitati dalle strutture residenziali è dato dal numero di anziani presenti al 1° gennaio di ogni anno più gli anziani accolti durante lo stesso anno.
 Fonte: L'assistenza agli anziani non autosufficienti - Rapporto 2009 - Maggioli Editore, a cura di N.N.A. (Network Non Autosufficienza) pag. 57.

TABELLA 3 - Posti letto residenziali per gli anziani, anni 1999-2005

Tipologia presidi	Numero posti letto						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
RSA		71.359	73.565	83.144	87.919	87.360	95.734
residenze socio-sanitarie	118.591	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) pag. 56.

autosufficienza in Italia - Anno 2010 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali) sintetizza l'incontro tra domanda e servizi offerti nelle diverse tipologie residenziali, nonché la capacità di risposta delle Regioni, in materia.

Le strutture, come si deduce dalla tipologia, sono rivolte ad anziani non autosufficienti, con problematiche anche di tipo sanitario e alla semplice assistenza di utenti autosufficienti con varie problematiche assistenziali.

La tabella 3 indica, invece, la dinamica nel tempo delle tre principali tipologie Rsa, Residenze Socio Sanitarie, Residenze Assistenziali. Come si può osservare, dal 2000 al 2005 vi è una naturale crescita delle Rsa e Residenze Socio Sanitarie destinate a fornire servizi a pazienti più complessi e una progressiva riduzione dei posti letto nelle residenze assistenziali a minor intensità assistenziale.

Il rapporto 2011 analizza i dati per gli anni 2007-

2008-2009, rilevati dal Sistema Informativo Sanitario (SIS) sulle strutture extraospedaliere pubbliche e private accreditate, che erogano prestazioni di assistenza sanitaria ad anziani, nonché a disabili fisici, psichici e pazienti psichiatrici. Con il modello STS24 vengono rilevate le attività predette relativamente all'assistenza semiresidenziale e residenziale. I dati, gli obiettivi e la natura della rilevazione con l'Nsis si ritiene siano sufficientemente omogenei da consentire un'attendibile comparazione dei valori nella dimensione temporale e spaziale.

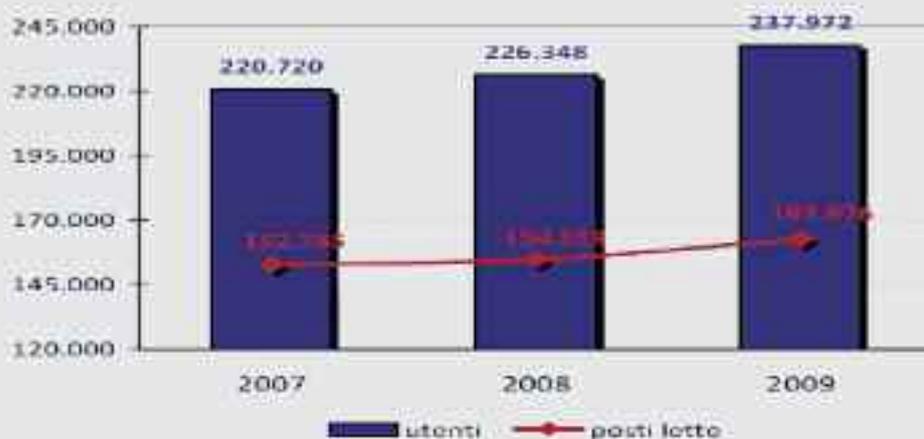
In Italia gli anziani assistiti in strutture sanitarie residenziali sfiorano il 2%, ovvero utenti per 100.000 anziani, pari a 1.871,7 nel 2007, 1.894,8 nel 2008, 1.969,1 nel 2009, in aumento nel tempo, dovuto al travaso di pazienti da strutture per autosufficienti a Rsa e tipologie similari idonee ad assistere il paziente non autosufficiente.

L'aspetto più interessante che emerge dalle figu-

TABELLA 4 - Strutture residenziali anziani. Italia 2007 – 2008 – 2009

Anni	utenti x 100.000 anziani	posti letto
2007	1.871,7	152.745
2008	1.894,8	154.859
2009	1.969,1	162.676

FIGURA 2 - Utenti e posti letto in strutture residenziali per anziani anni 2007-2009



Fonte: Ministero della Salute - SIS (Sistema Informativo Sanitario)

re 2 e 3, sono le differenze regionali nell'offerta di posti letto, peraltro già emerse anche nel Rapporto sulla non autosufficienza in Italia - Anno 2010. Per quanto attiene l'anno 2009 si possono individuare quattro gruppi di Regioni:

- un primo a cui appartengono Friuli Venezia Giulia, Trento, Bolzano, Veneto, Lombardia, con indici di anziani assistiti nelle strutture citate dal 4 al 5%;
- un secondo gruppo dal 2 al 3%, con Emilia Romagna, Piemonte;
- un terzo tra l'1 e il 2%, con Toscana, Liguria, Umbria, Abruzzo, Marche;
- un quarto con le Regioni al di sotto dell'1%, Lazio, Sicilia, Sardegna e Campania con lo 0,06%.

Nelle Regioni con una buona o discreta offerta di posti letto extra ospedalieri, (orientativamente al di sopra della media nazionale 1,97%), sono presenti processi di continuità assistenziale tra ospedale-territorio, favoriti anche da strutture di offerta "intermedie" per facilitare la dimissione dei pazienti post acuti più complessi. Nelle altre realtà il sovra utilizzo o uso improprio dell'ospedale è inevitabile con pesantissimi costi per il Ssn. È ormai ampiamente dimostrato che un efficace modello sanitario e socio sanitario è strettamente correlato al modello erogativo dei servizi, che rispetti l'incidenza dei tre macro livelli assisten-

ziali individuati dalla programmazione nazionale (5% prevenzione, 44% ospedale, 51% territorio).

I TRASFERIMENTI MONETARI

Terza importante componente dell'assistenza agli anziani non autosufficienti e disabili è costituita dai trasferimenti monetari, in primis, a livello nazionale: indennità di accompagnamento per gli invalidi civili, di competenza dell'Inps, in subordine gli assegni di cura erogati principalmente su finanziamento regionale da Asl ed Enti Locali.

L'indennità di accompagnamento

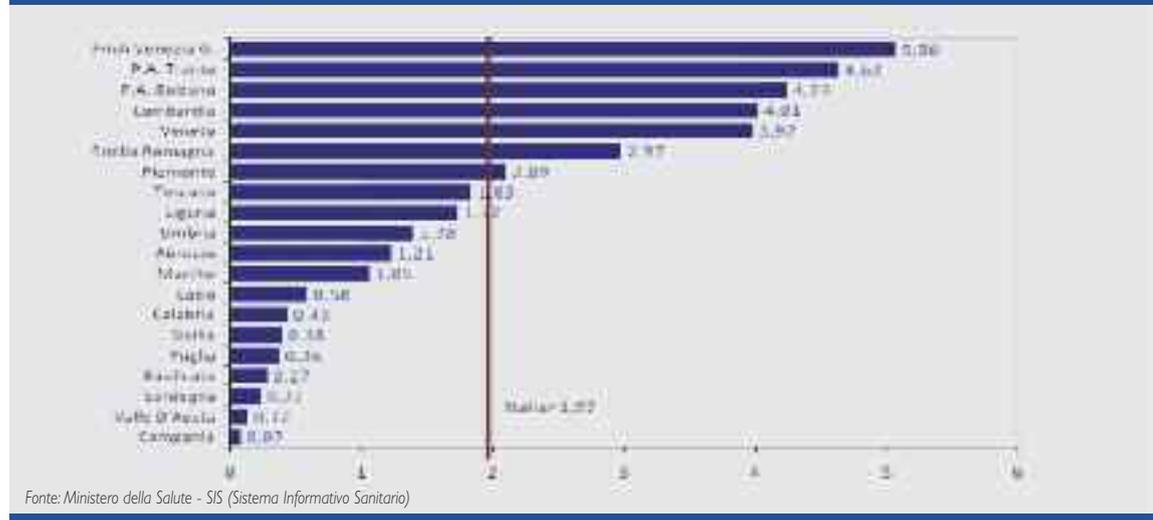
L'indennità di accompagnamento è erogata dall'Inps, previo accertamento di apposita Commissione con sede nell'Asl di competenza. I requisiti per beneficiare dell'indennità di accompagnamento sono:

- disabilità al 100%, incapacità di svolgere gli atti quotidiani e deambulare senza accompagnatore;
- non essere ricoverato gratuitamente in Istituto.

L'indennità è erogata universalmente a prescindere dall'età e dalle condizioni di reddito e in modo uniforme senza distinzione della gravità del grado di salute del paziente.

Il contributo è finanziato dalla fiscalità generale e concesso senza obbligo di rendicontazione e vincoli di destinazione della spesa.

FIGURA 3 - Assistenza agli anziani in strutture residenziali - utenti ogni 100 anziani - anno 2009



L'indennità di accompagnamento nasce come compensazione economica alla capacità di reddito pregiudicata dall'inabilità al lavoro, successivamente viene estesa agli over 65, che nel corso degli anni sono diventati i principali fruitori e causa principale dell'incremento esponenziale della relativa spesa.

Nelle due figure 4 e 5 che seguono, elaborate su dati "Fonte INPS", sono riportate le indennità di accompagnamento, distribuite per Regioni per gli anni 2008-2009-2010-2011 e per classi di età, che forniscono un quadro completo del fenomeno.

Ipotesi di riordino dell'indennità di accompagnamento

Lo scostamento così consistente nell'accesso ai benefici tra le Regioni del Nord Italia e del Sud e Isole, spiegabile solo in parte dal diverso contesto sociale, porta alla constatazione che i criteri di accesso sul territorio nazionale non sono omogenei e che il modello, pertanto, dev'essere ripensato. Anche perché paradossalmente sono più numerosi i beneficiari di pensioni e assegni di accompagnamento nelle Regioni con popolazione più "giovane", e quindi con una minore incidenza degli over 75 anni, rispetto a Regioni a forte indice di invecchiamento.

FIGURA 4 - Complesso delle indennità di accompagnamento per Regione anni 2008 - 2011

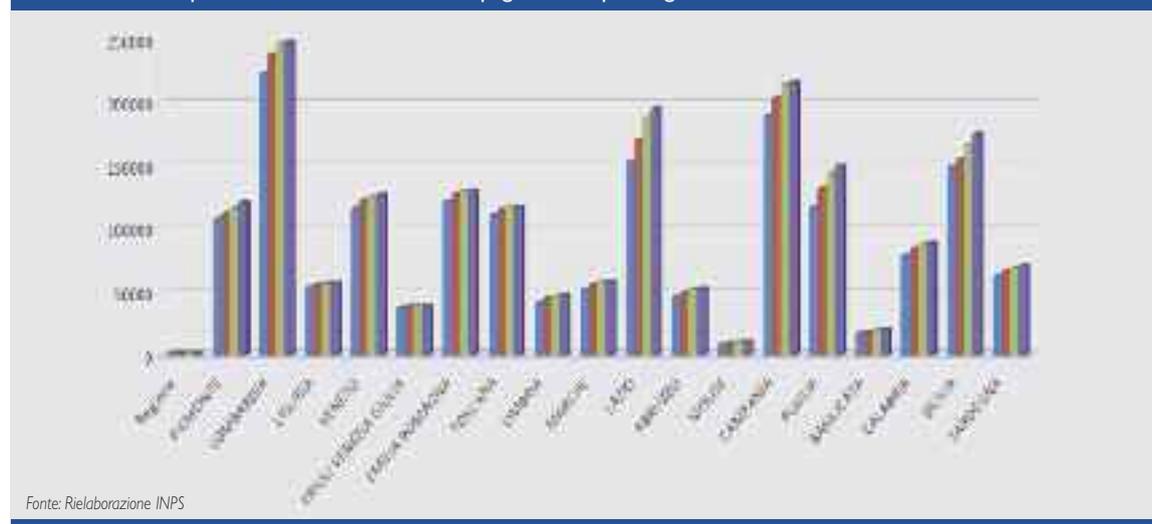
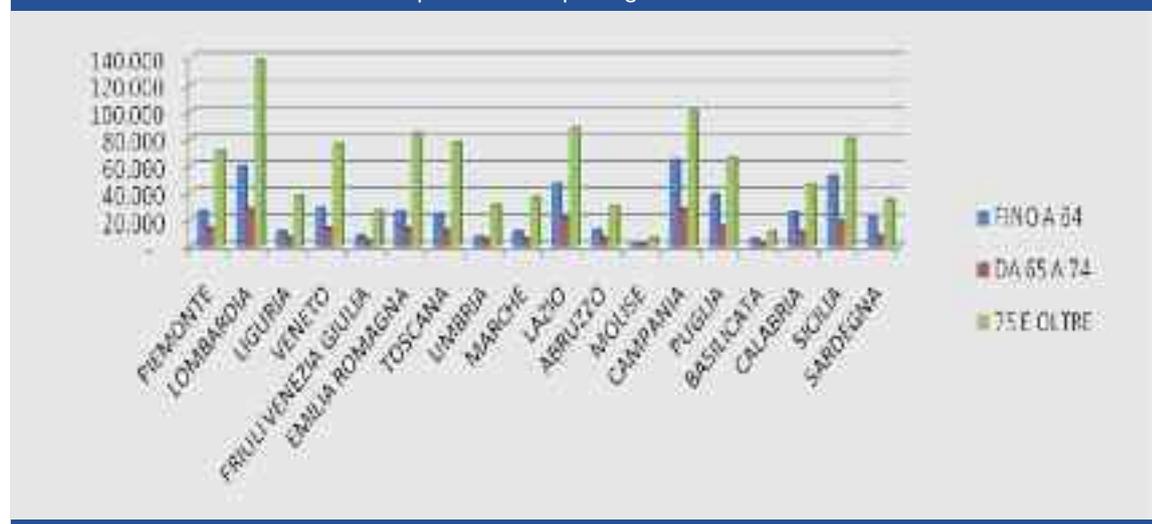


FIGURA 5 - Distribuzione delle indennità per fasce di età per Regione - Anno 2010



La revisione legislativa in atto della materia assistenziale prevede l'introduzione e il rafforzamento dei principi di sussidiarietà verticale od orizzontale con trasferimento delle funzioni assistenziali ai livelli più prossimi ai cittadini. Al fine di meglio integrare le prestazioni monetarie, con l'attività dei servizi pubblici e privati destinati alla non autosufficienza, si ipotizza di "trasferire" la gestione dell'indennità di accompagnamento a livello regionale attraverso la costituzione di un "Fondo nazionale per l'attività sussidiaria alla non autosufficienza" da ripartire con criteri standardizzati tra le Regioni, in base al bisogno oggettivo.

FAMIGLIA, ASSISTENTI FAMILIARI E SUSSIDIARIETÀ

Assistenti familiari

Dal dopoguerra a oggi, la famiglia italiana ha subito notevoli processi evolutivi connessi allo sviluppo economico e sociale, al cambiamento di stili ed abitudini di vita, accelerati dai processi di globalizzazione e dai nuovi strumenti di comunicazione. Le famiglie del nuovo millennio sono caratterizzate dalla presenza di più tipologie (monogenitoriali, famiglie con separazioni, ecc.), multidimensionalità del ruolo femminile (lavoro, assistenza, "sandwich generation"), riduzione del tasso di natalità, uscita tardiva dei figli dal nucleo originario, aumento del numero degli anziani e disabili.

I fenomeni sinteticamente citati e l'impossibilità quindi per la famiglia di far fronte alle esigenze assistenziali degli anziani fragili, disabilità, ecc., hanno creato le condizioni per un autentico boom della presenza delle "badanti", o meglio definite, assistenti familiari (si stima che dal 2001 al 2008 siano aumentate di 400.000 unità).

Queste ultime sono lavoratrici straniere spesso "irregolari" provenienti per larga parte dai Paesi dell'Est europeo, con presenze anche significative di comunità del Sud America e Asia.

Oggi il fenomeno "badanti" è stimato per difetto in 770.000 unità, parte delle quali senza un regolare contratto di lavoro.

La nuova opportunità è stata ben accolta dalla famiglia, motivata a mantenere il più a lungo possibile l'anziano nella propria abitazione, con i propri affetti, il proprio mondo.

Inoltre, la carenza di servizi pubblici per l'anziano non autosufficiente e l'ampio ricorso al sostegno monetario hanno contribuito a far lievitare la citata "anomala" modalità assistenziale, che ha comunque svolto la funzione di ammortizzatore sociale e tenuta della nuova situazione derivante dall'aumento progressivo dell'età media.

La diffusione del lavoro irregolare è stata anche favorita da una delle lacune del nostro modello assistenziale monetario: il mancato obbligo di dar conto delle spese sostenute.

Le criticità che caratterizzano il fenomeno del "badantato" possono essere molto sistematicamente così sintetizzate:

- l'abusivismo che ha determinato una consistente presenza di "lavoratori in nero";
- la qualità professionale delle assistenti familiari, spesso inadeguata. Lo stesso vale per la conoscenza di lingua, usi e culture locali;
- l'attività è maturata molto spesso "disconnessa" dal servizio pubblico con gravi pregiudizi per la qualità assistenziale (soprattutto dei pazienti più complessi).

È indispensabile, pertanto, che debbano essere attivate per le assistenti familiari politiche destinate a migliorare la qualità dell'assistenza, in primis con la formazione; inoltre ad incentivare la regolarizzazione lavorativa, a far incontrare in modo sistematico domanda ed offerta, ad integrare le "badanti" nella rete dei servizi pubblici.

Caregiver familiare

Nel nuovo modello di cure domiciliari, assume particolare rilievo la figura del caregiver familiare (se ne stimano 9 milioni in Italia).

Il caregiver è il parente o affine che si prende cura a domicilio, o per situazioni definite e particolari all'interno delle strutture della rete, del proprio familiare, persona fragile non autosufficiente, di qualunque età, in modo prevalente e con-

tinuativo, seppur per livelli di intensità diversi, provvedendo a tutte le funzioni quotidiane dei bisogni primari (igiene personale, alimentazione ecc) e alla cura della persona, aiutando ed integrando prestazioni di carattere sanitario-assistenziali.

Spesso l'individuazione del caregiver avviene per necessità, per designazione familiare o attraverso un meccanismo di selezione spontaneo da parte di un congiunto che volontariamente si assume l'impegno di assistere il parente, instaurando con esso una relazione pressoché esclusiva. La fatica richiesta per assolvere all'impegno del prendersi cura è ancora oggi poco visibile, identificata con il mondo dei legami parentali ed affettivi, che viene spesso dato per scontato.

Il caregiver si trova a dover mediare tra i propri bisogni, quelli della persona curata e quelli del resto della famiglia, oltre a quelli del mondo del lavoro, rischiando che esigenze e bisogni personali siano accantonati, con ricadute negative sull'equilibrio psico-fisico. Il carico assistenziale determina spesso un elevato livello di stress sia per la fatica fisica, sia per l'impatto con la malattia cronica e la non autosufficienza. Anche quando è presente la figura dell'assistente familiare (badante), rimane a carico della famiglia un impegno assistenziale (es. giornate di permesso della badante, ruolo di "datore di lavoro", ecc.).

Il lavoro di cura è prevalentemente prerogativa della donna che, in molti casi lavoratrice, accudisce anche la persona ammalata.

Nello scenario sociale di oggi non si identificano ancora interventi che si facciano carico in modo coordinato di questi bisogni complessi; quelli attuati in questi anni, per quanto meritori, sono settoriali e limitati. Sempre più quindi si palesa la necessità di strutturare meccanismi di supporto a questa figura di assistente-organizzatore sui vari piani del bisogno, cioè quello pratico-tecnico, quello emotivo, quello della conciliazione tra i tempi dedicati all'assistenza e i tempi lavoro.

In Italia oggi la rete di servizi socio-sanitari, ma anche sanitari, è integrata e completata in una

percentuale di tutto rispetto dal caregiver familiare o privato, perno del sistema.

Oggi è necessaria la valorizzazione ed ufficializzazione del ruolo e della funzione del caregiver, in quanto essenziale alla tenuta del sistema di welfare, contribuendo al contenimento dei costi dell'assistenza. Inoltre il suo impegno di cura va ricondotto all'interno del Piano Assistenziale Individualizzato.

Altrettanto prioritario è il riconoscimento di diritti e doveri del caregiver, al fine di non lasciarlo solo come supplente di carenze istituzionali negli interventi a sostegno della domiciliarità. Tale figura è infatti soggetta al rischio di crisi sul versante psicologico, emozionale e pertanto anche di ammalarsi, potendo divenire a sua volta bisognosa di cure e mettendo in difficoltà il sistema familiare in cui è inserita.

Il presupposto della tenuta del sistema complessivo si trova nella negoziazione-mediazione-accordo fra caregiver familiari e rete di servizi istituzionali.

Si ritiene inoltre necessario individuare i criteri di riconoscimento giuridico della funzione del caregiver familiare, declinando i punti principali per una piena identificazione da parte delle Istituzioni del suo ruolo come realtà di servizio alle persone non autosufficienti, istituendo benefici di varia natura, sulla base del "peso" assistenziale.

Percorsi normativi

Sono quindi due i percorsi normativi inerenti al riconoscimento e impiego del caregiver che richiedono modifiche e/o integrazioni:

a) Legge 104/92

A livello nazionale è la normativa che riconosce il caregiver; essa prevede la possibilità di usufruire di permessi e altre tipologie di agevolazioni nell'ambito lavorativo. La condizione attuale per accedere a tali permessi è che la persona da assistere sia in possesso della certificazione di handicap con connotazione di gravità (articolo 3, comma 3, della Legge 104/1992).

Tale legge richiederebbe oggi una revisione de-

terminata dall'evoluzione del sistema dei servizi. In particolare è ravvisata la necessità di una revisione dei criteri per accedervi e dei conseguenti benefici.

Ipotesi di modifica di criteri di accesso ai benefici:

- certificazione di invalidità civile dal 75% al 100%, anche in assenza di assegno/indennità di accompagnamento;
- dichiarazione di un centro specialistico di bisogno assistenziale intenso, seppur temporaneo, anche non riconducibile alla condizione di invalidità civile;
- accesso a percorsi formativi diversificati per intensità e durata in base all'impegno assistenziale;
- maggior flessibilità nell'utilizzo dei permessi lavorativi, correlandoli al bisogno (anziché tre giorni mensili);
- flessibilità di orario di lavoro.

b) Modifiche Lea e ipotesi di inserimento del ruolo del caregiver nell'ambito delle cure domiciliari.

Carente è la normativa relativa ai Lea sanitari, che ad oggi non prevedono figura e ruolo del caregiver non professionale fra coloro che partecipano all'erogazione delle cure e all'assistenza a domicilio, nonostante possa garantire un contributo significativo al percorso di cura.

Il suo riconoscimento nell'espletamento di tale ruolo e l'eventuale attribuzione di un assegno di cura, richiede quale presupposto vincolante:

- la ricomprensione nel Pai (Piano assistenziale individualizzato) di tipologia di attività e tempo dedicato dal caregiver all'assistito;
- l'accesso a percorsi formativi, laddove organizzati dalle strutture socio-sanitarie di riferimento (es. Asl).

L'assegno di cura a sostegno del mantenimento a domicilio di persone fragili, di qualunque età, gravemente compromesse nell'autonomia, è la forma di riconoscimento da prevedere nei Lea dell'attività dedicata dal caregiver alla cura ed all'assistenza del malato, partecipando al raggiun-

gimento degli obiettivi previsti nel PAI.

Solo l'alta e la media intensità assistenziale possono prevedere il riconoscimento dell'assegno di cura di importo rapportato al livello assistenziale. Tali contributi possono essere garantiti anche attraverso fondi specifici messi a disposizione sia da Enti previdenziali pensionistici (es. Inpdap) sia da Fondazioni, Banche ecc.

È di competenza dei Servizi sanitari regionali la definizione dell'importo dell'assegno di cura e dei livelli di intensità assistenziale.

Alla luce del ruolo strategico che il caregiver ha assunto nel sistema di welfare oggi, diverrebbe utile sia rivedere le normative in materia, sia meglio definirne ruolo ed impegno, ufficializzando l'attività di cura ed assistenza da esso garantita. Tale figura deve essere altresì sostenuta e supportata da una rete di servizi istituzionali, oltre che da iniziative informative, formative e di sollievo.

La sussidiarietà e il terzo settore

Altra dimensione di primaria importanza è il tema della sussidiarietà che si esprime attraverso le Comunità Locali del volontariato, corpi intermedi di assoluta importanza per una vitalità e responsabilizzazione dal basso sui grandi temi sociali del Paese.

La valorizzazione del terzo settore dev'essere vista come un'estensione delle capacità di intervento dello Stato, come un grande strumento a disposizione della collettività per condividere dal basso l'organizzazione dei servizi e l'interpretazione dei bisogni della persona.

La sussidiarietà va intesa come occasione di sviluppo e responsabilizzazione sociale, in una prospettiva nella quale, ove risulti utile, lo Stato e la P.A. lascino che la libera iniziativa si coniughi con l'associazionismo solidale, traslando funzioni "verticalmente" verso il basso a livelli più prossimi al cittadino, con programmazione e gestione dei servizi.

Insomma un auspicabile passaggio dal welfare state al welfare community, che ponga al centro le istituzioni locali, i cittadini e le loro formazioni

sociali, fondazioni, associazioni, realtà private sociali nate dalla tradizione cristiana, laica e socialista; il protagonismo attivo, quindi, dei cittadini e dei diversi attori sociali nella costruzione e gestione della rete dei servizi.

Il legislatore statale ha proposto, soprattutto con la L. 328/2000, un modello di Stato sociale nel quale gli Enti non profit sono chiamati a svolgere un ruolo primario nel nuovo sistema di interventi e servizi socio assistenziali e socio-sanitari. È stata affidata alle Regioni la competenza di emanare specifici atti di indirizzo per regolamentare i rapporti tra Enti Locali e terzo settore, con particolare riferimento all'affidamento dei servizi alla persona.

SOSTENIBILITÀ E LONG TERM CARE

La sostenibilità del sistema socio sanitario assistenziale, nel breve e medio periodo, è argomento di grande attualità in tutti i Paesi a welfare evoluto e soprattutto per quelli come in Italia universalistici e finanziati per larga parte dalla fiscalità generale.

I “motori” principali della spesa, com'è noto, sono l'invecchiamento della popolazione, il miglioramento della condizione di vita e di reddito, lo sviluppo delle tecnologie e della ricerca medica.

L'area soggetta alle sollecitazioni più forti è quella della non autosufficienza, che in Italia supera, in termini numerici, i 2,6 milioni di persone.

Nel corso dei prossimi decenni, nonostante il miglioramento significativo delle condizioni di salute e di autonomia degli over 65, la pressione sulla spesa sarà pesante e potrà assumere dimensioni assai critiche (anche in ambito sanitario), soprattutto se non saranno offerte opportunità assistenziali nella fase post acuta nella dimensione extra ospedaliera residenziale e domiciliare.

A fronte dello scenario che si prospetta è di tutta evidenza che lo Stato non è in grado, da solo, di sostenerne il peso. In una visione sussidiaria del rapporto tra i vari “attori”, il Pubblico dovrà modificare il proprio ruolo da erogatore di buona

parte dei servizi e provvidenze a soggetto regolatore dei processi assistenziali, pubblici, privati, del terzo settore.

L'universalismo alla base del modello italiano di welfare deve comunque assumere una maggiore capacità di selezionare ed individuare i soggetti effettivamente bisognosi, analizzando con cura i vari benefici di carattere fiscale, previdenziale, assistenziale offerti ai vari livelli e armonizzando il loro impiego, evitando duplicazioni ed abusi.

Un ruolo significativo è affidato, comunque, in tutti i modelli assistenziali europei, alla famiglia, alla possibilità dell'utente di scegliere la tipologia assistenziale preferita e l'erogatore dei servizi.

La sostenibilità del modello assistenziale, della long term care e più in generale del Ssn sono affidati, oltre che alla ricerca di un'attenta appropriatezza ed efficienza dei percorsi di cura, anche allo sviluppo di altri due “pilastri” accanto a quello centrale pubblico:

- i fondi sanitari integrativi, che obbligatoriamente devono destinare almeno il 20% delle risorse alla non autosufficienza e cure odontoiatriche ai Fondi Pensione;
- assicurazioni private su base individuale e volontaristica.

La maggiore attenzione, per la dimensione quantitativa e rilevanza sociale, va rivolta ai fondi integrativi e alle loro prospettive di sviluppo.

I fondi sanitari integrativi rappresentano una risorsa per supportare il Ssn attraverso una più appropriata gestione delle risorse private, la cosiddetta spesa out of pocket che rappresenta, in Italia, una quota ragguardevole della spesa complessiva sanitaria, stimata attorno al 22 – 25%; vale a dire non meno di 25 miliardi di euro.

Solo una minima parte della spesa privata (15%) è organizzata attraverso forme di assicurazioni private e organizzazioni mutualistiche, fondi integrativi; l'altra componente si rivolge al mercato senza alcuna capacità negoziale.

Circa gli iscritti ed assistiti ai principali fondi sanitari italiani si riportano i dati (evoluzione 1998–2008) elaborati dal Censis nel 2010 (tab. 5).

La sanità integrativa è destinata a crescere, soprattutto, sotto la spinta della contrattazione collettiva e dei bisogni dei cittadini di disporre di risposte personalizzate, ma soprattutto tempestive e di qualità.

Oggi la ripartizione della spesa sanitaria privata in Italia, secondo un'elaborazione Saniteia su dati Istat 2008, è suddivisa secondo la ripartizione della figura 6.

La long term care che oggi non trova, soprattutto nelle Regioni del Centro Sud, adeguata copertura pubblica dovrebbe costituire una delle aree assistenziali di sviluppo dell'assistenza integrativa. L'obiettivo dovrebbe essere la contrattazione collettiva e le formule incentivanti, l'allargamento della mutualità integrativa alla più ampia platea degli aventi titolo.

Andrebbero "soppesati" a riguardo costi e benefici per lo Stato di una ulteriore incentivazione, anche fiscale, delle forme predette, che con la lo-

ro diffusione consentirebbero un maggior "controllo fiscale" sulle prestazioni e un conseguente incremento del gettito.

La disciplina necessita di un completamento sia sulle regole di governance, sia sulla strutturazione di un organo di vigilanza sull'operato dei fondi, a garanzia di trasparenza e correttezza gestionale.

TESI PER UNA RINNOVATA POLITICA SULLA NON AUTOSUFFICIENZA

L'Italia deve oggi affrontare con sollecitudine una rivisitazione complessiva della materia, che in un approccio globale, disciplini la dimensione assistenziale (sanitaria e sociale) e gli aspetti connessi di natura fiscale e previdenziale.

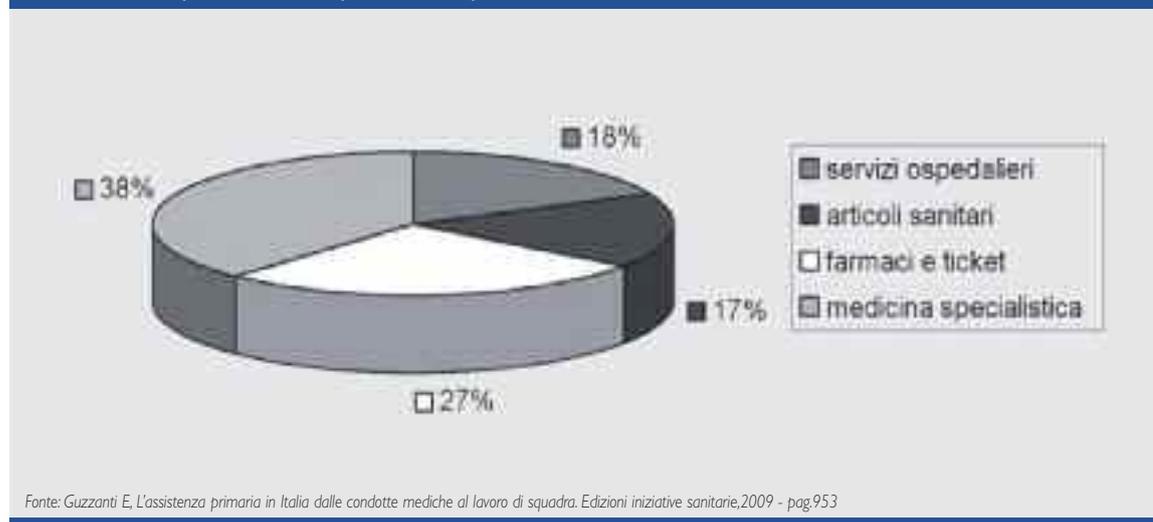
È indispensabile, infatti, definire una "cornice" nazionale delle politiche socio-sanitarie (Psn 2011 - 2013), dei livelli di integrazione tra soggetti istituzionali (Regioni - Asl - Comuni), tra mondi

TABELLA 5 - Iscritti e assistiti ai principali fondi sanitari italiani anni 1998 - 2008

Anni	Iscritti	Assistiti
1998	657.962	1.436.208
2004	3.570.000	4.900.000
2008	6.396.700	11.145.112
Var.% 1998-2008	872,2	676,0
Var.% 2004-2008	79,2	127,5

Fonte: Carla Collicelli, Fondazione Censis Milano, Previmedical, Milano 6 luglio 2010

FIGURA 6 - La ripartizione della spesa sanitaria privata in Italia



Fonte: Guzzanti E, L'assistenza primaria in Italia dalle condotte mediche al lavoro di squadra. Edizioni iniziative sanitarie, 2009 - pag.953

professionali, tra pubblico e privato non profit, in una prospettiva di promozione della sussidiarietà orizzontale.

A tale scopo si offrono una serie di spunti di riflessione sulle peculiarità del nostro sistema socio-sanitario in cui si ritiene urgente intervenire per garantire nel prossimo futuro politiche rigorose e di qualità a favore, in particolare, degli anziani in condizione di bisogno socio-sanitario complesso.

Innovazione nei modelli erogativi dei servizi

- Rafforzamento del Distretto socio sanitario come “cabina di regia” della rete dei servizi territoriali, punto d’incontro degli attori istituzionali, professionali, del terzo settore;
- Predisposizione dell’ “Atto specifico di Programmazione Integrata”, previsto dall’articolo 9 del Patto per la Salute 2010-2012, finalizzato a favorire i processi di deospedalizzazione e la dotazione dei posti letto e di residenzialità, di semi residenzialità e l’organizzazione dell’assistenza domiciliare. Il programma citato, dovrà avere l’obiettivo primario del superamento del grave divario Nord-Sud nell’offerta dei servizi extra ospedalieri per la non autosufficienza;
- Promozione di strutture residenziali per anziani secondo standard qualitativi e dimensionali europei, in particolare Residenze Sanitarie Assistenziali, in grado di fornire adeguate risposte assistenziali, sociali e sanitarie, ad un’utenza sempre più complessa nel quadro clinico;
- Favorire, attraverso gli strumenti programmatori regionali, la riconversione dei piccoli ospedali in strutture “intermedie” (hospice, ospedali di comunità, dimissioni protette verso nuclei di RSA, ecc...), rivolte ai pazienti post acuti particolarmente impegnativi;
- Attivazione in ogni Distretto, in collaborazione con la rete dei medici di medicina generale, dell’assistenza domiciliare più avanzata (Adi), articolata su più livelli (Infermieristico, riabilitativo, Adimed/terminalità), in grado di soddisfare

le diverse tipologie di utenza. Il servizio dovrà garantire in un prossimo futuro la copertura nelle 24 ore su 7 giorni;

- Promozione e riconoscimento della figura del caregiver familiare e di ogni forma di sussidiarietà orizzontale;
- Attivare strumenti e processi per la “regolarizzazione” delle assistenti familiari, la loro formazione e integrazione nella rete dei servizi.

Azioni per la sostenibilità del sistema di Long Term Care

- Modifica dei Lea con trasferimento di funzioni e risorse dall’ambito ospedaliero al territorio, alle non autosufficienze, alla domiciliarità, nel rispetto dei costi standard dei macro livelli assistenziali;
- Sviluppo dei fondi integrativi, principalmente attraverso la contrattazione collettiva e l’incentivazione fiscale, al fine di allargare la platea dei beneficiari;
- Disciplina della compartecipazione alla spesa, anche nelle cure domiciliari, secondo criteri di equità e tutela sociale;
- Favorire iniziative e progetti di sostegno delle politiche di invecchiamento attivo e “medicina d’iniziativa”.

Riforma delle erogazioni monetarie

- Revisione dell’attuale assetto dell’indennità di accompagnamento: si propone il trasferimento delle competenze dal livello centrale a quello regionale, finalizzata alla gestione integrata delle risorse al livello più prossimo al cittadino;
- L’accesso all’indennità di accompagnamento dovrà essere uniforme sul territorio, correlato alle condizioni economiche del beneficiario. L’indennità va differenziata su vari livelli monetari in ragione della gravità della disabilità.

Promozione della sussidiarietà e terzo settore

- I principi di sussidiarietà trovano esplicito ri-

ferimento nella nuova formulazione dell'art. 118 della Costituzione: "... Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini singoli ed associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale sulla base di principi di sussidiarietà.". Il quadro nazionale di riferimento va completato con l'adozione di

normative e di indirizzi regionali attuativi.

Disabilità, non autosufficienza e tecnologie

- Il piano sanitario di sanità elettronica va integrato con un programma per la diffusione della telemedicina, della ricerca tecnologica a supporto della disabilità e monitoraggio-assistenza a domicilio del paziente.

L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA: EVOLUZIONI E PROSPETTIVE

di Elio Guzzanti

Direzione Scientifica IRCCS "Oasi" - Troina (En)

Negli Stati Uniti, *The American Recovery and Reinvestment Act of 2009 (ARRA)* ha autorizzato un finanziamento di 1,1 miliardi di dollari per la "Comparative Effectiveness Research"¹ con lo scopo di comparare i benefici ed i rischi dei differenti interventi e delle strategie per prevenire, diagnosticare, trattare e per il monitoraggio delle condizioni di salute "in real world settings". Scopo di tale ricerca è quello di migliorare l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni, delle procedure e dei servizi sviluppando e disseminando informazioni "evidence-based" ai pazienti, ai clinici e agli altri decisori, così che si evidenzino gli interventi più efficaci e più adatti ai singoli pazienti nelle specifiche circostanze in cui si trovano.

Gli interventi si riferiscono ai farmaci, alle procedure, ai dispositivi e alle tecnologie mediche, alla diagnostica e alla organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

Tale ricerca richiede lo sviluppo, l'espansione e l'uso di una varietà di fonti informative e di metodi capaci di valutare la "comparative effectiveness", nonché di divulgare ampiamente i risultati.

L'Agenas, seguendo concetti, metodologia e indicatori che bene si inquadrano nell'analoga iniziativa in corso negli Stati Uniti, ha condotto una

ricerca riguardante tre Aziende sanitarie locali e due Società della salute appartenenti a 3 Regioni italiane, avvalendosi di una metodologia innovativa che ha permesso l'utilizzo e la lettura congiunta dei dati relativi al periodo 1 luglio 2010 – 30 giugno 2011, derivanti dai flussi informativi del Nsis riguardanti l'assistenza ospedaliera, l'Adi, l'assistenza residenziale e semiresidenziale.

I risultati ottenuti sono importanti, perché inducono a riflettere sui ritardi accumulati in alcuni settori del Ssn, e su ciò che è ormai indifferibile realizzare per renderlo più efficace, centrato sui bisogni delle persone espressi nelle singole comunità e capace di sostenere l'effetto del progresso scientifico e sociale.

Entrando nel dettaglio, destano perplessità alcuni riscontri:

- 1) le notevoli diversità rilevate negli ambiti geografici oggetto della ricerca, sono comprensibili negli Stati Uniti, non a caso definiti un "non sistema" per la estrema eterogeneità di un gran numero di committenti e di erogatori, ma questa non dovrebbe essere la caratteristica di un Ssn;
- 2) il dato riguardante gli accessi mensili degli infermieri nell'Adi, confermerebbe il dato ufficiale che attribuisce a ciascun assistito nell'anno solo 25 ore di assistenza, in grande maggioranza svolta da infermieri, un dato impos-

¹ Fonte: US Department of Health and Human Services. Report to the President and the Congress, June 30, 2009.

- sibile da paragonare rispetto ad altri Paesi industrializzati;
- 3) degli assistiti nei servizi residenziali, in un anno di presa in carico vengono ricoverati in ospedale il 3,8% nel Veneto (DM 0,8 giorni), il 4,5% in Toscana (DM 1 giorno), il 15,3% in Lombardia (DM 2,5 giorni);
 - 4) tra gli assistiti a domicilio, nel periodo considerato sono stati ricoverati in Toscana il 25% (DM 3,8 giorni), in Lombardia il 35,5% (DM 13,5 giorni), in Veneto il 50% (DM 7,5 giorni);
 - 5) gli assistiti a domicilio, considerando gli accessi con codice triage bianco o verde, hanno effettuato accessi impropri al PS nel 21,6% dei casi in Lombardia, nel 23,1% nel Veneto e nel 48,7% in Toscana;
 - 6) la percentuale di persone istituzionalizzate prese in carico in strutture residenziali per dementi è stata 1,4 in Lombardia, 3,4 in Toscana, 25 nel Veneto, così dimostrando che questo grande problema clinico, assistenziale e, soprattutto, sociale e familiare, è ben lungi dall'essere affrontato in modo accettabile.

A tale riguardo, occorre aggiungere che la ricerca Agenas, avendo come obiettivo “la presa in carico di persone con bisogni socio-sanitari complessi”, seppur in questo momento limitata per ragioni contingenti e relative alla disponibilità dei dati ad una fascia di età ben precisa, dovrebbe negli sviluppi futuri essere estesa a tutti i soggetti tutelati dalla Legge n.18 del 3 Marzo 2009 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità”.

Allo stato attuale, in Italia poco o nulla si conosce dei problemi che vanno ponendo, e con caratteristiche particolari, le persone di età inferiore ai 65 anni, benché risulti che esse pesano per

circa il 33% sui costi della long term care.

Nel 2008 i Comuni italiani hanno destinato agli interventi e ai servizi sociali 6 miliardi e 662 milioni di euro, un valore pari allo 0,42% del Pil. Della spesa sociale, il 38,7% è assorbita dai servizi di supporto ai cittadini, il 34,5% al funzionamento delle strutture e il 26,8% (pari a 1.785.416) è destinato a trasferimenti in denaro².

I Comuni gestiscono singolarmente il 75% della spesa sociale e il 25% in forma associata tra Comuni. Alle Asl è affidata la gestione del 31% della spesa sociale in Veneto, del 15% in Toscana, del 7% in Friuli V.G. I Comuni del Nord-Est spendono 155 euro per abitante, nel Nord-Ovest 129, nel Centro 126, nelle Isole 95, nel Sud 52.

La spesa per i disabili è di 1 miliardo e 408 milioni di euro, una media di 2500 euro pro capite l'anno (che passa da 658 euro al Sud ai 5075 del Nord-Est), che comprende l'assistenza domiciliare a 37 mila disabili, come tali considerando le persone di età superiore ai 6 anni ed inferiore ai 65 anni che vivono in famiglia, ed escludendo i residenti nei presidi assistenziali socio-sanitari.

La spesa per gli anziani ammonta a 1 miliardo e 400 milioni di euro (che passa dai 59 euro del Sud a 165 nel Nord-Est), e comprende l'assistenza domiciliare sociale a 191 mila anziani, cioè all'1,6% del totale degli anziani. Vanno considerate, inoltre, le quote pagate dagli assistiti (933 milioni di euro) e la partecipazione del Ssn per 1 miliardo e 116 milioni di euro, per un totale complessivo di 8 miliardi e 712 milioni di euro. Il Ssn nel 2008 è stato finanziato per circa 100 miliardi di euro. Nel documento dei Comuni non vengono forniti dati circa il personale che assicura gli interventi e i servizi sociali citati.

L'*Assistenza domiciliare integrata* nel 2006 ha preso in carico 414.153 persone, delle quali 62.511 (12,2%) di età inferiore a 65 anni, e 351.201 di 65 anni e oltre, pari al 3% del totale della popolazione anziana.

² Fonte: Istat: L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni. Anno 2005. http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20080626_00/testointegrale20080626.pdf

Nei Presidi residenziali socio-sanitari nel 2005 sono stati ospitati 229.628 anziani, pari al 2% delle persone di 65 anni e oltre residenti in Italia, un numero inferiore alla media di altri Paesi europei come l'Inghilterra (5,44%, anno 2005) e la Germania (4,54% anno 2003) o rispetto a quella degli Stati Uniti (4,76%, anno 2004).

Tra il 1995 e il 2006 in Italia:

- i posti letto ospedalieri sono diminuiti da 330.556 a 257.137 (-22%);
- le persone di 65 anni e oltre sono aumentate da 9.401.072 a 11.760.958 (+25,1%).

L'Institute of Medicine nel 2009³, nell'individuare le priorità dei temi da sviluppare per la *Comparative Effectiveness Research*, ne ha considerate 100 sulle quali svolgere 293 progetti di ricerca, e le più importanti le ha espresse nell'ordine indicato nella tabella 1.

In particolare, poi, una raccomandazione è stata fatta per lo studio delle malattie rare.

Dal National Institutes of Health Undiagnosed Diseases Program⁴, iniziato nel maggio 2008, è emerso che circa la metà dei pazienti ha problemi neurologici, il 40% è costituito da giovani nell'età evolutiva e il 60% è rappresentato da donne, che raggiungono il 70% della casistica che comprende anche le persone di età compresa tra i 30 e i 60 anni.

Una delle fondamentali conclusioni finora emerse dal programma è che il cervello rappresenta la nuova frontiera della medicina, visto che il numero di pazienti con problemi neurologici è cir-

ca pari al totale dei pazienti attribuibili a tutte le altre branche specialistiche.

L'altra conclusione riguarda il rapporto tra i medici e i pazienti e le loro famiglie, quest'ultimi particolarmente sensibili e riconoscenti quando i medici mostrano impegno professionale ed umano verso di loro, quale che sia la diagnosi.

La Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Salute (agenzia tecnica delle Nazioni Unite) adottata nel 1946, dichiara che la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste solamente nell'assenza di malattia o di infermità e che il possesso del miglior stato di salute che egli è in grado di raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano.

La Costituzione della Repubblica Italiana, entrata in vigore il 1 gennaio 1948, dichiara che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Da tutto ciò consegue che la prevenzione, la cura e la riabilitazione vanno considerate in modo unitario e continuo, e che tutta la medicina diventa preventiva, sia pure operativamente distinta in tre fasi⁵.

Vi è, infatti, la prevenzione "primaria" che mira ad individuare e combattere tutte le condizioni e possibili cause di malattia che derivano dall'ambiente fisico, biologico e sociale, un compito svolto da decenni dalla Sanità Pubblica, con la partecipazione dei medici condotti in funzione di ufficiali sanitari.

3 Fonte: Igleart JK. Prioritizing Comparative Effectiveness Research: IOM Recommendations. *N Engl J Med* 2009;361:325-327.

4 Fonte: Gahl A, Tift C. "The NIH Undiagnosed Diseases Program". *JAMA*, May 11, 2011;305:1904-1905.

5 Fonte: Guzzanti E. La Medicina Preventiva: collegamento tra servizi ospedalieri e di territorio. Atti delle VI Giornate su "L'Ospedale in Italia". Istituto Italiano di Medicina Sociale. Roma, 1977.

TABELLA 1 - Priorità dei temi da sviluppare per la "Comparative Effectiveness Research"

La organizzazione dell'assistenza sanitaria	50
Le disparità razziali ed etniche	29
Le limitazioni funzionali e le disabilità	22
Le malattie cardiovascolari	21
La geriatria	21
I disordini psichiatrici	17
I disordini neurologici	17
La pediatria	16

L'evoluzione nel tempo della demografia, dell'epidemiologia e della medicina richiedono ora nuove conoscenze, metodi e mezzi di prevenzione primaria, ma richiedono soprattutto la formazione in medicina generale, che non è la medicina interna.

Per essere un buon medico che tutela la salute, ancora prima che curare la malattie, si devono conoscere i comportamenti, gli atteggiamenti e i valori della popolazione e si deve saper comunicare con le persone affinché cambino consapevolmente il loro atteggiamento verso i problemi della salute.

Recuperando, infatti, lo spirito del medico condotto, ma non più isolato perché coadiuvato da infermieri e da altre figure sanitarie e sociali, il nuovo medico di medicina generale, operante in centri di sanità o case della salute dove collabora con altri colleghi, oltre ad orientare positivamente le persone assistite verso la pratica della prevenzione primaria, è anche in grado di ottenere la consapevole adesione alla prevenzione secondaria dei fattori precursori delle malattie e/o delle condizioni morbose già presenti ma ancora asintomatiche.

La rinnovata medicina di famiglia, in collaborazione con gli ospedali, svolge altresì un ruolo determinante nella prevenzione terziaria, impedendo o limitando l'evolvere delle condizioni croniche verso le ricadute, le recidive, le comorbilità e le disabilità.

La riforma sanitaria che verrà non si può limitare a modificare gli assetti istituzionali, ma deve proporre un cambio di paradigma, cioè un orientamento verso la "prevenzione in medicina", vale a dire un atteggiamento attivo e di contrasto che lotta fino all'ultima spiaggia.

Nel 1978, dapprima la legge 180 abolisce gli ospedali psichiatrici e affida la tutela della salute mentale ai Dipartimenti di Salute Mentale, che operano nelle comunità, da cui dipendono i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) da istituire presso alcuni ospedali generali, ma con un numero limitato di posti letto, per i trat-

tamenti sanitari obbligatori ed altre particolari emergenze.

Quindi la legge 194 provvede alla tutela sociale della maternità e l'interruzione volontaria della gravidanza, con effetti sugli ospedali e sui consultori familiari.

Dal 6 al 12 settembre 1978 si tiene al Alma-Ata (Kazakistan, allora parte dell'Urss) una Conferenza promossa dall'Oms che si chiude con una Dichiarazione, nella quale si afferma il principio della essenzialità della Primary health care perché in tutte le comunità del mondo si possa realizzare l'equità, l'accessibilità e la sostenibilità per la tutela della salute.

Considerata da molti una Dichiarazione valida solo per i Paesi in via di sviluppo, in Italia, invece, sembra trovare un degno accoglimento.

La legge 23 dicembre 1978, n. 833, che ha istituito il Servizio sanitario nazionale, disponeva che:

- La legge dello Stato, in sede di approvazione del Psn, fissa «i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini».
- Con D.P.R., sono gradualmente unificate, nei tempi e nei modi stabiliti dal Psn, le prestazioni già erogate dai disciolti enti mutualistici, dalle mutue aziendali e dagli enti, casse, servizi e gestioni autonome degli enti previdenziali.
- Alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme nell'intero territorio nazionale con una rete completa di Usl che si articolano in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento.
- Gli enti ospedalieri sono sciolti (e con essi i consigli dei sanitari) e i relativi presidi diventano stabilimenti delle Usl di riferimento. Gli ospedali sono ordinati in dipartimenti, per l'integrazione delle competenze tra specialità affini e complementari, anche attraverso il lavoro di gruppo e per il collegamento tra servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri.

Negli anni '80 l'istituzione dei "distretti sanitari di base", definiti dalla legge 833 del 1978 come

“strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento”⁵ era ritenuta come prioritaria ed urgente, oggi invece è la loro funzione di governance del territorio a dover essere supportata.

L'assistenza sanitaria primaria deve essere intesa come il complesso delle attività e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dirette alla prevenzione, al trattamento delle malattie e degli incidenti di più larga diffusione e di minore gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica⁶.

Dal punto di vista organizzativo, la medicina di base nella moderna concezione si differenzia dalla tradizionale figura del medico “solista” perché il medico di medicina generale ed il pediatra dovranno essere affiancati da un gruppo di altre figure professionali sanitarie, e dovranno avere la possibilità di un facile e pronto riferimento ad alcuni specialisti, in particolare l'ostetrico-ginecologo, il cardiologo, lo psichiatra e l'odontoiatra. Se a tutto ciò si aggiunge la possibilità che personale dipendente da altri enti od organismi, quali assistenti sociali e gli addetti ai servizi di assistenza domiciliare, possa essere inserito in programmi congiunti di azione verso gli individui ed i gruppi vulnerabili ed a rischio, ecco completarsi la fisionomia del distretto che è la vera essenza della riforma sanitaria.

La medicina di base e quella ospedaliera non possono isolatamente risolvere i complessi problemi sanitari di una società moderna e, perciò, riconosciuta la complementarità dei rispettivi ruoli, devono stabilire delle forme di collaborazione tra una medicina di base, da organizzare, ed una medicina ospedaliera, da rivedere nel suo ruolo e nelle sue funzioni.

Il Servizio sanitario nazionale, infatti, ha bisogno di un nuovo modello culturale, ancor prima che organizzativo, di cui la medicina di base e quella

ospedaliera rappresentano le due metà tra loro complementari ed indissolubili.

Nel 1999 con d.lgs n. 300, il Ministero della sanità viene denominato “Ministero della salute” e questo lascia ben sperare che, oltre ad adeguarsi ai termini health e santé, che sin dalla Costituzione adottata nel 1946 caratterizzano l'agenzia tecnica delle Nazioni Unite per la tutela della salute con gli acronimi Who/Oms, ci si sta dirigendo verso un modello di tutela della salute che ha carattere “proattivo”. Infatti, anzitutto promuove la salute con l'informazione e la formazione delle persone, impegnandole in stili di vita sani e dissuadendoli da comportamenti nocivi a sé e agli altri; poi previene i fattori di rischio conosciuti e le malattie già presenti, ma asintomatiche; quindi diagnostica e cura le patologie presenti, acute e croniche; se necessario riabilita le funzioni menomate a causa di malattie o infortuni; nei casi necessari, fornisce l'assistenza palliativa.

Da qualche tempo, però, si è cominciato a parlare di “cure primarie”, “cure palliative”, ecc., espressioni che contrastano con la terminologia ufficiale dei tre Livelli di assistenza (Lea):

l'Assistenza collettiva e sanità pubblica, l'Assistenza distrettuale e l'Assistenza ospedaliera.

La legge costituzionale n. 3 del 2001 ha devoluto l'assistenza sanitaria alle Regioni, ma nel quadro dei Lea stabiliti dallo Stato e sempre considerando i tre Lea tra loro integrati, come emerge anche dal Patto per la salute per gli anni 2010-2012.

The *World Health Report 2008* della Who è dedicato al 30° anniversario della dichiarazione di Alma-Ata e porta il significativo titolo: “*Primary Health Care: Now more than ever*”.

Si sostiene nel rapporto che, di fronte al mutare della demografia e della epidemiologia e in presenza di nuove condizioni economiche e sociali che con il loro mutare creano disuguaglianze tra i Paesi e all'interno degli stessi, occorre una nuova configurazione della assistenza sanitaria, trop-

⁶ Fonte: Guzzanti E, Longhi T. Medicina di base e medicina ospedaliera. Federazione Medica 1985; 9:1005-1011 (editoriale).

po sbilanciata verso l'assistenza ospedaliera e focalizzata sulle specializzazioni, le tecnologie e gli specifici problemi di singole malattie.

Occorre quindi rivalutare la Phc che è una condizione necessaria, anche se non sufficiente, per garantire alle singole comunità la tutela della salute in condizioni di equità.

Gli orientamenti della programmazione nazionale sono rivolti proprio in questa direzione.

BOZZA DI PIANO SANITARIO NAZIONALE 2011-2013⁷:

Centralità delle cure primarie

In un contesto fortemente orientato verso il sapere specialistico vi è la necessità di una visione integrata ed olistica dei problemi di salute, delle singole persone e della comunità a cui esse afferiscono.

Tale compito è affidato anche alle cure primarie, in particolare alla medicina generalista e alle altre componenti dell'assistenza convenzionata, in una logica di rete. I principali obiettivi ad esse affidati sono:

- promuovere il benessere e affrontare i principali problemi di salute della comunità.
- prendere in carico i pazienti in modo globale e completo.
- sviluppare le competenze e valorizzare il ruolo del personale infermieristico.
- favorire la continuità assistenziale.
- concorrere ai processi di governo della domanda.
- misurare il mantenimento e il miglioramento dello stato di salute del singolo e della comunità.
- favorire l'*empowerment* dei pazienti.

Le cure primarie sono riconosciute nelle strategie aziendali, nelle quali viene affidata al distretto la *governance* del sistema per l'erogazione di livelli appropriati.

Continuità delle cure ed integrazione ospedale territorio

Per gli assistiti che vengono dimessi dall'ospedale e presi in carico sul territorio, la continuità del-

le cure deve essere garantita, già durante il ricovero, da un'attività di valutazione multidimensionale che prenda in esame sia le condizioni cliniche sia quelle socio assistenziali del paziente ai fini di definire, in accordo con il Mmg e durante il ricovero stesso, il percorso più idoneo in rapporto ai servizi esistenti.

Anche nella gestione delle cronicità il Mmg è il principale riferimento e corresponsabile di una gestione integrata del percorso diagnostico terapeutico più appropriato per il paziente.

La gestione della cronicità può prevedere un'organizzazione territoriale che comprenda la possibilità di disporre di posti letto territoriali/servizi residenziali gestiti da Mmg e personale infermieristico, all'interno di apposite strutture di cura intermedie, e al contempo percorsi dedicati per il ricovero ospedaliero.

Il Punto Unico di Accesso (PUA) è una modalità organizzativa che facilita la collaborazione e il coordinamento tra le componenti, pubbliche e non, sanitarie e sociali impegnate nel percorso di cura sanitario per:

- pazienti post-acuti dimessi dall'ospedale che corrono rischi elevati se non vengono loro assicurate le necessarie competenze cliniche ed infermieristiche, in una struttura dedicata o a domicilio;
- pazienti cronici, stabilizzati sul territorio, che richiedono l'assistenza di team multidisciplinari presso il domicilio del paziente o in una struttura protetta;
- pazienti cronici in buone condizioni di salute, il cui monitoraggio si effettua nel loro domicilio, educandoli alla collaborazione attiva per l'auto-cura.

La gestione della cronicità richiede la definizione di una rete assistenziale che integra le varie componenti istituzionali e non, può avvalersi di posti letto territoriali/servizi residenziali gestiti da Mmg e personale infermieristico, anche in qualità di case manager, ma anche delle famiglie, delle associazioni, delle istituzioni profit e non pro-

7 Documento approvato dalla Conferenza Unificata il 22 Settembre 2011, in fase di ridefinizione.

fit, in altre parole il ricchissimo capitale sociale che caratterizza moltissime realtà locali italiane.

Il volontariato

Il mondo del volontariato e del terzo settore è costituito da una pluralità di enti e di organizzazioni che, pur essendo molto diverse tra loro, sono accomunate dalla finalità di contribuire alla realizzazione del pubblico interesse, la tutela della salute nel suo significato più ampio.

Il ruolo svolto dai soggetti della società civile nell'ambito della tutela della salute e del sistema integrato dei servizi sociali è di straordinaria importanza, in particolare per la umanizzazione del servizio e per le istanze etiche di cui è portatore, con effetti innovativi nel Ssn.

In questa prospettiva il volontariato nelle sue diverse espressioni, diventa fondamentale strumento di integrazione al sistema pubblico, in attuazione del principio di sussidiarietà (art. 118 Cost.). Il coinvolgimento dei familiari e del volontariato nei percorsi sanitari è l'elemento essenziale per permettere al paziente di esprimere la propria opinione per i servizi erogati.

Occorre consentire al mondo del volontariato e del terzo settore di effettuare interventi non parcellizzati, ma sinergici e coordinati con le attività delle istituzioni.

IL PATTO PER LA SALUTE 2010-2012

Il Patto per la Salute, sancito il 3 dicembre 2009 per gli anni 2010-2012 tra lo Stato, le Regioni e le P.A., prevede, tra l'altro, che i posti letto ospedalieri non possano superare 4 ogni mille abitanti, comprensivi dello 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, con il conseguente adeguamento delle dotazioni organiche.

Le norme attuali, infatti, impongono alle Regioni di non superare per il personale sanitario la spesa registrata nel 2004, diminuita dell'1,4% per ciascuno degli anni che vanno dal 2007 al 2012. Poiché nel 2009 la popolazione consisteva di

60.340.328 unità sui circa 241 mila posti letto consentiti è prevedibile che i ricoverati in condizioni gravi, critiche, con pluripatologie e instabili, rappresentino un carico tale da rendere improbabile che una dotazione organica in riduzione possa farsi carico anche dell'assistenza distrettuale.

D'altro lato, lo stesso Patto per la salute, al fine di facilitare i processi di deospedalizzazione, stabilisce l'obbligo per le Regioni di un atto di programmazione integrata dei posti letto di residenzialità e semiresidenzialità e l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri pazienti non autosufficienti.

LE "LINEE DI INDIRIZZO" DELLE REGIONI PER IL CONFRONTO CON IL GOVERNO (FEBBRAIO 2012)

Le linee di indirizzo oggetto di confronto tra Stato e Regioni riprese dal nuovo Patto per la salute per gli anni 2013-2015 ancora in fase di discussione sono:

1. Cure primarie con lo sviluppo di forme associative complesse.
2. Sviluppo delle reti che permettano una maggiore presa in carico dei cittadini, soprattutto con riferimento alla cronicità e alla non autosufficienza.
3. Forte integrazione con il sistema socio-sanitario.
4. Nuove regole per i piani di rientro delle Regioni in disavanzo per assicurarne l'efficacia dal punto di vista della qualità dei servizi e del governo della spesa.
5. Garanzia di investimenti adeguati per poter sostenere le innovazioni e l'ammodernamento tecnologico delle strutture.

Il Gruppo Indipendente per lo Studio dell'Assistenza Primaria (GISAP)⁸, con un proprio contributo, ha inteso confermare quanto in Italia è stato scritto e prescritto per l'affermazione della Assistenza Primaria nell'ambito dei Distretti, sostenendo che solo una rivalutazione, normativa, professionale ed or-

8 Fonte: Guzzanti E. et al. L'Assistenza Primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra. Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma 2009.

ganizzativa, della medicina generale, della pediatria di libera scelta e della continuità assistenziale potrà rendere più stabile e sostenibile il malfermo assetto attuale del Servizio sanitario nazionale (tab. 2).

I libero professionisti operanti in convenzione nel territorio, riorganizzati nelle loro modalità di lavoro, con un impegno più significativo in termini di partecipazione oraria e di collaborazione interprofessionale e pluridisciplinare, possono realizzare in Italia quanto ha ribadito la Who nel 2008.

PAZIENTI AD ALTO GRADO DI TUTELA⁹

Nell'ambito delle patologie, ce ne sono alcune di grande rilevanza medica e sociale in quanto:

- generano situazioni di disabilità gravissima e non

emendabile ad andamento cronico, di cui spesso non sono noti i meccanismi patogenetici che le scatenano né si dispone di mezzi terapeutici capaci di debellarle o, almeno, di arrestarne il processo degenerativo;

- hanno un devastante impatto psicologico ed operativo sulle famiglie chiamate a farsi carico di oneri, anche economici, inversamente proporzionali all'offerta assistenziale del servizio pubblico;
- sono responsabili di elevati costi complessivi di assistenza contenibili solo attraverso una risposta del sistema sanitario coordinata ed efficiente;
- sollevano nuove complesse e delicate questioni etiche con cui le Istituzioni ed il Paese tutto sono chiamati a confrontarsi.

9 Fonte: Piano Sanitario Nazionale 2011-2013: documento approvato in Conferenza Unificata del 22 settembre 2011.

TABELLA 2 - Assistenza Distrettuale

Medici di medicina generale	45.626	Distretti	742
Pediatrati di libera scelta	7.389	DSM	179
Medici di continuità assistenziale	15.013	SERT	545
Medici dell'emergenza territoriale	3.445	Farmacie	17.524
			di cui 1.412 pubbliche
Medicina dei servizi	2.164	Riab. ex art. 26	775
			(27.486* posti r.)
Medici specialisti	13.453	Res. psichiatr.	1.552
			(17.101* posti r.)
Altre professionalità	584	Res. anziani	4.516
			(227.315* posti r.)
Farmacisti	45.000		
TOTALE	122.624	TOTALE	271.902

N.B. I dirigenti sanitari del SSN sono 114.794 di cui 110.904 medici (85%)

TABELLA 3 - Professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione

Infermiere	314.000	Assistente sanitario	8.600
Infermiere pediatrico	10.000	Tecn. prev. Amb. e lavoro	30.000
Ostetrica	15.500	Tecnico laboratorio	30.000
Fisioterapista	40.000	Tecnico radiologia	21.000
Logopedista	8.000	Dietista	3.000
Ortottista	3.000	Igienista dentale	2.200
Podologo	1.200	Tecnico audiometrista	1.200
Tecn. riabilitaz. Psichiatrica	3.000	Tecnico audioprotesista	2.500
Terap. Neuro età evolutiva	1.500	Tecnico neurofisiopatologia	1.500
Terap. Occupazionale	1.000	Tecnico ortopedico	3.000
Educatore professionale	25.000	Tecnico fisiop. Cardiocirc.	3.000

Il totale di professionisti sanitari (esclusi medici e chirurghi odontoiatri) è pari 369.100 su 22 profili professionali
Il totale dei Medici chirurghi e odontoiatri è pari a 370.374

Le patologie in questione riguardano in particolare:

- pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza;
- pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative ed invalidanti;
- pazienti affetti da demenza.

L'efficiente coordinamento delle tante figure professionali coinvolte nel contrasto a queste drammatiche patologie è possibile solo realizzando una rete integrata di servizi sanitari e sociali, nella quale preziose sono le figure dei Mmg e dei Pls non solo nell'iniziale ruolo diagnostico e di corretto indirizzo del paziente presso le strutture da coinvolgere, ma soprattutto nel loro ruolo di interfaccia tra paziente, famiglie e strutture operative, dai Centri di Alta Specializzazione fino al terri-

torio, garanti dell'efficacia, qualità, tempestività ed aggiornamento degli interventi prescritti nei confronti di chi, dimesso, ritorna presso il suo domicilio. Superfluo appare il sottolineare quanto importante, in questo contesto, può essere l'apporto del volontariato¹⁰.

Le tabelle 4 e 5, a dimostrazione dell'ingente investimento nella riorganizzazione dell'assistenza primaria in Inghilterra, riportano la spesa in percentuale del Pil e pro capite di 23 programmi di assistenza delle Primary Care Trust inglesi per gli anni 2009-2010.

Per una programmazione globale di servizi, presidi e processi assistenziali dovranno essere perseguite logiche di *hub and spoke*, rifiutando logiche localistiche e non disdegnando accordi interregionali.

¹⁰ A tal proposito si richiama il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 approvato in Conferenza Unificata del 22 settembre 2011 che rileva l'importanza del volontariato quale strumento di integrazione al sistema pubblico, in attuazione del principio costituzionale di sussidiarietà.

TABELLA 4 - Primary Care Trusts, England, 2009-2010: gross expenditure for 23 programmes (103,97 £ billion)

Mental Health Disorders	11,26	Endocrine, Nutritional and Metabolic Problems	2,89
Problems of Learning Disability	3,15	Healthy Individuals	2,11
Neurological	4,14	Problems of the Skin	2,08
	18,55	Problems of Vision	1,93
Problems of Circulation	8,00	Infectious Diseases	1,91
General Medical Services/Personal Medical Services	7,70	Disorders of Blood	1,40
Cancers & Tumours	5,86	Conditions of Neonates	1,28
Problems of the Musculo Skeletal System	4,76	Adverse Effects and Poisoning	1,07
Problems of the Genito Urinary System	4,63	Problems of Hearing	0,50
Problems of the Respiratory System	4,59		
Problems of the Gastro Intestinal System	4,58		
Problems due to Trauma and Injuries	3,74		
Maternity and Reproductive Health	3,62		
Social Care Needs	3,50		
Dental Problems	3,30		

TABELLA 5 - Primary Care Trusts, England, 2009-2010: gross expenditure per head of population for selected programmes

Mental Health Disorders	216,73 £
Problems of Learning Disability	60,53 £
Neurological	79,72 £
	356,72 £
Problems of Circulation	154,03 £
General Medical Services/Personal Medical Services	148,20 £
Cancers & Tumours	112,81 £
Musculo-Skeletal System	91,52 £
Respiratory System	88,42 £
Gastro Intestinal System	88,12 £
Total Gross Expenditure per head 2009-2010:	2.001,00 £

I SERVIZI PER GLI ANZIANI

La loro funzione e i rischi di un declino

48

i Quaderni di **MORJIOR**

di **Marco Trabucchi**

Università di Roma Tor Vergata e Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

L'epidemiologia indica che nei prossimi anni il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è destinato ad aumentare. Anche se le dinamiche demografiche ed epidemiologiche non devono condizionare in senso pessimistico l'impegno ad intervenire in modo adeguato per migliorare la condizione vitale delle persone anziane bisognose di supporti, resta come riferimento il recente dato pubblicato dall'Istat secondo il quale mantenendo gli attuali livelli di sopravvivenza nelle varie età della vita, nei prossimi anni il 50% della popolazione maschile supererà gli 81 anni e il 25% gli 88. Per il genere femminile il 50% supererà gli 86 anni e il 25% i 92. Ovviamente, nelle ultime decadi abbiamo assistito ad un forte miglioramento delle coorti, per cui il 90enne di oggi vive in una condizione nettamente migliore rispetto al suo coetaneo di 30-40 anni fa; ma, anche fatti gli adeguati aggiustamenti sul piano biologico e clinico, il fenomeno dell'aumento dei molto vecchi deve richiamare l'attenzione dei programmatori. Un altro dato, sempre di fonte Istat 2012, deve essere tenuto in considerazione nella prospettiva dei servizi per gli anziani; riguarda il guadagno di aspettanza di vita ottenuto dal 1992 al 2011, e cioè 5.4 anni per gli uomini e 3.9 per le donne. Questo tempo di vita in più è la conseguenza per il 70% e l'80%, rispettivamente per uomini e donne, del calo della mortalità dopo i 45 anni. Ciò significa che il progresso è stato ot-

tenuto con interventi mirati nella vita adulta e anziana e tra questi in particolare attraverso un adeguato supporto fornito dai servizi per le persone fragili. Lo scenario quantitativo deve essere completato con ulteriori indicazioni secondo le quali oggi sono in atto rilevanti modificazioni dell'incidenza di alcune malattie dell'età avanzata; ad esempio, la demenza presenta un trend importante in questa direzione. Anche se la prevalenza continuerà ad aumentare a causa dell'incremento della speranza di vita e quindi della sopravvivenza di persone ammalate, il fenomeno deve essere analizzato con attenzione rispetto all'evoluzione dei servizi, almeno a medio termine. Peraltro sembra essere in controtendenza con l'aumento di malattie quali il diabete, l'ipertensione, arteriosclerosi, ritenute esse stesse fattori di rischio di demenza, creando prospettive complesse che rendono difficile la programmazione e la conduzione dei servizi.

Le incertezze sul piano quantitativo indicate precedentemente suggeriscono l'esigenza di spostare l'attenzione dal piano dei numeri a quello della qualità e dell'identificazione dello specifico bisogno. Certo, alcuni parametri quantitativi non possono essere trascurati, ma si deve dare centralità al bisogno della singola persona, attraverso una precisa valutazione della condizione che ha portato alla perdita dell'autosufficienza e alla situazione attuale, anche per evitare la comparsa di fattori che ulteriormente aggravano la vita della persona fragile.

ALCUNE CONSIDERAZIONI DI METODO

In questo scenario particolarmente incerto si colloca l'attuale difficile condizione economica del Paese, che costringe ad una diffusa riduzione dei budget in area sanitaria, socio-sanitaria e assistenziale. Non è questa la sede per valutare le scelte sul piano economico-organizzativo, anche perché se ne riconosce l'importanza strategica per il nostro futuro come nazione. È però necessario riassumere – seppure schematicamente – il ruolo dei servizi per l'anziano fragile e i rischi ai quali incorre l'insieme della comunità, se la protezione da loro esercitata venisse meno perché non adeguatamente finanziati; cioè al fine di permettere a chi deve compiere scelte difficili di disporre di conoscenze per un'adeguata valutazione del rapporto tra costi e benefici (o tra tagli e perdite). Sullo sfondo vi è il paradosso di una società che invecchia assistendo ad una strategia di declino dei servizi quando proprio in queste circostanze sarebbe necessario uno sviluppo o quanto meno il protrarsi della condizione precedente.

Come premessa all'elencare le aree che più di altre vedrebbero ridotta la loro funzione a causa di tagli, vanno fatte alcune considerazioni di metodo. La prima riguarda direttamente la dimensione dei supporti finanziari per i servizi rivolti alle persone non autosufficienti; non è sempre necessario un impegno di rilevanti dimensioni in termini assoluti, perché in alcune zone del Paese basterebbe mantenere l'attuale livello, senza attuare tagli, per garantire la continuazione di servizi adeguati. Ovviamente sarebbe necessario recuperare l'inflazione. Diversa è la situazione soprattutto nel Sud, dove sono necessari investimenti di dimensioni più rilevanti, tenendo conto della rapidità dell'evoluzione sul piano demografico e sociale, per cui la transizione avviene con velocità più che doppia rispetto alle aree del Nord.

Un'altra premessa riguarda l'approccio generale ai problemi di servizi per le persone non autosufficienti; non devono essere esaminati in una prospettiva che enfatizza la crisi. Abbiamo gli stru-

menti per affrontare anche le difficoltà di oggi, purché si accettino le sfide e il principio che il cambiamento è necessario. Molte aree di conservazione vanno superate con determinazione, soprattutto da parte degli operatori. Per ottenere questi risultati è necessaria una logica di fondo per cui i risparmi hanno un'impostazione bottom up; chi si trova a contatto ogni giorno con il bisogno non solo identifica più facilmente le aree di spreco o di inutilità, ma è anche in grado di entrare nelle aree più delicate, dove il risparmio costa in termini di funzionalità, ma può essere gestito con il dovuto impegno e con inventiva. In questo campo l'introduzione delle tecnologie dell'informazione e comunicazione porteranno ad un notevole risparmio di tempo da parte degli operatori sia nell'assistenza territoriale che istituzionale. Però l'ICT richiede una reale e non solo formale capacità di adattamento. In questa stessa direzione è necessaria una drastica riduzione degli impegni burocratici che pesano sul sistema delle cure all'anziano e che coinvolgono operatori a tempo pieno, che potrebbero essere meglio utilizzati, ed operatori a tempo parziale che vedono parte del loro impegno lavorativo indirizzato verso obiettivi sostanzialmente inutili. Una vera spending review dovrebbe incominciare proprio dai settori che oggi hanno invece il ruolo principale nell'identificazione dei risparmi, con l'effetto ovvio di indirizzare i tagli verso le funzioni operative invece che verso quelle burocratiche. Non si riesce infatti a comprendere che solo un cambiamento profondo potrebbe, da un lato, rendere davvero efficaci i risparmi e, dall'altro, fare in modo che questi non vengano vissuti come l'ennesimo atto di ingiustizia e di mancato riconoscimento di chi lavora direttamente con le persone anziane non autosufficienti.

Il sistema ha un bisogno sempre più rilevante di sperimentazioni per identificare strade nuove per aumentare l'efficacia dei servizi a costi controllati; un declino complessivo del sistema porterebbe alla sterilizzazione di qualsiasi tentativo di cambiamento, con la soddisfazione di chi ha la

sola preoccupazione di conservare la “macchina” e non di migliorare i risultati. Nella stessa ottica si colloca la problematica legata alla formazione del personale di tutti i livelli. Se la riduzione dei finanziamenti colpisce in modo drastico – come purtroppo sta avvenendo in molte zone – la possibilità di continuare la formazione delle persone che lavorano nei servizi, si andrà incontro ad una progressiva decadenza del sistema, popolato da attori sempre meno capaci sul piano tecnico e meno motivati sul piano psicologico. Non è chiaro a chi gestisce che ogni macchina ha una propria obsolescenza dopo un certo numero di anni e che nei servizi ad alta intensità di lavoro il modo per continuare la “manutenzione” della macchina umana di chi lavora è la formazione a tutti i livelli e con le più diverse tecnologie, adeguate ad ogni specifica situazione. In particolare il lavoro di équipe risentirebbe di una riduzione della formazione, perché è basato su delicati equilibri che a loro volta sono fondati su competenze e sensibilità. Il problema del lavoro nei servizi per anziani è di gran lunga il più delicato rispetto a qualsiasi altra problematica organizzativa, perché sono in gioco fattori umani, economici, tecnici, organizzativi. Il mancato governo di quest’area da parte di chi ha responsabilità programmatiche ha portato a situazioni diverse, spesso critiche; un ulteriore taglio in un’area già al limite per quanto riguarda i salari delle diverse categorie di lavoratori porterebbe ad una crisi grave. Si tenga presente che la soddisfazione del personale rispetto al proprio lavoro (retribuzioni, ritmi, condizioni complessive, ecc.) nei servizi per le persone anziane si riflette immediatamente e senza tamponi sulla qualità dell’assistenza e quindi sui suoi aspetti tecnici e relazionali. È una criticità che deve far analizzare la delicatezza di qualsiasi atto che possa indurre un declino e che deve vedere alleati operatori e programmatori, nonché decisori politici, nel tentativo di ridurre la dimensione dei tagli, le modalità con le quali vengono messi in atto e quindi le conseguenze sull’assistenza.

I SERVIZI E IL RISCHIO DI DECLINO

Passando ad analizzare gli effetti diretti dei tagli sui servizi, e quindi sulle persone assistite, è necessario ricordare l’obiettivo di fondo dei servizi stessi, cioè il loro ruolo nel mantenimento della libertà e della dignità della persona anziana. Nella nostra società il fatto stesso di non essere più giovani induce ad una progressiva marginalità, nonostante le affermazioni teoriche sull’invecchiamento attivo al quale vengono dedicate attenzioni specifiche, quanto inutili (sono l’indiretta conferma che la persona non più giovane deve essere oggetto di interventi ad hoc, mentre una società equilibrata dovrebbe essere in grado di adattarsi alle esigenze di tutte le categorie di cittadini, attraverso capacità di accoglienza costruite sull’adesione spontanea e governata da scelte politiche precise). I vecchi non autosufficienti spesso trovano nei servizi la protezione sufficiente per esprimere al meglio il residuo di capacità e di autonomia del quale sono capaci; un servizio domiciliare, ad esempio, che offre al cittadino un controllo ripetuto della sua condizione di salute ed un rinforzo della capacità funzionale attraverso la riabilitazione dà allo stesso la capacità di uscire di casa, di non essere dipendente da condizioni di salute precarie e quindi di sviluppare rapporti sia nell’ambito della famiglia sia delle microcomunità vitali. Questo è un risultato che concretamente permette alla persona una maggiore libertà di fare, con ciò aumentando anche la propria autostima e la valutazione soggettiva della propria condizione, rinforzando il desiderio di dignità che è presente in ogni individuo. Se quel certo servizio viene ridotto sul piano quantitativo o peggiorato sul piano qualitativo, gli effetti negativi si riflettono a breve sulla persona fragile, anche perché frequentemente non dispone di supporti alternativi. Il rapporto tra servizi e persona fragile va alimentato attraverso interventi plurimi caratterizzati da disponibilità di sistemi organizzati e di operatori motivati ed abituati a gestire le difficoltà, in grado di mobilitare le risorse naturali

presenti nell'ambiente. L'obiettivo è instaurare un modello di intervento plurimo, indirizzato a diversi obiettivi, dalla cura delle malattie croniche per evitare riacutizzazioni e bloccarne l'evoluzione verso il peggioramento, alla perdita dell'autosufficienza che dipende dalle malattie, alla marginalità individuale e sociale che ne deriva, alla crisi dell'anziano cognitivamente integro quando intuisce la perdita di libertà e di collocazione comunitaria. Per chi ha una funzione cognitiva ridotta le considerazioni sono molto simili e riguardano l'incapacità di mantenere anche i piccoli spazi vitali concessi dalla pur limitata prospettiva di chi ha perso la memoria, l'orientamento, la capacità di relazione.

La salute dell'anziano è per definizione governata da fattori plurimi; infatti la capacità di interpretare la realtà personale, la situazione economica, la rete di relazioni, la solitudine sono fattori che interferiscono pesantemente con la sopravvivenza (cioè il misuratore più indiscutibile della condizione di salute) oltre ovviamente ai fattori biologici. Un servizio adeguato deve tenerne conto, anche se l'obiettivo principale è la salute somatica, pena il non raggiungimento di obiettivi importanti; uno dei rischi dei tagli è che i risparmi vengano compiuti prevalentemente nella valutazione dell'individuo (perdendo quindi la possibilità di costruire un "cruscotto" che governa le varie dimensioni dell'esistenza) e nelle aree del sostegno alle difficoltà psicosociali. Il tutto ha ricadute sulla salute stessa intesa in senso somatico, per cui l'individuo si ammala più frequentemente e quindi deve ricorrere a servizi sanitari ben più costosi di quelli assistenziali. Ma anche nell'ambito della salute se i servizi diminuiscono la loro attenzione, in particolare in senso proattivo, limitando il proprio intervento solo alle situazioni di malattia conclamata, si verifica certamente un aumento dell'uso dei servizi stessi. Ad esempio, se un servizio di assistenza domiciliare si limita a sorvegliare, ad esempio, i parametri di un diabete e non estende il proprio interesse alle varie situa-

zioni che concorrono a determinare uno stato di fragilità, sarà molto facile che la persona ammalata vada incontro ad una crisi ipoglicemica per mancata sorveglianza del quadro generale. In questo senso le ripetute affermazioni sulla complessità che caratterizza la vita della persona che invecchia, e che quindi dovrebbe caratterizzare anche gli interventi, richiede un approccio complessivo che è lontano da quello strettamente legato ad una malattia. Il declino in questo campo avrebbe, ad esempio, il nome di una focalizzazione per ragioni di disponibilità economica e quindi di tempo per gli interventi solo su malattie predefinite, perché adeguatamente rappresentate all'interno delle procedure che accompagnano gli interventi. La medicina dei protocolli, nata per risparmiare, si rivela sempre più la medicina della burocrazia (che di per sé costa) e la medicina degli outcome non raggiunti.

Il declino dell'assistenza alle persone anziane rischia di coinvolgere anche la collettività che costituisce la cornice all'interno della quale si sviluppa la vita di chi ha perso la propria autosufficienza. Infatti colpisce anche le famiglie che assistono la persona anziana; la presenza di servizi adeguati permette alla famiglia una vita meno angosciante, sia sul piano pratico (i servizi riducono il peso dell'assistenza alla persona non autosufficiente) sia sul piano psicologico, perché chi è concentrato sull'assistenza perde contatti con l'esterno ed aggrava la propria solitudine. In un momento di crisi economica di molte famiglie la riduzione dei servizi comporta anche un aumento delle spese per servizi sostitutivi, con un aggravio della condizione finanziaria. In alternativa si riducono le cure, con conseguenze negative per lo stato di salute. Una considerazione particolare è indotta dalla eventuale riduzione dei supporti economici diretti, come l'indennità di accompagnamento. In questo momento sarebbe un provvedimento con conseguenze pesanti su molti nuclei familiari, che utilizzano il contributo per equilibrare il bilan-

cio familiare. D'altra parte anche i contributi sostitutivi dei servizi in molti casi rappresentano una modalità di risparmio (perché di dimensioni inadeguate) e non rispondono alla domanda delle famiglie di essere accompagnate nelle difficoltà. Il duplice effetto ha ricadute disastrose, perché il nucleo familiare perde supporti sul fronte pratico e su quello psicologico; il tutto si verifica assieme a forti cambiamenti del mercato del lavoro perché alcuni componenti del nucleo familiare tornano a casa dopo un licenziamento e sono indotti a sostituire le cosiddette badanti di origine straniera. Anche queste ultime spesso risentono della riduzione dei servizi domiciliari, perché si trovano ad operare senza "le spalle coperte".

Il declino riguarda la città come luogo di interazione tra le persone, perché vi sarà un numero crescente di persone anziane da accompagnare e da curare, sostituendosi ai servizi in crisi; il volontariato e le aggregazioni spontanee hanno un ruolo importante, ma non raggiungeranno mai la capacità di sostituire servizi inadeguati a causa della diversa competenza tecnica; d'altra parte per il principio di sussidiarietà le energie che crescono nella comunità devono essere dirette a finalità diverse da quelle di sostituzione. A prescindere dagli aspetti economici (gli enti locali si trovano a svolgere compiti per i quali non hanno adeguate capacità finanziarie), la pressione sulle comunità locali provocherà una perdita di fiducia nelle dinamiche collettive e quindi una reale perdita di capitale sociale. Anche il volontariato vive con frustrazione il compito di sostituire i servizi, sapendo bene di non essere adeguatamente preparato.

Nell'ottica indicata il declino colpisce anche le persone sane, siano essi anziani o giovani. I primi infatti vivono le incertezze e le paure di una condizione che sentono non protetta; i giovani d'altra parte guardano con preoccupazione alla propria collocazione in una comunità che non si prende cura delle persone più deboli. La spesa per i servizi alle persone non autosufficienti non è in-

fatti interpretata come una sottrazione, ma come un'assicurazione.

Una particolare attenzione viene dedicata dalla città al declino qualitativo e quantitativo dei servizi residenziali. Infatti le case di riposo (intendendo con questo termine la miriade di denominazioni inventate dalla burocrazia) rappresentano il luogo che assorbe tutte le crisi delle famiglie di fronte ad un anziano che non è più possibile assistere a casa; se questo luogo, a causa della decadenza complessiva, non risponde più sul piano qualitativo né su quello quantitativo alle richieste della comunità, le ricadute sono particolarmente pesanti. Infatti nella città si formano gruppi di anziani non autosufficienti che rappresentano un continuo richiamo a compiti inevasi (anche perché vi è una contemporanea riduzione dei servizi domiciliari); ciò comporta un disagio pratico perché molte persone abbandonate ricorrono ai servizi ospedalieri, con aumento di costi, ma anche subendo le conseguenze negative dell'ospedalizzazione stessa, ed un disagio psicologico perché nelle strade della città si diffonde l'angoscia per un numero crescente di persone non adeguatamente curate.

La riduzione dei servizi comporta anche una crisi delle prestazioni nelle residenze, che la collettività è in grado di valutare rispetto alla capacità di mantenere l'autosufficienza e di gestire le malattie intercorrenti. Tenendo in considerazione il progressivo invecchiamento della popolazione residente, la condizione di grave compromissione funzionale e l'alta prevalenza di ospiti affetti da demenza, si comprende come la riduzione dei servizi prestatosi rischi di ricadere su outcome importanti come la durata della vita, la condizione soggettiva di benessere, la presenza di segni che testimoniano direttamente il basso livello delle cure (piaghe da decubito, cadute, denutrizione, contenzioni, ecc.). Questa condizione induce gravi danni sui residenti ed è fonte di preoccupazione per le famiglie che vivono con angoscia il contatto con familiari non adeguatamente curati. Nel complesso il disagio si esprime anche

come una complessiva perdita di capacità programmatoria; il servizio viene prestato sulla base di un continuo adattamento alle richieste, senza una visione complessiva, che discenda da una precisa impostazione culturale. Il declino economico diventa rapidamente - oltre che un declino operativo - anche un declino delle idee e dei modelli che permetterebbero un miglioramento nel tempo dell'assistenza nelle residenze (ma anche nel complesso dei servizi).

Stiamo vivendo una situazione molto delicata. La storia e la civiltà del nostro Paese impongono attenzione e cura, mentre la crisi spinge in senso opposto. Ma la capacità di mediazione di operatori, programmatori e politici permetterà certamente, nel breve periodo, di identificare strade sulle quali le persone più fragili possono godere di adeguati supporti, senza che su di loro ricada l'accusa di contribuire alla crisi economica della Nazione.

LA RETE DEI SERVIZI PER LA LONG TERM CARE

54

i Quaderni di **MORJIOR**

di **Giovanni Fosti, Ornella Larenza, Francesco Longo, Andrea Rotolo**

CERGAS (Centro di Ricerca sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale), SDA (Scuola di Direzione Aziendale), Università Bocconi, Milano

Per integrare la rete per la long term care e qualificarne l'efficacia occorre innanzitutto definire il perimetro di servizi e correlate risorse che devono essere connessi. È, pertanto, essenziale partire dalla fotografia dei comparti che si vorrebbe connettere, analizzando le loro caratteristiche e specificità. Per costruire reti di servizi sociali è importante, inoltre, comprendere le dinamiche emergenti nei processi di riproduzione sociale, per costruire un sistema coerente con la società, con i suoi bisogni e con la sua cultura. A questo si aggiunge la necessità di analizzare la geografia dei produttori e delle loro caratteristiche, perché nei servizi socio-sanitari è la struttura dell'offerta, di norma, a determinare le specificità dei servizi. Alla luce di questi tre passi analitici preliminari (la struttura del welfare, i meccanismi di riproduzione sociale prevalenti, la rete d'offerta) è possibile ipotizzare traiettorie di policy capaci di generare integrazione dei servizi. Questo ordine logico rappresenta la traccia seguita nel presente scritto.

FOTOGRAFIA DEI SERVIZI E DELLE POLITICHE DI WELFARE

Il welfare sanitario, socio-sanitario e sociale italiano vale complessivamente 198 miliardi/anno, ovvero 3.300 euro per abitante, rappresenta il 13% del Pil e costituisce il più grande settore dell'economia.

Di questo importo il Ssn consuma circa 106 mld

all'anno, ovvero il 7% del Pil, a cui occorre aggiungere 30 mld di spesa out of pocket delle famiglie per la sanità privata, cioè 2 altri punti percentuali di Pil, per un totale di 136 mld di spesa sanitaria del Paese pari al 9% del Pil.

La spesa sociale del Paese, ammonta invece, complessivamente, a 62 mld annui. Nella tabella 1 nella pagina successiva è possibile osservarne la composizione: essa si divide in quattro principali comparti: 16,8 mld per gli assegni familiari; 16,8 mld per il contrasto alla povertà; 16,4 mld per l'assistenza alla non autosufficienza, tutti gestiti direttamente da Inps attraverso trasferimenti finanziari, e 8,6 mld di spesa sociale dei Comuni, che sono utilizzati invece in prevalenza per finanziare l'offerta di servizi reali.

Emergono dalla composizione della spesa alcuni tratti di specificità del quadro istituzionale – normativo italiano. Innanzitutto, nel mare magnum della spesa socio-assistenziale la quota di servizi erogata dai Comuni è minima, rappresentando solo 8,6 mld rispetto al totale di 62 mld di spesa sociale. Qui emerge un primo paradosso: nel nostro Paese è attribuita ai Comuni la responsabilità ultima del sistema sociale, quando essi dispongono di così poche risorse rispetto al totale.

Una seconda specificità del tutto italiana riguarda il ruolo dell'Inps e le implicazioni rispetto al mix di trasferimenti finanziari versus servizi, che caratterizza il nostro Paese rispetto ai sistemi di welfare degli altri Paesi europei. Il principale En-

te previdenziale del Paese spende, al di fuori del sistema previdenziale, ben 33 miliardi di euro nei sistemi socio-assistenziale e socio-sanitario sotto forma di indennità di accompagnamento, invalidità e indennità per varie disabilità e sostegno al reddito minimo, soprattutto per gli anziani, a cui si aggiungono 16,8 mld di sostegno alle famiglie. Si tratta di un'ingente quantità di risorse utilizzate esclusivamente per trasferire moneta alle famiglie, senza precisi indirizzi di policy o di utilizzo. I trasferimenti monetari dell'Inps per servizi socio-assistenziali e socio-sanitari rappresentano una modalità di intervento eterodossa nel panorama europeo, sicuramente non scevra di contraddizioni. Guardando alla spesa europea per la sola funzione di protezione dalla disabilità¹, risulta infatti evidente come il nostro Paese destini la quasi totalità di queste risorse a trasferimenti monetari, diversamente dai nostri pari EU che privilegiano servizi o mix più bilanciati tra servizi e trasferimenti monetari. Allo stesso modo, l'analisi comparata delle riforme intercorse nell'ultimo decennio con riferimento all'offerta di servizi residenziali e domiciliari² per anziani dai

65 anni in su in Europa mostra come, nel nostro Paese, entrambe le categorie di servizio non abbiano conosciuto lo sviluppo di Paesi quali Olanda, Regno Unito, Francia e Germania, mantenendo inalterato un sistema sostanzialmente fondato sul trasferimento diretto di denaro ai cittadini.

Quanto agli effetti perversi prodotti dal sistema, basti pensare che si tratta di denaro pubblico per politiche socio-sanitarie rivolte principalmente alla LTC, per un valore complessivo di 33 miliardi, che diventa privato e scompare in un mercato informale e frammentato. Una delle anomalie più evidenti prodotte da questo sistema sta quindi nel fatto che tali risorse non siano convogliate verso un'offerta di cura industrializzata, ma contribuiscano a sbriciolare il sistema di offerta rendendolo, tra l'altro, sempre più opaco agli occhi di chi programma gli interventi sociali e socio-sanitari sul territorio. Non poche riserve si possono avanzare infine con riferimento all'equità del sistema. Dall'indagine Istat³ sui bilanci delle famiglie risulta infatti che non sempre i soggetti portatori delle situazioni di bisogno più gravose

1 EUROSTAT, ESSPROS 2008.

2 Pavolini, E., Ranci, C., (2008), Journal of European Social Policy, Vol 18(3): 246-259.

3 ISTAT It-Silc09.

TABELLA I - Le componenti del welfare sociale italiano

	milioni	in % Pil
SPESA PER ASSISTENZA SOCIALE NEL 2010	61900	4,0
Sostegno delle responsabilità familiari	16863	1,1
Assegni familiari	6347	0,4
Detrazioni fiscali per familiari	10516	0,7
Contrasto povertà	16801	1,1
Assegno per famiglie con tre figli, social card	800	0,1
Pensioni sociali	4001	0,3
Integrazioni pensioni al minimo (stima)	12000	0,8
Non autosufficienza e handicap	16394	1,1
Indennità di accompagnamento	12600	0,8
- di cui per anziani non autosufficienti	8800	0,6
Pensioni ai ciechi e sordomuti	1338	0,1
Altre pensioni agli invalidi civili	2456	0,2
Offerta di servizi locali	8605	0,6
Assistenza sociale (servizi)	8605	0,6
Altre spese	3237	0,2
Spesa delle famiglie per assistenti familiari (stima)	9200	0,6
Compartecipazione ai servizi offerti dai Comuni	933	0,1

siano anche i primi ad essere intercettati dal sistema: il 58% delle indennità di accompagnamento (tra le principali misure a favore dei non autosufficienti, non sottoposte al test dei mezzi e che da sola vale 12,6 mld di euro), ad esempio, ricade su beneficiari le cui famiglie si collocano entro i primi 6 decili di reddito mediano equivalente.

Un secondo peculiare meccanismo assistenziale è costituito dalle badanti che sono stimate in 800 mila unità con una spesa che era stata valutata dall'Irs qualche anno fa attorno ai 12 mila euro/anno a famiglia e complessivamente circa 10 miliardi di euro l'anno per l'intero Paese⁴. Considerati i fisiologici spill over tra i due meccanismi (i trasferimenti Inps e il ricorso alle badanti), si può pensare che in futuro questi valori continuino a crescere. I dati sulle prestazioni di protezione sociale, infatti, mostrano come la sola spesa per pensione di invalidità civile sia triplicata negli ultimi 20 anni passando da 5 miliardi di euro nel 1990 a circa 15 miliardi nel 2010.

In Italia, le badanti sono più dei dipendenti del sistema sanitario nazionale, che ammontano a circa 650 mila unità⁵. L'esplosione del fenomeno è avvenuta in soli dieci anni e smentisce il luogo comune che vuole che il nostro sia un Paese immobile. Il nostro Paese in realtà è tutt'altro che immobile, al contrario, il nostro Paese si trasforma, manca però la capacità di riconoscere questo dinamismo e di conseguenza di governarlo. Questo dovrebbe essere un segnale d'allarme per chi si occupa di pianificazione sociale.

Una ulteriore rilevante componente del welfare socio-sanitario è la sanità out of pocket, quella che i cittadini pagano di tasca propria e che vale 30 miliardi di euro. Questa comprende varie tipologie di spese: dalle visite odontoiatriche (10 miliardi) ad alcuni farmaci e soprattutto in generale tutte le visite specialistiche. È molto frequente, infatti, che si acceda ai servizi di una struttura ospedaliera solo dopo la visita specialistica a pagamento: in sostanza si paga un accesso al sistema, poi si continua gratuitamente nel perimetro pubblico.

4 Pasquinelli S., Rusmini G. (2008), Badanti: la nuova generazione, IRS.

5 Annuario statistico nazionale - Attività gestionali ed economiche delle Asl e Aziende ospedaliere - Anno 2008. Ministero della Salute.

TABELLA 2 - Consumo sanitario per abitante

Codice	Ambito	Mediana costo per res	Media costo per res	% media su costi totali	% cumulata
u21	Ricoveri ospedalieri	€ 631	€ 631	38%	38%
c12	Farmaceutica	€ 247	€ 252	15%	53%
b22	Specialistica	€ 219	€ 195	12%	65%
e20	Medicina Generale	€ 72	€ 72	4%	69%
m19	Anziani	€ 57	€ 68	4%	73%
s26	Salute mentale	€ 59	€ 58	3%	76%
r8	Prevenzione e Sanità Pubblica	€ 55	€ 50	3%	79%
n12	Disabili	€ 23	€ 32	2%	81%
q22	Pronto Soccorso	€ 37	€ 39	2%	84%
P8	Riabilitazione e lungodegenza	€ 29	€ 32	2%	86%
h27	Domiciliari	€ 20	€ 20	1%	87%
l18	Materno Infantile	€ 18	€ 16	1%	88%
d6	Protesica	€ 20	€ 22	1%	89%
f13	Pediatria Libera Scelta	€ 13	€ 14	1%	90%
t8	Dipendenze	€ 14	€ 14	1%	91%
g8	Continuità Assistenziale	€ 9	€ 9	1%	91%
o8	Hospice	€ 3	€ 4	0%	92%
i7	Screening	€ 4	€ 4	0%	92%
	Altri costi non ripartiti		€ 148	8%	100%
a30	Totale	€ 1.673	€ 1.671	100%	

Fonte: Longo, Tasselli, Salvatore, Organizzare la salute sul territorio, 2010

In sintesi, dei 3.300 euro ad abitante, quindi, 1.400 sono nel perimetro decisionale dei cittadini (inclusa la spesa Inps, che viene trasferita ai cittadini i quali ne decidono le forme di impiego) e il settore pubblico, di conseguenza, pesa nel suo complesso per i restanti 1900 euro circa ad abitante, con una componente largamente minoritaria in capo ai Comuni.

Inoltre, per quanto attiene alla sola spesa socio-assistenziale, va sottolineato come sia costituita quasi esclusivamente da trasferimenti di moneta alle famiglie (33 mld pari alla componente Inps), mentre i servizi reali sono residuali (meno di 8,6 mld annui, pari alla spesa sociale degli enti locali).

Data la rilevanza del Ssn nel complesso della spesa socio-sanitaria, è opportuno disporre di un quadro conoscitivo della sua spesa e della sua allocazione per ambiti di intervento. A questo proposito, la tabella 2 della pagina precedente mostra il livello di consumo sanitario per abitante, a prescindere dal tipo e dalla natura di erogatore, per ognuno dei principali ambiti di intervento del Ssn e la loro incidenza relativa sul totale.

Una prima constatazione riguarda il fatto che, nonostante nell'immaginario collettivo la sanità sia spesso identificata con l'ospedale, i ricoveri e i pronto soccorso assorbono solo il 40% della spesa sanitaria complessiva (106 miliardi pari a 1700 € per abitante). Possiamo quindi dire che oramai il ricovero ospedaliero è il "socio di minoranza" del sistema pur rappresentandone l'aspetto più visibile e più prestigioso; al contrario, i servizi territoriali sono dispersi, pertanto meno visibili, ma non per questo meno rilevanti in termini di risorse assorbite. L'analisi dei trend ci dice inoltre che l'ospedale ha un tasso di crescita pari a zero mentre la sanità specialistica cresce a tassi del 7% annuo, i servizi per i disabili del 10% annuo ed i servizi per anziani, come la riabilitazione domiciliare, hanno anch'essi tassi di crescita importanti. Di fatto non solo il ricovero ospedaliero è socio di minoranza del sistema sanitario, ma in prospettiva lo sarà sempre di più, come dimostrato dalla riduzione dei posti letto: l'Italia aveva nel '97 280.000 posti letto

pubblici che sono oggi diventati 180.000. Inoltre, alla riduzione dei posti letto si è accompagnata quella del totale dei ricoveri.

Sono invece in grande aumento le strutture territoriali come le residenze per anziani, hospice lungodegenza, strutture per riabilitazione: in poche parole tutto ciò che ha a che fare con la sanità a minore intensità specialistica, quasi tutta rivolta alla LCT degli anziani e dei disabili. Nel 2008, ad esempio, l'assistenza residenziale era offerta da 1.419 strutture pubbliche (26,7 % del totale) e 3.901 strutture private accreditate (73,3% del totale), l'assistenza semiresidenziale contava nello stesso anno un numero di strutture pubbliche pari a 979 (41,% del totale) e private accreditate pari a 1.367 (58,3% del totale). L'analisi longitudinale tra il 2005 e il 2008 mostra un trend in netta crescita per il privato accreditato (sebbene un trend positivo interessa anche le strutture pubbliche seppur in minor misura) in questi due settori di offerta sociosanitaria; in particolare, nell'offerta di strutture semiresidenziali la variazione è pari al 3,8%, mentre nel residenziale arriva al 5,8%. Non esiste una contabilità che ufficializza la spesa del Ssn per la LTC: la possiamo ricavare e dedurre dalla tabella 2, estrapolando le componenti che sono prevalentemente erogate per pazienti in LTC. Essa è composta dalla spesa per anziani (4% del Ssn), disabili (2%), riabilitazione e lungodegenza (2%), cure domiciliari (1%) per un totale del 9% del Ssn, che corrisponde a circa 10 mld di euro.

Nel complesso, a disposizione della LCT nel welfare complessivo italiano vi sono quindi 16,4 mld dell'Inps, 10 mld del Ssn e una quota degli 8,6 mld dei Comuni, stimabili in 2 mld. In totale, si tratta pertanto di 28,4 mld, di cui 16,4 sono trasferimenti monetari alle famiglie e 12 servizi reali agli utenti.

ANALISI DELLE PRINCIPALI TRASFORMAZIONI DEI PROCESSI DI RIPRODUZIONE SOCIALE

Per analizzare i cambiamenti nei processi di riproduzione sociale, proponiamo alcuni dati che

caratterizzano la Regione Lombardia, la più popolosa e ricca del Paese che costituisce per molti versi la rappresentazione più avanzata e matura di molti processi di trasformazione presenti sul territorio nazionale. Evitiamo in questo modo di proporre dati medi nazionali che spesso rischiano di compensare tra di loro gli estremi degli scostamenti, impedendo di cogliere i segnali dei fenomeni emergenti.

Sottolineiamo l'aumento del tasso di occupazione femminile (al 41,6 % in Lombardia e oltre il 60% a Milano⁶, target degli obiettivi EU di Lisbona) che modifica la geografia dei potenziali caregiver familiari; l'immigrazione (1 milione di nuovi italiani su 10 milioni di lombardi⁷) da cui arriva la maggior parte dei nuovi *caregiver*; l'invecchiamento, a sua volta distinguibile nella crescita numerica dei "giovani vecchi" sani e benestanti il cui problema principale è la valorizzazione esistenziale e dei "grandi vecchi" (ultra-ottantenni); la clusterizzazione economica e sociale; la crescita delle separazioni e delle famiglie "puzzle", anche in fasi di età avanzate; l'aumento rilevante della mobilità professionale e per motivi di studio, sia su base pendolare sia settimanale, modificando la geografia delle presenze e dei radicamenti sociali.

Particolarmente profonda è la clusterizzazione sociale emergente, cioè l'aumento della distanza tra i diversi segmenti sociali, sia rispetto alla differenze economico-patrimoniali, sia rispetto alla cultura e alle competenze disponibili, sia osservando la ricchezza e la profondità delle reti sociali di inserimento.

In questo contesto, il tema della cura e della valorizzazione degli anziani assume notevole rilevanza, soprattutto se si pensa che in Lombardia esistono oggi più famiglie con almeno un anziano che famiglie con almeno un mi-

nore⁸. La speranza di vita alla nascita è arrivata a 84,6 anni per le donne e 79,4 anni per gli uomini, con una speranza di vita a 80 anni rispettivamente di 10,2 e 8,5 anni. La maggioranza degli anziani in Italia, tuttavia, non manifesta condizioni di salute o limitazioni percepite come gravi o gravissime. Solo il 16,4% degli anziani lombardi afferma di stare "male o molto male", mentre meno della metà di coloro che hanno più di 65 anni soffre di limitazioni (gravi o non gravi) nello svolgere le attività quotidiane⁹.

Non meno importante è la situazione dei disabili, questione sulla quale la prima criticità è rappresentata dalla scarsità di informazioni e statistiche aggiornate. Secondo un'indagine del 2004-2005, si stima che nel nostro Paese vi siano circa 2 milioni e 600 mila persone con disabilità (il 4,8% della popolazione di 6 anni e più che vive in famiglia) che arrivano a 2 milioni e 800 mila se si considerano coloro che risiedono nei presidi socio-sanitari. Di questi risulta confinato il 2,1% e, tra le persone di oltre 80 anni, la quota raggiunge circa il 22,3%. In generale, il 3% della popolazione di più di 65 anni presenta difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane, cioè ha difficoltà ad espletare le principali attività di cura della propria persona (vestirsi o spogliarsi; lavarsi mani, viso, o il corpo; tagliare e mangiare il cibo, ecc.)¹⁰.

Sul lato dei principali meccanismi di riproduzione sociale si osserva come la maggior parte delle funzioni avvengano in seno alle famiglie, senza alcun supporto pubblico, né sul piano finanziario, né sul piano di offerta di servizi. A questo proposito, si pensi a tre specifici processi:

(a) La conciliazione famiglia-lavoro, soprattutto per l'assistenza degli anziani, dei disabili o dei figli, con un tasso di occupazione femminile al 60%, è interamente organizzata e sostenuta dal-

6 ISTAT, 2011, Rilevazione sulle forze di lavoro (dati 2010).

7 Rapporto ISMU, 2009.

8 ISTAT, 2010, Famiglia in cifre.

9 ISTAT, 2011, Rapporto sulla Coesione Sociale.

10 ISTAT, Indagine sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari del 2004-2005.

le famiglie, attraverso molteplici forme (tate, nonni, genitori in part time, rinunce femminili al lavoro, ecc.). Nel 2009, si calcola che sono state prestate 3 miliardi di ore di aiuto informale, 2,2 miliardi delle quali sono state prestate da donne¹¹;

- (b) Una consistente fetta di anziani non autosufficienti non è in carico a servizi pubblici e si sostiene prevalentemente con *caregiver* personali informali; ad esempio, in Italia il 6,6% degli anziani ultra 65enni utilizza una badante, una percentuale che aumenta nelle regioni del Nord, in cui il rapporto diventa di circa uno su dieci. È la forma più diffusa di assistenza, dopo quella fornita dai familiari¹²;
- (c) I giovani anziani stanno diventando sempre più spesso i *caregiver* di grandi anziani, grazie all'innalzamento dell'età di autosufficienza e di vita attiva.

I processi di riproduzione prevalenti che caratterizzano la fetta mediana e quantitativamente più rilevante della società avvengono in autonomia da parte delle famiglie. Queste si rivolgono prevalentemente a *caregiver* o mediatori informali, non qualificati e non inseriti in un sistema "industrializzato". Sono privati e figure informali come la badante (si stimano circa 126.000 badanti, tra regolari e irregolari, solo sul territorio lombardo¹³), la babysitter, l'amica straniera che accredita la connazionale per la ricerca del lavoro e della casa in affitto. Nei processi di riproduzione sociale prevalenti esiste, quindi, una radicale atomizzazione della domanda e polverizzazione dell'offerta, in assenza di interventi e di regia pubblica.

In questo quadro le famiglie si sentono sempre più sole, isolate e affaticate, generando una progressiva diluizione dei legami sociali. La frase più spesso citata dagli adulti delle famiglie è "sono

stanco/a", indicatore di fatica, frustrazione e scarsa accoglienza sociale reciproca.

LA GEOGRAFIA DEI PRODUTTORI

Gli schemi produttivi del welfare sociale italiano sono distribuiti in tre grandi modelli, dalle configurazioni profondamente diverse:

- a) la produzione diretta attraverso aziende o enti pubblici;
- b) la produzione esternalizzata a soggetti terzi che erogano prestazioni in nome e per conto degli attori pubblici;
- c) l'offerta sul mercato finanziata dalle famiglie con risorse proprie o con i trasferimenti finanziari di parte pubblica.

Il primo modello, costituito dalla produzione attraverso aziende o enti pubblici, si limita oggi quasi esclusivamente ad alcuni servizi socio-sanitari (salute mentale, dipendenze, materno infantile), alla funzione di accesso e counseling (assistenti sociali), agli alloggi popolari. In questo ambito gli schemi della produzione sono quelli tradizionali delle grandi burocrazie professionali pubbliche, molto specializzati, proceduralizzati, basati su professionisti qualificati, strutturati e protetti. Questa quota di produzione sta diventando residuale, essendo considerata dal sistema troppo costosa, troppo rigida (si pensi agli orari) e specialistica. Un esempio su tutti è quello dell'ADI, l'Assistenza Domiciliare Integrata per gli anziani. Nel 2008 sono stati trattati sul territorio nazionale 829 casi ogni 100.000 abitanti, con una media di 22 ore all'anno per ogni singolo caso, con significative differenze tra le regioni¹⁴. È evidente che questo tipo di risposta data dal pubblico non è sufficiente a coprire i bisogni espressi oggi dalla popolazione anziana non autosufficiente. Al proposito si osservi nella successiva figura 1 la quo-

11 ISTAT, 2011, Rapporto annuale.

12 Pasquinelli Rusmini 2008 Badanti la nuova generazione.

13 D. Mesini, S. Pasquinelli e G. Rusmini, 2006, Qualificare il lavoro privato di cura, IRS.

14 Annuario statistico del Sistema Sanitario Nazionale.

ta ormai predominante di gestori privati, anche nell'ambito socio-sanitario.

Il secondo meccanismo produttivo è attraverso soggetti terzi, sia di natura profit sia non profit, che erogano prestazioni per nome e per conto di soggetti pubblici. In ambito sociale prevalgono gli erogatori non profit, mentre in ambito socio-sanitario vi è un panorama misto tra profit e non profit. Si tratta per lo più di erogatori di piccole e medie dimensioni che operano su mercati locali. Sono ancora pochi i soggetti "industriali" che operano su scala nazionale, ad esempio alcune cooperative della Regione Emilia Romagna e alcuni player nazionali nell'ambito delle strutture protette per anziani e riabilitazione. Questi produttori catturano oramai il 70-80% delle risorse del welfare sociale e socio-sanitario pubblico dedicato all'erogazione di servizi. La competizione è molto marcata, la flessibilità imposta a questo mercato è fortissima (si pagano solo ore effettive erogate di servizio) e i costi riconosciuti ai fattori produttivi sono molto bassi (gli stipendi degli operatori sono sempre molto vicini al minimo contrattuale).

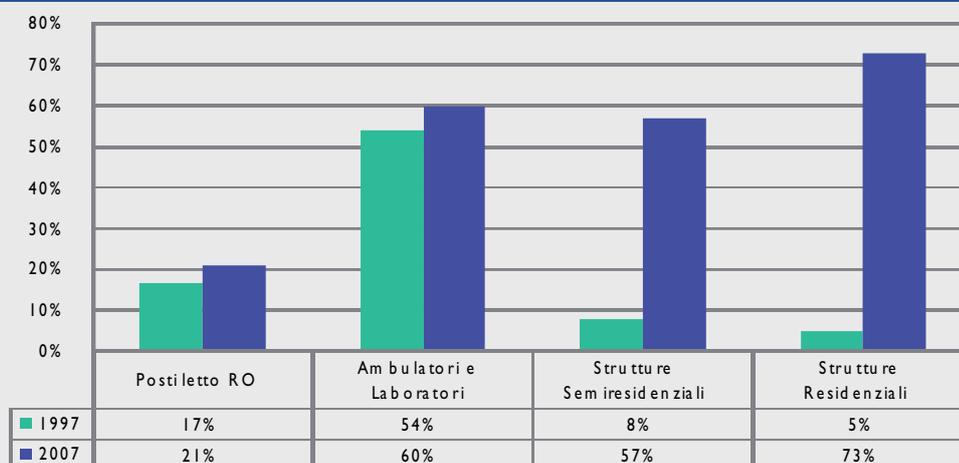
I produttori privati si distinguono, a loro volta, tra coloro che erogano prestazioni finali complete (gli accreditati) e quelli che erogano prestazioni

intermedie (appaltati). I secondi rappresentano spesso una soluzione ambigua in quanto l'appalto, di fatto, copre praticamente tutto il processo produttivo e l'unico elemento che rimane in capo al formale gestore pubblico è l'accreditamento. Rimane a questo proposito imperscrutabile come mai nel primo caso (accreditamento), in cui si tratta dell'assegnazione di una porzione di oligopolio di fatto senza il pericolo di nuovi concorrenti entranti, non vi sia la gara d'appalto, mentre nel secondo caso, che è una fornitura parziale *pro tempore*, esso sia obbligatorio. Inoltre, i privati si distinguono tra coloro che possono chiedere tariffe aggiuntive agli utenti, oltre il finanziamento pubblico, e quelli a cui ciò è vietato. Rientrano tra i primi i gestori di strutture per anziani accreditate, tra i secondi i gestori di strutture per pazienti psichici o tossicodipendenti e tutti gli "appaltatori".

Il terzo schema è quello che trova una sua ragion d'essere nella specificità delle nostre politiche di welfare, ampiamente caratterizzate dai trasferimenti alle famiglie. L'EUROSTAT¹⁵ ha calcolato che in Italia oltre il 70% della spesa per protezione sociale è rappresentato da trasferimenti monetari, mentre meno del 30% è invece costituito da erogazione di servizi. Le risorse trasferite da-

¹⁵ EUROSTAT, Database Esspros 2008.

FIGURA I - Crescente ruolo del privato accreditato



Fonte: Elaborazioni SDA Bocconi su dati Ministero della Salute

gli attori istituzionali pubblici, integrate da risorse proprie delle famiglie, alimentano il terzo schema produttivo, che è un esteso mercato in cui operano anche attori profit e non profit, ma è popolato soprattutto da caregiver informali personali, non formati, non certificati e non industrializzati in alcun modo. Si tratta di 800.000 badanti straniere, di centinaia di migliaia di babysitter, ecc. In questo schema produttivo prevalgono contratti informali e le retribuzioni sono molto basse, prevalentemente in nero o in grigio (si dichiara molte meno ore di quelle effettivamente svolte) con una significativa variabilità tra i diversi contesti geografici. Nel 2008, solo per l'assistenza privata ai non autosufficienti, si stima siano stati spesi circa 9 miliardi di euro¹⁶. È dunque probabile che per estensione finanziaria questo terzo "comparto" produttivo, superi per estensione gli altri due, ovvero la produzione pubblica e quella privata contrattata.

Le tre configurazioni produttive presentate hanno scarse forme di interscambiabilità e di apertura reciproca, a partire dall'estrema difficoltà degli operatori di muoversi da un comparto all'altro. Una Oss/Ota di una cooperativa difficilmente riesce ad inserirsi nel sistema pubblico, così come per una badante informale è difficile diventare una Oss/Ota di una cooperativa.

La mobilità fra i tre comparti è molto modesta e questo rende difficile una politica e una crescita complessiva di sistema. Si tratta di tre mondi che scarsamente dialogano tra loro, sul lato della integrazione o della mobilità dei fattori produttivi. Questo ha però anche riflessi critici sulla mancata integrazione dei servizi dei tre ambiti. L'infermiere professionale che assiste un anziano a domicilio per conto di una società, su committenza della Ausl, non dialoga con la badante, di cui non può riconoscere il ruolo formale (ricordiamo che si tratta di circa 800.000 operatori in un Paese che impiega, nell'ambito del proprio Ssn, 650.000 persone), la quale, anzi, ai suoi occhi, ef-

fettua una molteplicità di procedure "illegittime" in quanto non ha una qualificazione formale idonea per svolgerle. Ciò determina ridondanze e mancati processi di coordinamento che distruggono valore nel sistema complessivo.

Il quadro interpretativo e strategico rispetto alle scelte di *make or buy* assunte dal pubblico appare debole su più fronti. Da un lato, è stato orientato in larga misura da esigenze di contenimento dei costi e di esternalizzazione delle relazioni sindacali, e in quanto tale la relazione con i soggetti privati, profit e non profit, non è stata assunta pienamente come ambito prioritario di policy.

I produttori privati accreditati o appaltati si caratterizzano per essere estremamente piccoli e frammentati. Questo impedisce di avere economie di scala e di specializzazione.

Essi sono di norma dei produttori locali concentrati su un'unica area di disagio (i minori, o i tossicodipendenti, o i malati psichici, ecc.) e spesso per una sola fase del processo assistenziale. Questo determina frammentazione dei servizi e mancata ricomposizione per gli utenti. Ad esempio, un anziano che necessita prima di lungodegenza, poi di riabilitazione intensiva, poi estensiva, poi di Adi e poi di Sad, di norma entra in contatto con cinque Aziende diverse.

Il posizionamento che gli attori del sistema sono andati ad assumere trova la propria vera debolezza nel fatto che quasi tutti i produttori accreditati dal pubblico hanno sviluppato modelli di business quasi esclusivamente orientati al finanziamento pubblico, non avendo sviluppato competenze distintive di natura imprenditoriale, né per il fundraising di tipo filantropico, né per servizi a pagamento interamente finanziati dagli utenti. Pertanto non esistono cooperative di badanti o di babysitter.

Le condizioni di lavoro interne ai produttori accreditati e appaltati sono spesso estremamente difficili. Paradossalmente nel caso di organizzazioni non profit, le condizioni contrattuali e le retri-

¹⁶ IRS 2008, Badanti la nuova generazione.

buzioni sono spesso più basse che nel profit, in nome di un presunto orientamento valoriale. Ampia è la fascia del lavoro precario o di lavoro acquisito in format pesanti o dispersivi (poche ore al giorno di lavoro, sparse però nell'arco dell'intera giornata e dell'intera settimana, retribuzione solo delle ore erogate al cliente finale, ecc.). Questo determina un alto turn over tra gli operatori, deboli identificazioni organizzative e soprattutto un'insufficiente professionalizzazione del settore. In una recente ricerca del Cergas Bocconi¹⁷ è emersa una differenza di costo aziendale per ora lavorata per profili professionali identici – Oss/Ota – del 50% tra pubblico e privato (15 euro all'ora contro 23).

Un secondo elemento di debolezza dell'impostazione strategica degli attori pubblici è quella relativa ai caregiver informali: mentre questi attori stanno progressivamente andando a rappresentare la componente principale degli interventi, continuano ad avere un peso molto residuale dal punto di vista delle policy pubbliche.

Nel settore informale ovviamente non esistono preparazioni tecniche, qualifiche, percorsi di verifica o di aggiornamento, prospettive di carriera. Ciò che si registra è invece la presenza di reti sociali tra i caregiver, che funzionano come meccanismo di accreditamento nel mercato. Esse hanno anche un significato di sostegno emotivo reciproco e di scambio di informazioni e di competenze. Queste reti informali sono molto più forti dei deboli tentativi degli enti pubblici di codifica e legittimazione di questi caregiver.

UNA DIAGNOSI COMPLESSIVA

Il sistema di welfare sociale per la LTC è complessivamente povero, soprattutto nei confronti europei e del tutto sbilanciato su trasferimenti monetari alle famiglie, senza un ruolo attivo di counseling e di supporto. Questo alimenta la solitudine delle famiglie, la frammentazione delle prestazioni e la mancata industrializzazione del

comparto, basato soprattutto su erogatori informali individuali.

Inoltre il focus dei servizi è di tipo tradizionale (disabili, anziani non autosufficienti), trascurando quasi completamente le principali criticità emergenti dai processi di trasformazione sociale in corso (es. giovani anziani, solitudine sociale, ecc.). Vi è un disallineamento tra il cuore dei servizi di welfare sociale e i bisogni emergenti della società.

La quota rilevante di risorse monetarie a destinazione sociale e socio-sanitaria detenuta dalle famiglie rompe lo schema implicito classico che vede "i problemi nella società e le risorse finanziarie nel settore pubblico per affrontarle". Da anni quote rilevanti di risorse finanziarie per la riproduzione sociale sono già detenute dalle famiglie, ma non ricomposte in una offerta strutturata a pagamento da alcun attore. Lo stesso terzo settore è tradizionalmente sbilanciato sui servizi erogati e finanziati per conto del settore pubblico.

La crisi finanziaria ed economica aggrava il quadro, riducendo sia le risorse private, sia quelle pubbliche e aumentando i problemi.

Il settore sanitario ha un livello di spesa in media europea a livello nazionale (il 7% contro il 9% di Francia e Germania). I risultati in termini di outcome e di ammodernamento del settore sono buoni. Rilevante il processo di deospedalizzazione e di sviluppo di servizi territoriali in corso, così come l'incidenza del settore privato accreditato, arrivato a produrre oltre il 20% del budget sanitario nazionale.

Le principali criticità nel settore sanitario sono la fragile strutturazione dei servizi territoriali e ambulatoriali, la debole o assente integrazione tra ospedale e territorio e tra sanità e sociale. La difficoltà a organizzare le interdipendenze tra questi comparti, a fronte di pazienti prevalentemente cronici e quindi stabilizzati, determina azioni inefficaci e più costose.

¹⁷ F. Longo, E. Tanzi, 2010, I costi della vecchiaia, Milano, Egea.

CHE FARE?

Per impostare una policy di costruzione di una rete d'offerta di servizi per la LTC è decisivo definire il perimetro di gioco, ovvero quali comparti del welfare e quali risorse debbano essere prese in considerazione. A giudizio di chi scrive è necessario comprendere i servizi socio-assistenziali offerti dai Comuni di norma sotto forma di servizi reali (2 mld per la LTC su 8,6 complessivi per il settore socio-assistenziale), i servizi socio-sanitari del Ssn quantificati in 10 mld (ovvero la componente socio-sanitaria del Ssn), e la spesa di protezione sociale pagata dalle famiglie che comprende almeno i 16,4 mld trasferiti dall'Inps, a cui probabilmente si aggiungono ulteriori risorse dei pazienti, sia in ambito sanitario sia in ambito sociale, che però nessuna statistica ha finora monitorato. Questi 28,4 mld di spesa nazionale per la LTC presentano almeno i seguenti problemi:

- sono erogati da attori diversi non integrati tra loro;
- la quota prevalente di risorse sono in mano alle famiglie, senza una forte azione di counseling e di valutazione dei servizi selezionati in itinere ed ex post da parte di soggetti professionalizzati;
- l'offerta è strutturata largamente su cure giver informali, non organizzati e non specificatamente professionalizzati;
- la rete di offerta formale è fatta prevalentemente da piccoli produttori locali che curano una sola fase del processo assistenziale e spesso un solo ambito di cura.

Per risolvere queste rilevanti criticità bisogna sottolineare le caratteristiche istituzionali, organizzative e di policy del settore. Non esiste un fondo sociale nazionale strutturato e la spesa qui presentata come spesa complessiva per il welfare sociale è frutto di un'analisi scientifica che, ex post, ha ricostruito gli importi del comparto che opera attraverso numerosi schemi e programmi frammentati e mai ricomposti neanche contabilmente. Il quadro legislativo formale è largamente tralasciato da quello sostanziale: per legge le compe-

tenze in maniera sociale sono di competenza esclusiva delle Regioni, ma nei fatti sono agite centralmente dall'Inps, così come i Comuni hanno delle responsabilità istituzionali importanti, ma detengono una quota residuale delle risorse. I piani di zona fino ad oggi non sono riusciti neppure ad integrare del tutto le esigue risorse socio-assistenziali dei Comuni coinvolti in uno stesso ambito. Nel Ssn non esiste ad oggi una precisa definizione di spesa socio-sanitaria in genere e per la LTC in particolare. La mancata esplicitazione di chiari perimetri di spesa e di azione in ambito socio-assistenziale e socio-sanitario, rende impossibile l'integrazione delle risorse. Infine, sono rari i servizi in cui risorse delle famiglie si integrano in modo significativo con quelle pubbliche, se non limitatamente al caso del pagamento delle rette delle strutture protette. Di norma le cure domiciliari della famiglia avvengono con la badante informale, che ovviamente non è integrata con il Sad del Comune, il quale non è integrato con l'Adi della Ausl.

Per affrontare le criticità presentate nello scenario dato sono possibili tre percorsi, fondati su visioni diverse di quale sia il punto di ricomposizione più opportuno ed efficace.

Riforma macro-istituzionale per determinare il pooling di tutte le risorse per la LTC

In questo caso si cerca di costruire un unico soggetto pubblico che assommi in sé tutte le risorse oggi disponibili ma frammentate per la LTC. Si potrebbe trattare del livello regionale, a cui l'Inps trasferisce la gestione delle risorse per la non autosufficienza (come prevede la legislazione esistente). La Regione detiene già le risorse socio-sanitarie del Ssn e potrebbe cercare di attrarre le esigue risorse socio-assistenziali dei Comuni nell'unico pool di risorse per la LTC. Rimane da stabilire quale debba essere il livello istituzionale locale per la effettiva gestione dei servizi a cui la Regione trasferisce le risorse in maniera ricompota. Potrebbe trattarsi di associazioni obbligatorie di Comuni, coincidenti con gli ambiti dei

piani di zona, oppure dei distretti delle Ausl, in coerenza ai diversi scenari istituzionali regionali.

Counseling alle famiglie per aumentare la loro capacità di ricomposizione e integrazione

Una visione opposta può trascurare l'aggregazione delle risorse a livello sovraordinato delegando alle famiglie il lavoro di ricomposizione, facilitate da processi semplificati di "shopping around" tra i diversi attori distributori di servizi e risorse (Inps, Comuni, Ausl). Il modello è tanto più facilitato quanto più i soggetti del welfare garantiscono tutti semplice trasferimento di moneta agli utenti e alle loro famiglie, affinché siano queste a fare il pooling delle risorse, per acquisire poi i servizi in maniera unitaria ed integrata. Parte dei contributi pubblici possono rimanere in forma di servizi ma debbono essere così flessibili e manovrabili dalle famiglie, affinché esse possano più facilmente integrarle con altre componenti da loro acquisite. A titolo d'esempio, se un servizio di cure domiciliari è erogato da un erogatore accreditato finanziato da un voucher pubblico, questo rende più semplice alla famiglia l'acquisto di servizi o ore di servizio aggiuntive dallo stesso produttore sociale.

Aggregazione dell'offerta che agisce su diversi mercati pubblici contemporaneamente, offrendo un servizio integrato alle famiglie

Una ulteriore o diversa visione può basarsi su una

forte integrazione dell'offerta, attraverso due innovazioni fondamentali: aggregare i care giver informali in agenzie strutturate (es. cooperative) e trasformare i produttori in reti di servizi integrate utili per ogni fase del processo di assistenza ed ogni stadio del bisogno. A titolo d'esempio, una grossa cooperativa sociale dovrebbe essere in grado di garantire la badante a pagamento, il servizio di Adi pagato dall'Ausl, il servizio di Sad finanziato dal Comune, il letto di sollievo, il centro diurno, ecc. In questo caso, a prescindere dalla frammentazione delle fonti di finanziamento, il paziente e la sua famiglia trovano una piattaforma di servizi integrata e ricomposta.

Ognuna di queste visioni detiene vantaggi e svantaggi simmetrici opposti. Esse possono anche parzialmente essere sintetizzate tra loro, anche se si basano su razionali distinti e specifici. La prima ritiene cruciale l'esistenza di un unico soggetto pubblico responsabile dell'intera filiera dei servizi e dell'aggregato delle risorse. La seconda ritiene che sia la famiglia il migliore integratore dei servizi. La terza considera l'integrazione dei produttori la chiave per aggregare i servizi.

La scelta dell'una o dell'altra opzione dipende anche da opzioni ideologiche e di valore, tutte quant'è legittime. Pur nella ricchezza e varietà delle soluzioni possibili, ciò che preme sottolineare agli autori è l'esigenza di mettere a fuoco i confini del problema e di scegliere almeno una delle visioni disponibili.

I SERVIZI RESIDENZIALI IN ITALIA

Focus sugli anziani non autosufficienti

di **Enrico Brizioli**

Amministratore Delegato, Istituto di Riabilitazione Santo Stefano - Gruppo KOS

L'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti rappresenta da diversi anni una sfida e una prova di maturità per le Regioni italiane.

I presupposti di questa sfida sono fondati sui principali trend socio-demografici e programmatori della sanità italiana: invecchiamento della popolazione, aumento della sopravvivenza di persone con patologie croniche ed invalidanti, trasformazione della rete ospedaliera con riduzione dei posti letto e focalizzazione sull'acuzie, scomposizione del sistema di tutela assistenziale delle famiglie.

Le risposte delle Regioni risultano ad oggi molto difformi, sia in termini quantitativi che qualitativi, con un forte gradiente Nord-Sud. Bisogna del resto riconoscere che l'assenza di una normativa nazionale di riferimento non ha facilitato lo sviluppo omogeneo dei servizi.

LA NORMATIVA NAZIONALE

Il termine di Residenza sanitaria assistenziale (Rsa) venne introdotto in Italia alla fine degli anni '80 e formalizzato nella legge finanziaria del 1988 (L.11 marzo 1988 n. 67, art. 20) che stanziò una linea di finanziamento destinato alla realizzazione di una rete di strutture sul modello delle Nursing Homes statunitensi.

Dopo la Finanziaria del 1988 alcune indicazioni relative alla realizzazione di Residenze Sanitarie per Anziani compaiono nel DPCM 22 dicembre

1989, successivamente sostituito dal D.P.R. 14 gennaio 1997, relativo ai requisiti costruttivi ed organizzativi.

Le prestazioni residenziali vengono quindi individuate in due importanti decreti: il DPCM 14 febbraio 2001 (Decreto sulla Integrazione Socio-Sanitaria) e il DPCM 29 Novembre 2001 (Decreto sui Livelli essenziali di assistenza), che risultano tuttavia per alcuni aspetti contraddittori e di non sempre univoca interpretazione. Sulla base di questi provvedimenti le prestazioni residenziali sono state riconosciute come prestazioni "socio-sanitarie" con parziale copertura dei costi da parte del Ssn che deve garantire un contributo non inferiore al 50% del costo globale della prestazione. La restante quota (in genere definita "alberghiera") rimane in carico all'ospite o, in caso di sua incapacità economica, al Comune di residenza. Le Regioni hanno comunque normato l'argomento in modi molto difformi, così come per altri aspetti regolatori del settore (Pesaresi 2009).

Anche in considerazione delle differenti scelte normative adottate dalle Regioni, nel 2004 il Ministero della salute e la Conferenza Stato Regioni, nel definire le linee per il Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis), hanno costituito nell'ambito del Progetto Mattoni un gruppo di lavoro specifico (Mattone n. 12) per la definizione delle prestazioni residenziali e semi-residenziali. Il lavoro del Mattone n. 12 si è sviluppato in paral-

lelo con un'analoga revisione normativa avviata dalla Commissione Lea producendo al termine due documenti di centrale importanza:

- 1) Il Documento sulle Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali del Ministero della Salute (www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_733_allegato.pdf);
- 2) Il Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali".

Il Documento della commissione Lea indica anche la necessità di adottare strumenti di Valutazione multidimensionale (Vmd) e di definire 4 classi di prestazioni, successivamente riprese dal DM 17.12.2008 e caratterizzate da diversi livelli di complessità:

Livello R1 – Assistenza sub-intensiva in regime residenziale (hospice, comi etc.)

Livello R2 – Assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria

Livello R2 D – Assistenza residenziale specialistica per soggetti con demenza senile

Livello R3 – Assistenza residenziale a bassa integrazione sanitaria

L'attribuzione dell'ospite al corretto livello di assistenza dovrà avvenire mediante strumenti di analisi del case-mix assistenziale derivati dai dati della Valutazione Multidimensionale.

Purtroppo il gruppo di lavoro n. 12 del progetto Mattoni e la commissione Lea non sono riusciti ad ottenere dalle Regioni il consenso sull'adozione di un unico strumento di Valutazione Multidimensionale e di analisi del Case-mix. Hanno quindi individuato un set minimo di informazioni necessario ad alimentare il Flusso informativo residenziale (Far) che rappresenta una base dati comune ai più diffusi strumenti in uso e può essere da essi alimentato automaticamente.

Di conseguenza il DM 17.12.2008 prevede che il flusso informativo nazionale possa essere alimentato indifferentemente da uno dei tre strumenti validati dal Ministero (RUG, SVAMA,

AGED), nonché da eventuali diversi strumenti già adottati dalle Regioni, a condizione che per gli stessi vengano prodotti idonei files di transcodifica che ne documentino l'idoneità ad alimentare correttamente il flusso informativo nazionale. Il flusso doveva risultare operativo dal 1° gennaio 2011, ma ad oggi il sistema non è ancora a regime.

LA NORMATIVA REGIONALE

Le diverse Regioni hanno provveduto in questi anni a regolamentare il settore residenziale sulla base di modelli abbastanza diversi (Pesaresi, 2009). In quasi tutte le Regioni sono stati individuati almeno due livelli di assistenza residenziale, caratterizzati da differente complessità assistenziale e sanitaria. Alcune Regioni hanno individuato un livello assistenziale autonomo per l'assistenza ai soggetti con demenza senile. L'elencazione delle diverse normative regionali prescinde gli obiettivi di questo contributo, che vuole invece presentare i principi generali legati alle scelte normative delle Regioni.

La diversificazione dei livelli assistenziali, tuttavia, è stata talvolta legata alla gestione di una specifica fase assistenziale. In diverse Regioni infatti, specie in assenza di un adeguato sviluppo delle strutture di lungodegenza post-acuzie, le strutture residenziali a maggior capacità assistenziale (comunemente denominate Rsa) sono state destinate alla gestione a tempo determinato della dimissione ospedaliera, della stabilizzazione clinica, della rieducazione funzionale.

Queste scelte organizzative tendono ad essere superate dagli indirizzi della Commissione Lea e dallo stesso Decreto 17.12.2008, che assegnano alle strutture residenziali non il ruolo di gestione della post-acuzie, ma quello di garantire adeguati livelli di assistenza a tutti i soggetti non autosufficienti, per tutto il tempo in cui perdurano le condizioni di bisogno legate alla non autosufficienza.

Per quanto attiene all'utilizzo di sistemi di valutazione multidimensionale (Vmd) si registra una

grande varietà di soluzioni, spesso legate alla produzione di strumenti artigianali piuttosto che a strumenti effettivamente validati in campo nazionale o, meglio, internazionale (Bernabei 1995, Gallina 2006, Ferrucci 2001, Hawes 1997). Da diversi anni, tuttavia, è strutturato l'uso prevalente di strumenti come il VAOR/RUG e lo SVAMA, oltre al sistema SOSIA, utilizzato in Lombardia, anche se quest'ultimo in realtà non può essere considerato uno strumento di Vmd (Ferrucci 2001).

In quasi tutte le Regioni l'accesso ai servizi residenziali è subordinato ad una valutazione di appropriatezza da parte di una Unità Valutativa che opera presso il Distretto sanitario.

In termini di standard di offerta le Regioni hanno adottato criteri di programmazione molto difforni (ISTAT 2003), con grandi differenze tra le Regioni del Nord (che prevedono, e garantiscono, uno standard medio superiore ai 40 posti letto per 1000 anziani) rispetto a quelle del Centro (tra 10 e 20 pl per 1000 anziani) e a quelle del Meridione (inferiori a 10 pl per 1000 anziani).

Le scelte delle Regioni del Nord appaiono in linea con l'esperienza dei principali Paesi del Nord Europa che individuano un parametro di offerta di 5-6 posti letto per 100 anziani (50-60 x 1.000) come standard di riferimento (Wittenberg 1998, Comas-Herrera 2003).

Tuttavia il gradiente geografico di questi dati può trovare giustificazione in diversi parametri demografici e, soprattutto, socio-economici e culturali.

In termini di standard di servizio i criteri e i parametri adottati sono altrettanto difforni, e questo si ripercuote sulle tariffe di servizio che presentano una variabilità molto forte sia per quanto concerne la tariffa totale (che varia da 84 a 160 euro), che per quanto attiene alle tariffe alberghiere in carico all'ospite (Brizioli 2006, Pesaresi 2009).

Su questo ultimo punto si segnala la profonda diversità di vedute tra le Regioni che hanno rite-

nuto di dover vincolare le strutture "convenzionate" a garantire una soglia massima di tariffa alberghiera e quelle che hanno invece ritenuto di dover lasciare libertà nella determinazione di queste tariffe.

STANDARD ASSISTENZIALI

Come abbiamo visto, le singole Regioni applicano e misurano gli standard assistenziali secondo criteri non sempre assimilabili e coerenti.

In linea di massima il parametro più comunemente utilizzato è quello dei "minuti di assistenza giornaliera", intesa come somma totale del potenziale di assistenza espresso dalle unità di personale in servizio nella struttura nell'arco delle 24 ore.

I minuti di assistenza sono l'indicatore più comunemente utilizzato per qualificare il livello di assistenza erogata, presupponendo una correlazione tra l'entità delle risorse messe in campo e la intensità e qualità del servizio che ne deriva (Brizioli, 2006).

Nei minutaggi di assistenza vengono in genere conteggiati solo le figure di assistenza al paziente: personale infermieristico, operatori socio-sanitari (Oss o Osss), terapisti della riabilitazione, animatori. Viene escluso dal conteggio il personale amministrativo e tecnico-logistico di supporto.

Vengono conteggiati i minuti effettivamente lavorati ogni giorno, su media mensile, dal personale impiegato.

Alcune Regioni utilizzano indicatori leggermente differenti (numero di addetti per posto letto, turnistica specifica ecc.), che sono tuttavia riconducibili allo stesso concetto.

Gli standard di assistenza utilizzati variano in media dai 90 ai 150 minuti / die., con importanti differenze tra le diverse Regioni, non sempre giustificate dai livelli di complessità assistenziale delle strutture.

Il Documento della commissione Lea propone alcuni standard di riferimento che vengono presentati di seguito nella tabella 1.

TABELLA I - Standard previsti dal documento della Commissione Lea

Prestazioni *	Standard qualificanti **
R1	Guardia medica: h 24
	Assistenza medica: 300 minuti / die per nucleo
	Infermiere: h 24
	Assistenza globale > 210 min / die per ospite di cui assistenza infermieristica > 90 min/die per ospite
R2	Assistenza medica: 160 minuti / die per nucleo
	Infermiere h 24
	Assistenza globale > 140 min / die per ospite di cui assistenza infermieristica > 45 min / die per ospite
R2D	Assistenza: 120 minuti / die per nucleo
	Infermiere h 12
	Assistenza globale > 140 min / die per ospite di cui assistenza infermieristica > 36 min / die per ospite
R3	Assistenza medica: 80 minuti / die per nucleo
	Infermiere h 8
	Assistenza globale > 100 min / die per ospite di cui assistenza infermieristica > 20 min / die per ospite
SR	Staff: Infermiere, OSS, Animazione
	Assistenza globale > 50 min / die per ospite
SRD	Staff: Infermiere, OSS, Psicologo
	Terapia cognitiva e orientamento
	Assistenza globale > 80 min / die per ospite

L'applicazione degli standard assistenziali deve tuttavia tener conto del lay-out organizzativo e delle dimensioni globali della struttura. Nelle strutture di dimensioni più piccole, infatti, appare quasi sempre necessario adottare standard più elevati per assicurare la necessaria turnistica su 24 ore ed i servizi di coordinamento.

Le strutture residenziali sono strutture delle rete territoriale ed il paziente deve ricevere l'assistenza da parte del suo medico di medicina generale (mmg). I farmaci, le prestazioni specialistiche, gli ausili e i presidi sanitari sono garantiti al paziente dal Ssn su prescrizione del mmg. L'organizzazione dell'assistenza medica di base in Rsa presenta tuttavia spesso notevoli problematiche logistiche ed organizzative. Generalmente un pool di mmg fornisce l'assistenza presso la Rsa garantendo la loro presenza a rotazione, ma questo difficilmente può assicurare la continuità e la tempestività degli interventi. Per questo molte strutture si dotano comunque di un proprio sistema di assistenza medica, anche quando la cosa non è espressamente richiesta dalla normativa regionale.

L'ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE NELL'ORGANIZZAZIONE DELLA RSA

I trend osservati negli ultimi anni evidenziano un progressivo aggravamento delle condizioni

cliniche medie degli anziani ricoverati in Rsa. Si tratta di un fenomeno legato alla progressiva riduzione dei posti letto ospedalieri e alla parallela organizzazione dell'assistenza a domicilio con il supporto delle "badanti". La selezione di una casistica sempre più complessa impone da un lato una organizzazione delle strutture sempre più orientata a gestire bisogni sanitari complessi, dall'altro la necessità di un'attenta valutazione dei bisogni sanitari degli ospiti, per la loro corretta allocazione e per la programmazione dell'assistenza.

L'organizzazione delle strutture residenziali deriva dalla sintesi delle normative di settore (a partire dal DPCM 22 settembre 1989, fino ai manuali di accreditamento delle Regioni) integrata con la cultura derivata dai settori ospedaliero, alberghiero e socio-assistenziale. La storia delle strutture e la loro vocazione caratterizzano spesso lo sbilanciamento di ciascuna di esse verso l'uno o l'altro di questi modelli. Alcuni punti sono tuttavia fermi e generalmente condivisi (Trabucchi, 2002).

Nelle strutture vocate a gestire elevate complessità assistenziali e sanitarie l'organizzazione deve cercare di mantenere il necessario equilibrio tra standardizzazione dei processi e umanizzazione, ricordando sempre che per l'u-

tente la Rsa deve poter essere la “sua casa”. Anche per favorire questo equilibrio le strutture residenziali sono organizzate per “nuclei” all’interno dei quali deve poter essere svolta almeno l’80% dell’attività assistenziale e relazionale (assistenza, cura, igiene personale, attività relazionale, animazione etc.).

Il Nucleo è l’ambiente di vita del paziente e deve garantire per quanto possibile una caratterizzazione familiare e spazi comuni di soggiorno di dimensioni medio-piccole. Gli utenti devono costituire una piccola comunità insieme al personale (quanto più possibile stabile) e ai familiari (il cui accesso alle strutture deve essere favorito in ogni modo).

Ogni nucleo è coordinato da un “responsabile di nucleo”, rappresentato di norma da una figura infermieristica di coordinamento, che organizza il lavoro e coordina le diverse professionalità presenti e la loro interazione con gli ospiti, i familiari e i volontari.

I servizi generali esterni al nucleo devono garantire lo svolgimento delle attività comunitarie (attività di animazione complessa, spettacoli, incontri con la comunità) le terapie riabilitative (palestra, box di terapia), l’attività spirituale (luogo di culto), alcuni servizi alla persona (barbiere, podologo).

Tenendo anche conto delle dimensioni minime delle stanze e dei servizi generali e tecnici, la superficie complessiva delle strutture residenziali dovrebbe essere tarata tra 40 e 50 metri quadri complessivi per ospite.

Le dimensioni che meglio garantiscono il rapporto tra efficienza e umanizzazione delle strutture sono definibili nel range 80-120 posti letto (4-6 nuclei). Il DPR 14 gennaio 1997 individua una organizzazione massima su 120 pl e quindi dimensioni massime di 6.000 mq. Le strutture residenziali dovrebbero essere realizzate, preferibilmente, all’interno dei centri abitati, pur con la necessità di garantire adeguati spazi verdi esterni.

L’organizzazione operativa dell’attività assisten-

ziale è basata su organigramma, funzioni, strumenti e tempi. I tempi dell’organizzazione devono essere strutturati sulle esigenze degli ospiti piuttosto che su quelle degli operatori, ma devono anche consentire l’equilibrato flusso delle attività della struttura.

Secondo quanto stabilisce il DPR 14 gennaio 1997 strumenti fondamentali dell’organizzazione sono la Valutazione multidimensionale (Vmd), il Piano di assistenza individuale (Pai), e la struttura Multiprofessionale delle équipes (MP).

La Vmd è lo strumento base per la lettura, interpretazione, programmazione dei problemi dell’ospite. L’orientamento attuale è sempre più rivolto all’utilizzo di strumenti validati in ambito internazionale, gestibili su supporti informatici, confrontabili su banche dati di grandi dimensioni, capaci di sviluppare un profilo gerarchico dei problemi ed impostare i profili di trattamento (Ferrucci 2001).

Il Pai è il programma di lavoro organico dell’équipe multiprofessionale: è costruito a partire dalla Vmd e definisce obiettivi, condivisione (anche con i familiari) assegnazione di compiti, parametri e strumenti di monitoraggio e verifica. La costruzione del Pai costituisce il primo passaggio del lavoro dell’équipe multiprofessionale, deve essere sviluppato con il contributo di tutti gli operatori che interagiscono quotidianamente con l’ospite e sono in grado di riferire sui suoi specifici bisogni e comportamenti. Il Pai prevede obiettivi generali e particolari, con attività definite assegnate ai singoli operatori e con momenti di condivisione. Elemento strategico del Pai è la sua discussione e condivisione con i familiari, anche perché rappresenta un momento di forte presa d’atto delle sue reali condizioni e dei suoi bisogni, nonché di comprensione del lavoro dell’équipe (De Masi, 2001).

Le riunioni periodiche di aggiornamento del Pai rappresentano il fulcro del piano di lavoro stesso, soprattutto se sono l’occasione per condividere osservazioni ed informazioni essenziali per mo-

dulare e correggere il lavoro dei singoli (Trabucchi, 2002).

L'équipe MP è formata dall'insieme degli operatori. La sua operatività non si risolve semplicemente nelle riunioni periodiche e nella costruzione e gestione del Pai, ma in una filosofia di lavoro condivisa e nella circolazione continua delle informazioni. L'équipe MP deve riuscire a superare il modello gerarchico delle professioni realizzando un piano confronto orizzontale.

L'organizzazione del lavoro deve essere espressione dello sviluppo dei piani di assistenza e deve poter essere tarata su modelli non necessariamente meccanici come quelli dei reparti ospedalieri. La presenza dell'infermiere nell'arco della giornata è anch'essa espressione dei singoli piani di lavoro sviluppati nei nuclei. Strumenti tarati sull'assorbimento specifico di risorse per profilo professionale, come i RUG (Brizioli 2003, Brizioli 2007), consentono di definire standard organizzativi tarati sull'effettivo carico assistenziale degli ospiti presenti. Sempre prendendo a riferimento il sistema RUG si può calcolare l'indice di case mix complessivo di un nucleo o di una struttura, e quindi verificare i livelli di assistenza effettivamente erogati ed i carichi di lavoro delle diverse figure professionali.

Nell'ambito della organizzazione della Rsa una riflessione particolare merita il tema del Nucleo Alzheimer. Per Nucleo Alzheimer si intende un'area di degenza e di vita specificamente dedicata a soggetti con disturbi cognitivi e del comportamento, strutturato in modo da costruire intorno al paziente un "ambiente protesico" che faciliti l'orientamento e limiti le interazioni critiche tra il paziente e l'ambiente (Gold, 1991). Il Nucleo Alzheimer prevede ambienti ed arredi specificamente progettati, oltre a codici colore, strumenti di controllo ambientale, e soprattutto il "giardino alzheimer", spazio di libero uso, ricco di stimoli sensoriali, che faciliti il controllo del wandering (Cannara, 2004). Alcune Regioni, come la Lombardia hanno previsto la realizzazione di questi nuclei nell'ambito della organizzazione delle Rsa.

Il DM 17 dicembre 2008 li prevede come livello assistenziale a sè stante. Il dibattito sui Nuclei Alzheimer data in realtà fin dai primi anni '90, con opinioni contrapposte di chi teme una "ghettizzazione" del paziente demente e di chi, al contrario, intende riservare un ambiente specialistico a più elevato valore assistenziale. Gli studi realizzati sull'argomento hanno dimostrato un migliore adattamento dei pazienti, una riduzione delle pratiche di contenzione fisica e farmacologica, un minor burn-out degli operatori (Sloan, 1995, Soto 2008). Ad oggi, comunque, la realizzazione dei Nuclei Alzheimer deve prevedere specifici requisiti sia di tipo progettuale che organizzativo e deve individuare precisi criteri di accesso riservati alle fasi centrali di malattia in cui si manifestano in modo più produttivo disturbi del comportamento.

BIBLIOGRAFIA

- Bernabei R., Lo Strumento di Valutazione VAOR per RSA, Progetto Finalizzato Invecchiamento – CNR Roma 1995.
- Brizioli E, Bernabei R, Grechi F, Masera F, Landi F, Bandinelli S, Cavazzini C, Gangemi S, Ferrucci L., Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy, *Aging Clin Exp Res.* 15(3):243-53, 2003.
- Brizioli E., La Remunerazione delle prestazioni residenziali, in "La remunerazione delle prestazioni sanitarie" Falcitelli e Langiano eds. Il Mulino, pp. 177-202, Bologna 2006.
- Brizioli E., Il Documento LEA sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani, *I Luoghi delle Cure.* V(4) 7-10, 2007.
- Brizioli E, Grechi F., L'utilizzo delle risorse in funzione del carico assistenziale in RSA, *Giornale di Gerontologia.* LV(5) 317-318, 2007.
- Cannara A, Brizioli C, Brizioli E., Progettare l'Ambiente per l'Alzheimer, Franco Angeli Editore. Roma 2004.
- Comas-Herrera A. and Wittemberg R., European Study of Long Term Care Expenditure, Report to the European Commission ESA DG dp 1840, 2003).
- De Masi , Plastino V, Vitale R., Progettare la qualità nelle R.S.A. Strumenti di valutazione e verifica della qualità nelle residenze per anziani, Franco Angeli Editore. Roma 2001.
- Ferrucci L, Marchionni N e il Gruppo di lavoro sulla Valutazione Multidimensionale, Linee Guida sull'utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l'Anziano Fragile nella Rete dei Servizi, *Gerontol;* 49: 1-76, 2001.

- Gallina P, Saugo M, Antoniazzi M, Fortuna P, Toffanin R, Maggi S, Benetollo P, Validazione delle scheda Svama per la valutazione multidimensionale dell'anziano (SVAMA), Tendenze nuove, 3: 229-264, 2006.
- Gold DT, Sloane PD, Mathew LJ, Bledsoe MM, Konanc DA., Special care units: a typology of care settings for memory-impaired older adults, Gerontologist. 31(4):467-475, 1991.
- Hawes C, Morris J, Phillips C, Fries B, Murphy K, MorV., Development of the nursing home Residents Assessment Instrument in the USA, Age Ageing; 27(2): 19-25, 1997.
- ISTAT, L'assistenza residenziale in Italia: regioni a confronto / Anno 2003.
- Pesaresi F, Brizioli E., I Servizi Residenziali. L'Assistenza agli Anziani Non Autosufficienti in Italia : Rapporto 2009, Maggioli Editore, San Marino 2009.
- Sloane PD, Lindeman DA, Phillips C, Moritz DJ, Koch G., Evaluating Alzheimer's special care units: reviewing the evidence and identifying potential sources of study bias, Gerontologist. 35(1):103-111. 1995.
- Soto ME., Special acute care unit for older adults with Alzheimer's disease, Int J Geriatr Psychiatry. 23: 215-219, 2008
- Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F., Residenze Sanitarie per Anziani, Edizioni il Mulino, Bologna 2002.
- Wittemberg R, Pickard L, Comas-Herrera A., Demand for long-term care: projections of long-term care finance for elderly people, PSSRU: University of Kent (<http://www.pssru.ac.uk>) 1998.

OLTRE IL “VUOTO ASSISTENZIALE”

La lettura dei bisogni ed il paradigma della continuità delle cure per l'assistenza domiciliare del malato fragile, complesso

72

i Quaderni di **MORFIO**

di **Gianlorenzo Scaccabarozzi¹, Carlo Peruselli², Fabio Lombardi³**

¹ Direzione Dipartimento Interaziendale Fragilità ASL/AO Lecco

² Direzione S.C. Cure Palliative, ASL Biella

³ Servizio Continuità delle Cure Dipartimento Interaziendale Fragilità ASL/AO Lecco

Di fronte all'allungamento della vita media della popolazione, una delle sfide più importanti che i servizi sanitari si trovano a dover affrontare è quella di assistere a domicilio malati a complessità assistenziale molto elevata, con patologie cronicodegenerative spesso presenti contemporaneamente, in molti casi con una evoluzione clinica irreversibile verso la fine della vita.

Per certi versi, si tratta di una popolazione di malati, quasi sempre molto anziani, “nuova” dal punto di vista epidemiologico, in gran parte collegata al miglioramento delle condizioni di vita delle società moderne e agli sviluppi straordinari delle tecnologie mediche, che hanno condotto ad un rapido incremento dell'aspettativa di vita per ciascuno di noi. D'altra parte, proprio perché si tratta di una popolazione “nuova” di malati, con bisogni complessi, è richiesta una riflessione approfondita su modelli di risposta assistenziale nuovi rispetto al passato, soprattutto per quanto riguarda le cure domiciliari. È ormai documentato, sia dalla letteratura (1,2) sia dall'esperienza clinica quotidiana, che a fronte della progressiva riduzione della necessità di ricoveri ospedalieri per molte patologie acute, è invece aumentata in modo molto consistente la richiesta, spesso impropria, di ricovero per malati anziani, con età media superiore ai 75-80 anni, af-

fetti da patologie cronicodegenerative: l'ospedale, però, è profondamente inadeguato, sia sul piano organizzativo sia su quello delle competenze degli operatori che vi lavorano, a fornire risposte appropriate ai bisogni di questi malati, che invece devono avere la possibilità di essere curati a domicilio.

Una visione organizzativa moderna per la risposta ai bisogni di questi malati non può limitarsi ad una valutazione dei bisogni fisici dei pazienti (i sintomi, la riduzione dell'autonomia, ecc.), ma deve tener conto, sempre di più, anche di altri bisogni fondamentali, di natura psicologica, sociale, spirituale, e delle aspettative e preferenze del malato e dei suoi familiari rispetto ai trattamenti possibili. Per dare una risposta reale a questi bisogni, anche nella persona molto anziana o nel malato che si avvia alla fine della vita, è necessario garantire interventi interdisciplinari e multiprofessionali, soprattutto a domicilio, con operatori sempre più competenti non solo sugli elementi clinici dell'assistenza, ma anche sugli aspetti relazionali ed etici dei percorsi di cura. È certamente un cambiamento profondo quello che si propone alla nostra attenzione, anche dal punto di vista organizzativo: più si allunga la vita, ad esempio, più aumentano, per molte patologie cronicodegenerative, le possibilità di scelta rispetto alle diverse opzioni terapeutiche ga-

rantite dallo sviluppo delle tecnologie (con i relativi costi economici e sociali) e diventa più evidente la necessità, soprattutto per gli operatori (medici, infermieri, fisioterapisti, ecc.) direttamente impegnati nell’assistenza, di sapersi confrontare con queste possibilità. L’attenzione crescente ai bisogni di natura relazionale e alle preferenze dei malati si colloca, peraltro in modo naturale, all’interno del cambiamento ormai avviato da tempo nei riferimenti etici prevalenti della medicina in generale, con l’attenzione sempre maggiore all’autonomia del malato rispetto ad una visione paternalistica del rapporto con il paziente che ormai dovrebbe essere soltanto un retaggio del passato. Come vedremo in seguito, alcuni Documenti molto recenti del Servizio sanitario inglese si pongono in questa prospettiva, includendo le necessarie risposte assistenziali a questi bisogni complessi e alle preferenze dei malati all’interno di standard organizzativi da garantire da parte dei servizi sanitari. Con l’aumento della sopravvivenza ci si ammala più tardi in età, la malattia dura più a lungo perché “si muore dopo” ed aumenta il numero degli anni vissuti in condizioni di fragilità spesso estrema. Cambiano i bisogni sanitari, cambia la complessità, il ruolo del malato e della famiglia e deve cambiare profondamente l’organizzazione rivedendo i setting assistenziali, il ruolo dei professionisti ma anche la loro formazione e l’insegnamento della clinica (3). Il cambiamento non è solo quantitativo, vi è una correlazione positiva tra età, disabilità ed instabilità clinica, aumenta l’indice di fragilità verso valori elevati, significativa è la correlazione tra età e disabilità psichica.

L’IDENTIFICAZIONE DEI MALATI AD ELEVATA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE E LE PRESTAZIONI NECESSARIE PER RISPONDERE AI BISOGNI

Un primo elemento organizzativo con il quale è necessario confrontarsi è quello dell’identificazione precoce dei malati ad elevata complessità assistenziale. Una delle condizioni per una mag-

giore efficacia nella risposta per questi malati è infatti quella del superamento di un modello organizzativo che “insegue” le criticità (cliniche, assistenziali) nel momento in cui si presentano, per concentrarsi invece su modelli di intervento di sorveglianza proattiva, che garantiscano interventi precoci e una discussione anticipata sui trattamenti possibili di fronte a situazioni di emergenza. Molti sono gli strumenti proposti a questo scopo, ad esempio la preparazione e condivisione, da parte di gruppi di medici di famiglia, di registri di malati che “si avviano alla fine della vita” (4): in ogni caso, è necessario prevedere, nell’ambito di una valutazione multidimensionale adeguata, la definizione preliminare di alcuni elementi, relativi all’autonomia fisica e cognitiva, ai singoli quadri patologici, al supporto familiare e sociale, che possono aiutare ad identificare i malati con bisogni assistenziali potenzialmente complessi, per poter attivare percorsi di monitoraggio e sorveglianza adeguati (2,5,6). Nella tabella 1 è indicata la casistica delle situazioni complesse assistibili al domicilio elaborata in riferimento ai profili/bisogni di cura definiti nel documento “Nuova Caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio” approvato dalla Commissione Nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei Lea il 18 ottobre 2006 e dal successivo D.M. 17.12.2008 che ha istituito il sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza domiciliare. Tale contributo è stato elaborato alla luce di un recente ed innovativo provvedimento della Giunta regionale lombarda sulla qualificazione della rete dell’assistenza domiciliare in attuazione del PSSR 2010-2014 (Deliberazione n. IX/1746 del 18/05/2011 e Decreto n.7211 del 2/08/2011 Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale) che sta orientando lo sviluppo dei servizi domiciliari sulla visione di insieme dei bisogni. L’attenzione è spostata dall’offerta dei servizi alla domanda con l’obiettivo di contrastare il fenomeno del-

segue a pag. 76 ►

TABELLA 1 - Casistica delle situazioni complesse assistibili al domicilio

CARATTERIZZAZIONE CASISTICA SITUAZIONI COMPLESSE ASSISTIBILI AL DOMICILIO

1. Persone fragili in condizione di disabilità, comorbidità, polipatologia che si trovano nella fase postacuta a seguito di:

- a. Fratture di femore, protesi d'anca, di ginocchio, politrauma
- b. Amputazione di arto
- c. Insufficienze d'organo
- d. Scompenso metabolico
- e. Complicanze settiche di ferite chirurgiche
- f. Quadri settici complicati
- g. Laringectomia
- h. Tracheostomia

2. Persone affette da patologie neurologiche:

- a. Esiti di Ictus cerebrali
- b. Patologie neurologiche progressive o evolutive del SNC- SNP: neurodegenerative specifiche (Morbo di Alzheimer, Morbo di Parkinson; MSA; Corea di Huntington; Morbo a corpi di Lewy; Encefalopatia spongiforme; Malattie cerebrovascolari)
- c. Malattie del motoneurone
- d. Stati vegetativi, di minima coscienza

3. Persone in fase avanzata di malattia per le quali sono indicate le cure palliative con intensità differenziata (cure di supporto, simultanee, cure di fine vita):

- a. Malati oncologici
- b. Malati non oncologici:
 - Scompenso cardiaco cronico con particolare riferimento ai malati in classe NYHA IV e a quelli refrattari a trattamento
 - Insufficienza respiratoria cronica con particolare riferimento a pazienti che necessitano di assistenza alla ventilazione e/o di O2 terapia continuativa
 - Evoluzione di malattie neurologiche complesse
 - Evoluzione di Demenze Parkinson e Parkinsonismi e malattie cerebrovascolari
 - Insufficienza epatica o renale in fase avanzata
 - Insufficienza multiorgano e stati polipatologici
 - Esiti sfavorevoli di trapianto d'organo
 - Disabilità gravi in esiti ed evoluzione di patologie genetiche malformative, degenerative dell'età neonatale, infantile, giovanile
 - Evoluzione degli stati vegetativi

PROCESSO ORGANIZZATIVO DI VALUTAZIONE E PRESA IN CARICO

- Accoglienza attraverso il Centro territoriale di riferimento, fulcro strategico della rete dei servizi per la non autosufficienza e della rete locale di cure palliative: i care manager sanitari e sociali lavorano insieme nella stessa sede e discutono il caso concordando le azioni successive
- Attivazione della continuità di cura negli ospedali con personale dedicato al care management:
 - i dati clinici ed assistenziali vengono trasferiti dalla équipe ospedaliera a quella domiciliare/residenziale/hospice e viceversa al fine di programmare tempi e modalità di attuazione del PAI
 - le difficoltà della famiglia, che spesso complicano la dimissione ospedaliera, vengono affrontate e superate, proponendo soluzioni idonee e condivise alle diverse situazioni
- Valutazione multidimensionale socio-sanitaria e socio-assistenziale integrata attraverso strumenti di valutazione clinica, funzionale e sociale:
 - Valutazione di primo livello attraverso una scheda di triage
 - Valutazione di secondo livello con l'eventuale identificazione di un bisogno complesso con definizione dei livelli di gravità attraverso l'identificazione del grado di dipendenza per domini
 - Valutazione sociale (rete assistenziale, economica di base, condizione abitativa, ambiente di vita)
 - Formulazione del PAI e valorizzazione economica differenziando il costo sanitario da quello sociale
- Gestione delle pratiche di assistenza protesica limitando l'uso di ausili e presidi inutili
- Condivisione del PAI con il medico di famiglia e supervisione nell'attuazione dello stesso da parte del care manager sanitario e sociale garantiti nei confronti della famiglia
- Condivisione con la famiglia ed indirizzo all'Unità di Offerta per la presa in carico
- Presa in carico da parte dell'équipe interdisciplinare domiciliare, semiresidenziale, residenziale, in hospice con modalità che tengano conto:
 - del pieno rispetto dell'autonomia e dei valori della persona
 - della globalità e continuità dell'intervento terapeutico/assistenziale sulle 24 ore
 - del valore della collaborazione professionale
 - dell'intensità di un'assistenza completa, continuativa, ed in grado di fornire risposte specifiche, tempestive, efficaci ed adeguate al mutare dei bisogni fino all'ultimo istante di vita
- Composizione dell'équipe di cura in base ai bisogni rilevati e al relativo PAI: infermiere, medico specialista (internista, fisiatra, palliativista), terapisti della riabilitazione (fisioterapista, logopedista), dietista, psicologo, assistente sociale, ASA/OSS, educatore, specialisti consulenti, all'interno della quale viene identificato il case manager
- Pianificazione dei profili di cura a livelli di intensità differenti anche in base al livello di autonomia raggiunto dal caregiver in merito alle competenze acquisite e/o ad eventi intercorrenti
- Coordinamento interventi e valutazione in itinere dell'appropriatezza del percorso di cura
- Verifica ed eventuale rivalutazione
- Conclusione e valutazione degli esiti

SEGUE DALLA PAG. DI FIANCO **TABELLA 1 - Casistica delle situazioni complesse assistibili al domicilio**

CARATTERIZZAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN FUNZIONE DEI BISOGNI

PRESTAZIONI MEDICHE DI BASE E SPECIALISTICHE	<ul style="list-style-type: none"> • Contatti con i centri specialistici di riferimento • Cura degli aspetti preventivi • Monitoraggio delle condizioni cliniche e dell'evoluzione di malattia • Interventi per gestione della nutrizione artificiale (sonde nutrizionali, PEG, ecc.) • Interventi per gestione ventilazione e/o cannula tracheale • Monitoraggio terapie complesse • Valutazione, monitoraggio e trattamento dei sintomi • Prescrizione terapie • Prescrizione eventuali indagini diagnostiche • Gestione delle complicanze • Gestione degli eventi intercorrenti • Revisione terapie croniche a favore di terapie di supporto • Supporto nelle scelte di fine vita • Sospensione dei trattamenti non appropriati e rimodulazione degli interventi • Rilevazione di problematiche psico-sociali, primo sostegno e attivazione risorse professionali competenti • Rilevazione risorse professionali competenti • Supporto al caregiver • Prescrizione e adeguamento ausili • Interventi di adeguamento del domicilio alle esigenze del paziente • Programma riabilitativo di mantenimento
PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE	<ul style="list-style-type: none"> • Aiuto mantenimento posizione • Interventi per conservare il massimo confort possibile per il malato • Procedure diagnostico terapeutiche per controllo sintomi • Mantenimento parametri vitali • Nursing, interventi di tipo educativo e trasferimento competenze • Gestione sonda nutrizionale • Gestione tracheostomia e cannula tracheale • Gestione incontinenza • Gestione alvo • Garantire integrità cutanea e trattamento delle lesioni cutanee • Prevenzione e/o trattamento di lesioni cutanee • Rilevazione problematiche psico-sociali, primo sostegno e attivazione risorse professionali competenti • Supporto relazionale e comunicativo al caregiver
PRESTAZIONI RIABILITATIVE	<ul style="list-style-type: none"> • Interventi di tipo educativo riguardanti l'adeguamento degli ambienti, istruzione all'utilizzo degli ausili • Prescrizione e adeguamento ausili • Trasferimenti e posture corrette • Prevenzione retrazioni • Mobilizzazione passiva • Stimolazione sensoriale • Prevenzione complicanze • Trattamento finalizzato al mantenimento e/o miglioramento funzionale motorio e/o comunicativo
PRESTAZIONI SOCIALI	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesi sociale • Lettura del bisogno socio-assistenziale • Mappatura della rete socio-assistenziale: rilevazione e valutazione delle risorse esistenti potenziali e reali attraverso la somministrazione della “carta di rete”; rilevazione e valutazione del carico di cura della famiglia attraverso la somministrazione di strumenti ad hoc • Analisi della mappatura di rete e proposta di suddivisione e/o redistribuzione dei carichi di cura • Attività di consulenza e informazione • Colloqui di accompagnamento della famiglia nella rete dei servizi (domande, valutazioni, sostegno, monitoraggio) • Attività di sostegno alla famiglia per orientarsi nel contesto organizzativo, istituzionale e informale della rete sociale e sociosanitaria • Sostegno nella ricerca di un Assistente Familiare e nel suo inserimento • Tutoring Assistenti Familiari (monitoraggio del percorso di cura a partire dall'inserimento in famiglia dell' Assistente Familiare) • Valutazione di sostegni economici ed individuazione delle forme più appropriate di erogazione (contributi, buoni, voucher) • Counselling di supporto alle famiglie: orientamento, sostegno e sviluppo delle potenzialità del caregiver, promuovendone atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando le capacità di scelta
PRESTAZIONI ASSISTENZIALI	<ul style="list-style-type: none"> • Igiene personale al malato con difficoltà motoria • Alzata dal letto • Vestizione • Igiene al malato allettato • Igiene al malato con lesioni cutanee • Gestione della corretta postura nel letto • Gestione della cute nei punti a maggior rischio di lesione (idratazione, applicazione di sistemi di protezione) • Bagno • Mobilizzazione assistita • Utilizzo degli ausili • Partecipazione ad un programma di mobilizzazione ad orari, in coordinamento con la famiglia e/o altri operatori che accedono al domicilio • Aiuto e cura nell'organizzazione e gestione dell'alloggio • Aiuto nella preparazione e/o fornitura dei pasti
PRESTAZIONI DI PROMOZIONE E SO- STEGNO DELLA MU- TUALITÀ FAMILIARE	<ul style="list-style-type: none"> • Colloquio per proporre alla famiglia momenti strutturati di incontro di auto-mutuo aiuto • Attività di assistenza, fornita dall'ASA/OSS, presso il domicilio del paziente per permettere ai familiari di partecipare agli incontri di auto mutuo aiuto

SEGUE A PAG. 76

SEGUE DA PAG. 75 **TABELLA 1 - Casistica delle situazioni complesse assistibili al domicilio**

CARATTERIZZAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN FUNZIONE DEI BISOGNI			
PRESTAZIONI PSICOLOGICHE	Attività fisica col malato e/o con il familiare	Colloquio di valutazione della domanda di aiuto psicologico	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi della domanda di aiuto • Valutazione disagio psicologico e risorse personali • Individuazione intervento più opportuno • Proposta e accordo
		Colloquio di sostegno psicologico	<ul style="list-style-type: none"> • Intervento per il contenimento e la gestione delle emozioni dolorose: ansia, angoscia, rabbia, paura, senso di incertezza, vissuti di morte, ecc. • Rielaborazione dei vissuti dolorosi che la malattia comporta • Accompagnamento nel percorso di consapevolezza ed accettazione della malattia • Sostegno volto a migliorare la comunicazione all'interno del sistema familiare • Sostegno finalizzato ad una migliore compliance ai trattamenti (alleanza di cura) • Aiuto per favorire un percorso di adattamento funzionale alla situazione di crisi connessa alla malattia
	Attività con gli operatori	Consulenza psicologica	<ul style="list-style-type: none"> • Guida e supporto nei processi decisionali eticamente sensibili • Guida e supporto nella comunicazione con i familiari problematici e fragili (affetti da patologie "psichiatriche" o neurologiche, disabili, ecc.) • Guida e supporto nella comunicazione di malattia con figli minorenni
		Consulenza e/o percorso breve di sostegno psicologico individuale alle persone in lutto	
		Attività di invio accompagnato ad altri servizi	
PRESTAZIONI EDUCATIVE	Valutazione delle risorse socio-relazionali	Consulenza operatori di linea sul caso (infermieri, medici, assistenti sociali, dietista, educatori, ecc.)	
		Consulenze operatori con funzioni di coordinamento	
	Percorsi di mantenimento delle capacità relazionali e cognitive	Consulenza operatori su disagio lavorativo (burn-out)	
		Partecipazione riunioni di équipe e/o miniequipe sul caso	
		Supervisione psicologica periodica di gruppi intraprofessionali e interprofessionali	
Attività educative a supporto del caregiver (badante) e/o del nucleo familiare	Raccordo e/o consulenza figure chiave del sistema e altri professionisti (MMG, pediatri di libera scelta, medici di reparto, ecc.)		
	Interventi professionali all'interno di progetti di auto-mutuo aiuto rivolti al caregiver	<ul style="list-style-type: none"> • Consulenza operatori di linea sul caso (infermieri, medici, assistenti sociali, dietista, educatori, ecc.) • Supervisione facilitatori di gruppi autonomi • Intervento in gruppi autonomi a partire da motivata richiesta del facilitatore in situazioni specifiche • Coordinamento Tecnico (fasi di promozione, realizzazione, valutazione) 	

► segue da pag. 73

l'abbandono della persona con bisogni complessi ("vuoto assistenziale"), sostenendo e sviluppando la capacità della rete dei servizi di prendersi cura delle persone e delle loro famiglie oltre che del curare, azione questa più concentrata sulla malattia. In sostanza, oltre a garantire un'appropriate gestione delle risorse e la sostenibilità nel lungo periodo, il percorso di presa in carico graduale e precoce del malato deve prevedere un concreto sostegno della famiglia ma anche, più in

generale, del care giver, badante, vicino di casa, volontario. La famiglia protagonista del progetto di cura viene in tal modo affrancata dal bisogno. La tabella 1, rappresenta accanto ai consolidati interventi in grado di rispondere ai bisogni clinici del malato complesso, puntualmente identificati per ogni professionalità (prestazioni mediche di base e specialistiche, infermieristiche, riabilitative, sociali ed assistenziali) le prestazioni di promozione e sostegno della mutualità familiare, psicologiche ed educative a cui l'attuale sistema

di cure domiciliari mediamente, nel nostro Paese, dedica scarsa o nulla attenzione.

LA VALUTAZIONE DEI BISOGNI DEI MALATI E DELLE LORO PREFERENZE RISPETTO AI PERCORSI DI CURA, LA MEDICINA DELLA COMPLESSITÀ

La valutazione adeguata dei bisogni dei malati ad elevata complessità assistenziale è certamente un passaggio indispensabile per un possibile programma di cure domiciliari. La medicina della complessità, il cui paradigma di riferimento si diversifica da quello della medicina della evidenza “riduci e/o risolvi”, richiede cure e competenze particolari, in parte diverse da quelle necessarie per la fase acuta della malattia perché diversi sono i bisogni del malato e della sua famiglia, che è sì partecipe e protagonista del piano di cura ma anche oggetto di attenzione e quando necessario di assistenza. In questo senso parliamo di malattia del nucleo familiare perché gestire a casa un malato complesso ha significative ripercussioni sulla vita sociale, sui progetti, sulle aspirazioni della famiglia. Per certi versi, altrettanto e forse ancor più complessa è la valutazione delle preferenze dei malati rispetto alle diverse opzioni terapeutiche possibili, ad esempio di fronte a situazioni di emergenza o di potenziale rischio per la vita. Queste difficoltà, ma anche opportunità, sono naturalmente più evidenti quando ci si occupa di malati in assistenza domiciliare che si avviano alla fine della vita per malattie cronico-degenerative: per una valutazione e discussione relativa alle preferenze dei malati è necessario, come accennato in precedenza, garantire agli operatori che si occupano direttamente dell’assistenza (medici, infermieri, ecc.) percorsi formativi che permettano di acquisire competenze adeguate, sia relazionali sia etiche, oltre alla possibilità di un lavoro in équipe che permetta un confronto realmente multidisciplinare ed interprofessionale. Quando si parla di valutare le preferenze nelle persone anziane, certamente una delle sfide più complesse alle quali cercare di dare una risposta

è quella del confronto con i malati con gravi problemi cognitivi, ad evoluzione verso un inevitabile peggioramento: per questi aspetti, alcune recenti esperienze, condotte in Francia e negli Stati Uniti, sembrano poter aprire interessanti prospettive di sviluppo, soprattutto per quanto riguarda le preferenze rispetto alle scelte terapeutiche che riguardano la fase finale della vita, con l’utilizzo di metodi originali, quali il “Card sorting” (7,8).

I BISOGNI DEI FAMILIARI

Quando si riflette sull’assistenza domiciliare a malati con bisogni assistenziali complessi, non è possibile naturalmente dimenticare che questo tipo di assistenza è in gran parte garantita dai familiari o comunque da coloro che sono definiti i “caregivers”. Senza voler entrare nei dettagli di questa tematica, che va al di là degli obiettivi di questo articolo, per i familiari di questi malati, accanto ai bisogni concreti di supporto pratico per l’assistenza a casa, assumono grande rilevanza anche i bisogni di natura relazionale. Le cause più frequenti di disagio per i familiari sono l’incertezza rispetto ai trattamenti, la non conoscenza delle modalità più appropriate di assistenza, i cambiamenti di ruolo all’interno della famiglia, le difficoltà economiche, il ridotto supporto sociale (9). Questi disagi condizionano in molti familiari sintomi gravi di natura psicologica (ansia, depressione), insonnia, perdita di peso: addirittura, per le persone di età >65 anni che assistono i propri familiari malati alla fine della vita, è stato documentato, durante le fasi del lutto, un rischio di mortalità superiore al 60% rispetto ad un gruppo di controllo di persone della stessa età che non assistono malati terminali (10). In questo senso, una organizzazione dell’assistenza domiciliare che garantisce un adeguato supporto ai caregivers è in grado di svolgere, nei confronti di queste persone, una funzione positiva di natura preventiva, con una riduzione significativa del rischio di morte durante le fasi del lutto (11).

IL DOCUMENTO DEL NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE)

Il Documento del NICE sugli standard di qualità per le Cure di fine vita in Gran Bretagna rappresenta un importante riferimento per lo sviluppo dei servizi di cure domiciliari orientati alla medicina e alla cura della complessità. Il Documento, prodotto dal NICE nel 2011 (12), si propone come un contributo importante di riflessione, non solo in riferimento alle cure dei malati che si avviano alla fine della vita ma più in generale rispetto alle cure di malati ad elevata complessità assistenziale. I 16 standard di qualità definiti per le Cure Palliative (tabella 2) contengono infatti molti dei punti che abbiamo elencato in precedenza come elementi centrali di qualità nella organizzazione dell'assistenza domiciliare per malati ad elevata complessità.

Lo standard n.1 afferma che i malati che si avviano alla fine della vita vanno identificati in mo-

do tempestivo, in modo da permettere una sorveglianza precoce dei loro bisogni e per garantire risposte efficaci in tempi rapidi.

Molti degli standard successivi (n.2,3,5,6,12,14) si soffermano sulla necessità di garantire una adeguata valutazione dei bisogni e delle preferenze di questi malati, non solo per quanto riguarda gli aspetti fisici, ma anche per quelli psicologici, sociali e spirituali. Di notevole importanza, come rilevato in precedenza, appare la sottolineatura sulla valutazione delle preferenze dei malati, "con la possibilità di discutere, sviluppare e rivedere un piano personalizzato di cura riferito ai trattamenti attuali e futuri".

Grande attenzione viene posta alla necessità di garantire continuità di cura (standard n.4,8,10,11) e coordinamento nei processi assistenziali, pur in presenza di diversi possibili erogatori di cura (medici di medicina generale, infermieri per l'assistenza domiciliare, servizi di cure palliative specialistiche, servizi per l'emergenza). Anche per i fa-

TABELLA 2 - 16 standard di qualità definiti per le cure palliative - NICE

1. People approaching the end of life are identified in a timely way.
2. People approaching the end of life and their families and carers are communicated with, and offered information, in an accessible and sensitive way in response to their needs and preferences.
3. People approaching the end of life are offered comprehensive holistic assessments in response to their changing needs and preferences, with the opportunity to discuss, develop and review a personalised care plan for current and future support and treatment.
4. People approaching the end of life have their physical and specific psychological needs safely, effectively and appropriately met at any time of day or night, including access to medicines and equipment.
5. People approaching the end of life are offered timely personalised support for their social, practical and emotional needs, which is appropriate to their preferences, and maximises independence and social participation for as long as possible.
6. People approaching the end of life are offered spiritual and religious support appropriate to their needs and preferences.
7. Families and carers of people approaching the end of life are offered comprehensive holistic assessments in response to their changing needs and preferences, and holistic support appropriate to their current needs and preferences.
8. People approaching the end of life receive consistent care that is coordinated effectively across all relevant settings and services at any time of day or night, and delivered by practitioners who are aware of the person's current medical condition, care plan and preferences.
9. People approaching the end of life who experience a crisis at any time of day or night receive prompt, safe and effective urgent care appropriate to their needs and preferences.
10. People approaching the end of life who may benefit from specialist palliative care, are offered this care in a timely way appropriate to their needs and preferences, at any time of day or night.
11. People in the last days of life are identified in a timely way and have their care coordinated and delivered in accordance with their personalised care plan, including rapid access to holistic support, equipment and administration of medication.
12. The body of a person who has died is cared for in a culturally sensitive and dignified manner.
13. Families and carers of people who have died receive timely verification and certification of the death.
14. People closely affected by a death are communicated with in a sensitive way and are offered immediate and ongoing bereavement, emotional and spiritual support appropriate to their needs and preferences.
15. Health and social care workers have the knowledge, skills and attitudes necessary to be competent to provide high-quality care and support for people approaching the end of life and their families and carers.
16. Generalist and specialist services providing care for people approaching the end of life and their families and carers have a multidisciplinary workforce sufficient in number and skill mix to provide high-quality care and support.

miliari che garantiscono assistenza, viene definita la necessità di valutare i loro bisogni e preferenze, con una particolare attenzione alle tematiche relazionali e al supporto emotivo.

Infine (standard n.15 e 16) è fortemente sottolineata la necessità di garantire percorsi specifici di formazione per gli operatori, per migliorare le loro competenze nel supporto ai bisogni e alle preferenze di malati e familiari.

Come descritto in precedenza, l'intero Documento, con la ripetuta sottolineatura sulla necessità di valutare e dare una risposta ai “bisogni e alle preferenze” di malati e familiari si colloca, a nostro parere, in una prospettiva originale e moderna di organizzazione dei servizi per i malati ad elevata complessità assistenziale, anche se si riferisce in particolare ad una categoria specifica di questi pazienti, quelli che si avviano alla fine della vita. È il segnale che, anche in un contesto di assistenza domiciliare, l'attenzione ai bisogni non solo fisici dei malati e dei familiari e al rispetto della loro autonomia per quanto riguarda le scelte di cura è ormai un elemento imprescindibile in un processo di valorizzazione della qualità delle cure, comprendendoli all'interno di possibili elementi per l'accreditamento di questi servizi.

LA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE È INDOTTA DAI “BISOGNI” DELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE?

La complessità assistenziale dei malati è correlata naturalmente a un intreccio di bisogni di natura fisica, psicologica, sociale, dei pazienti stessi e dei loro familiari. Tuttavia, di fronte alle molteplici alternative terapeutiche che la tecnologia medica oggi potenzialmente propone anche per le patologie cronico-degenerative, forse qualche riflessione dovrebbe essere fatta anche sulle motivazioni che portano ad alcune scelte terapeutiche rispetto ad altre, con la conseguenza di un impatto tecnologico e di complessità assistenziale molto diverso.

Senza voler entrare nei dettagli, ma per fornire comunque uno spunto di riflessione al riguardo,

ci soffermiamo brevemente sui risultati di uno studio pubblicato recentemente negli Stati Uniti (13). La ricerca pubblicata studia le percentuali di posizionamento di sonde per alimentazione artificiale in malati con demenza in fase avanzata negli ospedali americani. Malgrado il fatto che molti studi abbiano da anni documentato che l'utilizzo di sonde per alimentazione artificiale non prolunga la sopravvivenza in questi pazienti, né previene le polmoniti da aspirazione o l'insorgenza di ulcere da decubito, ancora oggi oltre il 30% dei malati con demenza avanzata assistiti in Strutture Residenziali negli Stati Uniti è portatore di questo tipo di sonde. L'analisi fatta sulle caratteristiche degli ospedali che hanno posizionato queste sonde ha evidenziato una grande variabilità nelle percentuali di posizionamento, che variano dallo 0% al 38%: questa grande variabilità non è affatto in rapporto con i bisogni e le preferenze dei malati quanto piuttosto con le caratteristiche degli ospedali, con una percentuale di posizionamenti significativamente maggiore negli ospedali privati rispetto a quelli pubblici, a quelli di maggiori dimensioni e collegati a istituzioni accademiche rispetto a quelli con minor numero di posti letto. Senza naturalmente voler generalizzare un'esperienza che è riferita ad una organizzazione sanitaria molto diversa dalla nostra, forse è il momento, anche nel nostro Paese, di proporre alcune riflessioni rispetto all'appropriatezza di alcuni trattamenti invasivi, di dubbia o non documentata efficacia, in malati anziani con patologie cronico-degenerative, considerando se l'indicazione a questi trattamenti viene posta realmente in rapporto ai “bisogni e alle preferenze” di malati e familiari o piuttosto ai bisogni indotti da alcune organizzazioni sanitarie.

UNA NUOVA RISPOSTA ORGANIZZATIVA

Una nuova risposta organizzativa parte dalla continuità delle cure, rivedendo gli assetti organizzativi dell'ospedale e del territorio. La continuità delle cure è da considerarsi come una sorta di "software", capace di far interagire tra loro i vari

terminali della rete divenendo quindi uno strumento fondamentale per la corretta presa in carico del malato fragile caratterizzato da un bisogno sociosanitario complesso. Ciò significa governare le interdipendenze tra le parti del sistema conciliando ruoli e responsabilità per sviluppare gli atti di cura ed assistenza in una prospettiva temporale (Pai).

Perché tale paradigma venga compreso, definito, standardizzato e poi sistematicamente applicato, deve poggiare su solide basi dottrinali. Nei primi anni dello scorso decennio, numerosi autori hanno efficacemente teorizzato la continuità delle cure come la modalità in cui una serie di eventi sanitari viene generalmente vissuta come coerente con le necessità mediche e sociali di un determinato paziente, distinguendola da altre caratteristiche di un percorso di cura grazie a due elementi fondamentali che la caratterizzano: focus sul singolo individuo e assistenza nel tempo (14,15). L'Organizzazione mondiale della sanità stessa considera la "continuità delle cure" uno degli indicatori più sensibili del buon funzionamento di un Servizio sanitario, perché aggiunge al tradizionale concetto di cura quello della presa in carico del paziente ai diversi livelli della rete assistenziale. Il continuo potenziamento e sviluppo della continuità assistenziale sono inoltre costante oggetto di considerazione nei documenti di programmazione ed indirizzo in campo sanitario e socio-sanitario. Il Piano sanitario nazionale 2011-2013, al punto 2.7.2 "*Continuità delle cure ed integrazione ospedale territorio*", afferma che "uno dei principali obiettivi del Ssn è garantire la continuità delle cure:

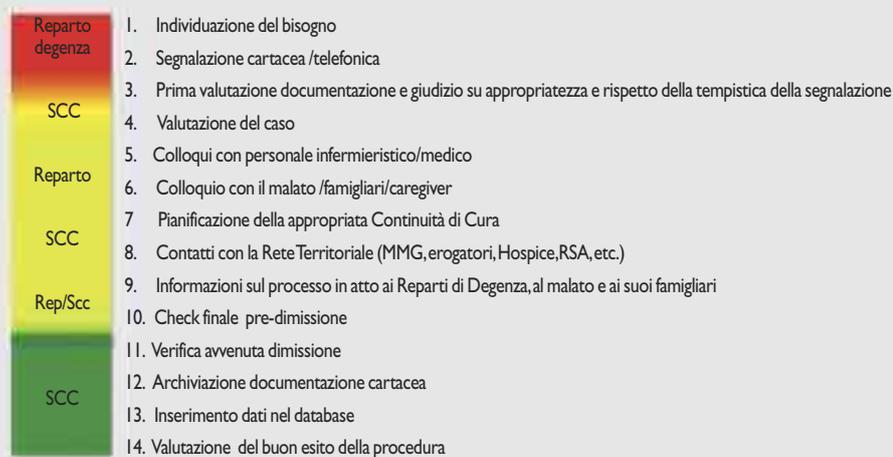
- a) tra i diversi professionisti intra ed extraospedalieri, in modo che la frammentazione nata dallo sviluppo di competenze ultraspecialistiche si integri in un quadro unitario;
- b) tra i diversi livelli di assistenza soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio, il post dimissione, che il paziente a volte si vede costretto ancora ad affrontare da solo, al di fuori di un percorso conosciuto e condiviso".

Per permettere una efficace pianificazione della continuità di cura, in grado tra l'altro di ridurre la probabilità di ricoveri ripetuti, diventa indispensabile riconoscere correttamente i bisogni sanitari e socio assistenziali del malato e della sua famiglia. Infatti un progetto di continuità di cura dovrà necessariamente focalizzarsi sulla centralità del malato rispetto ai nodi della rete, sulla multidisciplinarietà dell'offerta assistenziale e sulla centralità dei sistemi di relazione che consentono di far interagire tra loro le figure professionali sanitarie e sociosanitarie. L'approccio unitario inoltre migliora l'appropriatezza del percorso di cura favorendo un equilibrato utilizzo delle risorse.

Il modello organizzativo necessario per garantire il corretto trasferimento di informazioni al paziente e alla sua famiglia, al medico di famiglia, ai servizi territoriali o ad una struttura intermedia, richiede tempo, pazienza e attenta programmazione, costituendo l'interfaccia tra situazioni con peculiarità cliniche, terapeutiche ed assistenziali molto diverse. Qualunque miglioramento nella continuità di cura per malati con bisogni assistenziali complessi richiede, perciò, una specifica formazione alla complessità, una lettura delle informazioni cliniche attraverso la lente del bisogno ed un importante investimento sull'organizzazione sia ospedaliera che territoriale. Non più la disaggregazione dei bisogni dei malati e dei familiari in funzione degli assetti organizzativi della Azienda sanitaria, spesso diversi persino all'interno dei distretti sociosanitari della stessa Azienda (i "bisogni delle organizzazioni"), ma un decisivo cambiamento dell'organizzazione che fornisca una risposta tempestiva e unitaria.

Un caso paradigmatico è la pianificazione di una dimissione ospedaliera, che deve essere considerata come un processo e non come il semplice atto conclusivo del ricovero iniziando il più precocemente possibile durante il periodo di degenza (figura 1). La stessa relazione di dimissione può rappresentare uno strumento cardine della continuità di cura (attraverso i Servizi Conti-

FIGURA 1 - Analisi del processo dimissione protetta e pianificazione continuità della cura



nuità Cure - SCC), permettendo non solo la stadiazione puntuale della patologia e dei percorsi diagnostico-terapeutici messi in atto durante la degenza, ma contenendo anche tutte le informazioni necessarie per la gestione (case management) post acuta del malato, sia per quello che riguarda la terapia farmacologica che per la gestione del follow-up domiciliare (16,17). Proprio in questa fase è infatti maggiore il rischio di perdita o alterazione di informazioni, causa non ultima di outcomes sfavorevoli o di precoce ri-ospedalizzazione.

CONCLUSIONI

L'allungamento della vita media ha come conseguenza inevitabile un incremento delle patologie cronico-degenerative in fasce di popolazione di età sempre più anziana, patologie che quasi sempre gli interventi medici attuali possono solo controllare e non “eliminare”. Poiché tali situazioni cliniche, che conducono spesso a condizioni di grande fragilità con elevati bisogni assistenziali, sono sempre più frequenti, il sistema sanitario attuale, soprattutto nei Paesi a più elevato benessere economico, non può più sopravvivere senza profondi cambiamenti organizzativi e senza un'alleanza con la propria comunità (R.Bengoia, WHO, 2001).

Il domicilio rappresenta certamente il luogo pri-

vilegiato dove garantire cure al malato fragile e complesso, ma solo se questa eventuale scelta del malato e della famiglia è supportata da una organizzazione che garantisce cure a casa di elevata qualità e che non li lasci soli di fronte alle difficoltà. Le nuove risposte di cura ed assistenza richiedono tuttavia un profondo cambiamento organizzativo, un ripensamento della medicina territoriale, del ruolo dei distretti, del contributo della medicina di famiglia, cambiamenti che, assicurando la qualità professionale e l'efficacia degli interventi, riducano in modo sostanziale il disagio e la sofferenza legati alla malattia.

La presa in carico di queste situazioni coinvolge infatti l'intero sistema familiare e più in generale di tutti coloro che forniscono care-giving. Le famiglie si caricano infatti di compiti assistenziali particolarmente gravosi nelle situazioni più problematiche di non autosufficienza, disabilità, terminalità.

Occorre pertanto che le politiche di welfare e le infrastrutture del sistema sanitario e sociale si organizzino per garantire una gestione efficace e assistenza al malato complesso e alla sua famiglia privilegiando quando possibile il domicilio attraverso strategie appropriate, personale ben addestrato e dedicato, standard per l'assistenza ben funzionanti. Il modello operativo del *Chronic Care*

Model è un significativo riferimento al riguardo, in quanto basato sulla continuità della cura e sull'interazione tra la famiglia ed il team multi professionale: le evidenze scientifiche e le buone pratiche applicate in alcune realtà italiane dimostrano che i malati, quando ricevono trattamenti integrati, un supporto al self-management ed un attento monitoraggio e supporto, migliorano la loro qualità di vita e ricorrono meno all'assistenza ospedaliera. L'esperienza sviluppata in questi anni anche nel nostro Paese, in particolare nelle cure palliative domiciliari, e le importanti riflessioni che sono alla base degli standard proposti da NICE in Gran Bretagna per le cure di fine vita confermano anche che, accanto alla necessaria

competenza tecnica, i bisogni dei malati fragili, ad elevata complessità assistenziale, richiedono competenze in ambito relazionale ed etico in grado di garantire risposte adeguate a questi bisogni e il rispetto dei loro desideri e preferenze rispetto ai trattamenti, elementi ormai imprescindibili in una visione moderna della medicina. In questo orizzonte, non solo tecnico ma anche culturale, la continuità di cura tra professionisti diversi e diversi livelli di assistenza, soprattutto nel delicato confine tra ospedale e domicilio, è in grado di introdurre significativi miglioramenti non solo della qualità di vita delle persone malate e di coloro che li assistono, ma anche dell'efficienza del sistema socio sanitario nel suo complesso.

BIBLIOGRAFIA

1. Barer M.L., Evans R.G. et al., Avalanche or glacier? Health care and demographic rethoric, *Can.J.Aging* 1995;14(2):193-224
2. Bergman H., Beland F. et al., Care for Canada's frail elderly population: fragmentation or integration?, *Can.Med.Assoc.J.* 1997;157:1116-1121
3. Holman H., Chronic Disease, the need for a new clinical education, *JAMA* 2004; 292(9):1057-9
4. <http://www.goldstandardsframework.org.uk>
5. <http://www.nice.org.uk/guidance/qualitystandards/chronicobstructivepulmonarydisease/home.jsp>
6. <http://www.nice.org.uk/guidance/qualitystandards/chronicheartfailure/home.jsp>
7. Pazart L., Vidal C. et al., Card sorting: a tool for research in ethics on treatment decision-making at the end of life in Alzheimer patients with a life threatening complication, *BMC Palliative Care* 2011;10:4
8. Menkin E.S., Go Wish: a tool for end-of-life care conversations, *J. of Pall. Medicine* 2007;10(2):297-303
9. Byock I.R., End-of-life care: a public health crisis and an opportunity for managed care, *Am.J. Manag.Care* 2001; 7:1123-32
10. Schulz R., Beach S.R., Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study, *JAMA* 1999;282:2215-19
11. Christakis N., Iwashna T., The health impact of health care on families: a matched cohort study of hospice use by descendants, *Soc.Sci.Med.* 2003;57:465-75
12. <http://www.nice.org.uk/guidance/qualitystandards/indevelopment/endoflifecare.jsp>
13. Teno J. et al., Hospital characteristics associated with feeding tube placement in nursing home residents with advanced cognitive impairment, *JAMA* 2010;303:544-550
14. Haggerty J.L., Reid R.J., Freeman G.K., Starfield B.H., Adair C.E., McKendry R., Continuity of care: a multidisciplinary review, *BMJ.* 2003;327(7425):1219-21
15. Gray D.P., Evans P., Sweeney K., Lings P., Seamark D., Seamark C., Dixon M., Bradley N., Towards a theory of continuity of care, *J R Soc Med.* 2003;96(4):160-6.
16. Discharge from hospital pathway, process and practice http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4003252
17. Carroll A., Dowling M., Discharge planning: communication, education and patient participation, *Br J Nurs.* 2007; 16(14):882-6

I NODI DELLA LONG TERM CARE IN ITALIA

di **Cristiano Gori¹** e **Laura Pelliccia²**

¹Network Non Autosufficienza (NNA)

²Asl Milano Due

Questo lavoro intende fare il punto sulle questioni di maggior rilievo nell'assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti (long term care, LTC) nel nostro Paese. Quello di long term care è un bisogno complesso, che richiede interventi di aiuto nelle attività di base della vita quotidiana ma anche prestazioni sanitarie, per un periodo di tempo prolungato. Crediamo per questo sia utile adottare una prospettiva ampia, che ricomponga il quadro di tutti gli interventi destinati a questo scopo (centrali e locali).

Il nostro contributo si prefigge due obiettivi. Primo, offrire una panoramica sullo stato dell'arte delle varie misure di sostegno alla LTC nel contesto odierno: cosa sta cambiando negli ultimi anni nell'assistenza sociosanitaria, nei servizi dei Comuni per gli anziani, nelle prestazioni monetarie?¹ Tali cambiamenti saranno affrontati nella prima parte dell'articolo. Secondo, mettere a fuoco

le prospettive future di evoluzione del settore. Le opzioni di policy sono diverse, per di più riconducibili a due differenti modelli alternativi, che saranno esaminati nella parte successiva del contributo.

IL QUADRO ATTUALE

Le tendenze complessive

Le più recenti stime sulla spesa pubblica a favore degli anziani² non autosufficienti indicano che tale voce assorbe l'1,28% del Pil e che negli ultimi sette anni ha conosciuto un incremento (nel 2004 l'incidenza era pari allo 1,05%) (tabella 1). La nostra assistenza continuativa è dominata dai trasferimenti monetari: circa la metà delle risorse è impiegata nell'indennità di accompagnamento, la componente con maggior peso; per quel che attiene ai servizi, quelli di natura sanitaria hanno un ruolo nettamente più importante rispetto agli interventi di tipo assistenziale gestiti dai Comu-

¹ In questo paper sono riportati i principali dati di sintesi, mentre per un approfondimento più analitico delle principali fonti informative nazionali sulla non autosufficienza si rimanda ai rapporti del Network Non Autosufficienza (NNA), "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia", scaricabili dal sito www.maggioli.it

² Intesi convenzionalmente, per fini statistici, come le persone con 65 anni e più.

TABELLA 1 - Spesa pubblica per LTC per anziani non autosufficienti, quota (%) del Pil, 2004 e 2010 e variazione 2004-2010

	2004	2010	Variazione 2004-2010
Componente sanitaria per LTC	0,45	0,51	+0,06
Indennità di accompagnamento	0,48	0,62	+0,14
Spesa sociale dei Comuni	0,11	0,15	+0,04
Totale	1,05	1,28	+0,23

Fonte: elaborazione NNA su dati RGS

ni. Questo modello di intervento *cash-oriented* si è andato rafforzando negli anni più recenti, considerato che l'incremento di risorse dell'ultimo quinquennio ha privilegiato proprio le prestazioni monetarie. Lo sbilanciamento del nostro welfare sulle prestazioni monetarie e la necessità di potenziare gli interventi in natura sono, peraltro, noti da tempo: già nel 1997 la Commissione Onofri³ aveva autorevolmente auspicato questo passaggio.

I servizi sociosanitari

Una larga fetta dell'assistenza agli anziani rientra tra le competenze del Ssn: oggi si può stimare che i servizi sociosanitari assorbano lo 0,86% del Pil, rispetto allo 0,63% di inizio secolo⁴ (Tab. 2). La maggior parte di questa componente sanitaria della nostra spesa per LTC è rivolta agli ultrasessantacinquenni (0,51% del Pil, tabella 1). In media nell'ultimo decennio la spesa sociosanitaria ha conosciuto una discreta accelerazione (7,73% annuo), tipica delle spese *age related* (tab. 2).

La crescita della spesa sociosanitaria va, comunque, interpretata alla luce dell'espansione complessiva del Ssn. Crediamo, infatti, sia utile verificare com'è cambiata l'importanza dei servizi sociosanitari nell'ambito dell'intera sanità. È im-

portante adottare questa prospettiva poiché, negli ultimi quindici anni, la programmazione sanitaria ha esortato il rafforzamento dei servizi territoriali. Secondo il noto slogan "meno ospedale, più territorio", si sarebbero dovute potenziare le risorse per l'assistenza distrettuale (di cui l'assistenza agli anziani fa parte) per conseguire miglioramenti in termini di appropriatezza e di efficienza.

Negli ultimi dieci anni è, effettivamente, aumentato il peso della spesa per LTC sulla spesa sanitaria complessiva (11,7% contro 11,2%): in altre parole, la crescita della LTC ha superato quella dell'Acute care (tabella 2). Tuttavia, se riflettiamo sullo spostamento di risorse tra queste due componenti in una prospettiva di così lungo periodo (10 anni), ciò che emerge è che la redistribuzione dall'acute alla LTC ha assunto proporzioni modeste (solo lo 0,5% del budget della sanità) rispetto all'atteso massiccio spostamento di risorse dall'ospedale al territorio; come dire che la fisionomia del modello di spesa non è molto cambiata. Il dato medio nazionale va considerato con cautela perché – come sempre – racchiude in sé rilevanti differenze regionali. In ogni modo, sarebbe utile approfondire la riflessione sulle ragioni per le quali la distribuzione delle fette nella "torta della spesa Ssn" sia rimasta in-

3 La nota Commissione di esperti, presieduta dal Prof. Onofri e nominata nel 1996 dall'allora Presidente del Consiglio Prodi con l'incarico di individuare i nodi della nostra spesa pubblica per il welfare. Ne è risultato un illuminante rapporto, per molti aspetti ancora oggi attuale (Commissione per l'analisi della compatibilità macroeconomiche della spesa sociale, 1997).

4 Non esistono statistiche sulla complessiva spesa delle Regioni per i Lea sociosanitari. Si può ovviare utilizzando le stime della spesa del Ssn per LTC della RGS che costituiscono una buona approssimazione della spesa sociosanitaria.

Di fatto sono considerate nella componente sanitaria per LTC i seguenti Lea sociosanitari: l'assistenza territoriale rivolta agli anziani e ai disabili, l'assistenza psichiatrica, l'assistenza rivolta agli alcolisti e ai tossicodipendenti, l'assistenza ospedaliera erogata in regime di lungodegenza.

TABELLA 2 - Spesa del Ssn per Acute care e LTC (2000, 2005, 2010)

	2000	2005	2010
Stima spesa sanitaria pubblica per Ltc (milioni) ^A	7.541	10.917	13.371
Variazione media annua 2000-2010	7,73%		
Spesa sanitaria pubblica per Acute Care sul Pil	5,0%	5,9%	6,46%
Spesa sanitaria pubblica per Ltc sul Pil	0,63%	0,76%	0,86%
Spesa sanitaria pubblica sul Pil	5,6%	6,7%	7,32%
Quota Acute care della spesa sanitaria	88,8%	88,7%	88,3%
Quota Ltc della spesa sanitaria	11,2%	11,3%	11,7%

Ns elaborazione su dati Rgs; ^APil dell'anno * quota spesa sanitaria pubblica per Ltc sul Pil; (Pil 2010=stima Istat a marzo 2011)

variata e sulle conseguenze che ciò ha significato per servizi ed utenti.

L'ultimo decennio ha significato per i servizi socio-sanitari un graduale rafforzamento, si è visto. L'Adi è probabilmente il servizio dove i progressi sono più evidenti, almeno in termini di diffusione: la quota di anziani servita è costantemente aumentata⁵ (figura 1). Permane un ampio divario tra il Sud e il Centro-Nord in termini di utenza servita, ma il livello di diffusione del servizio è aumentato in tutte le ripartizioni territoriali (al Sud – come noto – nell'ultimo quinquennio la diffusione è stata favorita dagli incentivi del Fondo per le Aree Sottoutilizzate, la cui erogazione dipende, tra gli altri indicatori, anche dalla copertura dell'assistenza domiciliare⁶).

Per vedere come sta cambiando il volto dell'Adi, non basta, però, osservarne la copertura. Merita una riflessione anche l'intensità (indicatore = ore per utente) con cui viene erogato il servizio: nell'ultimo decennio le ore annue dedicate a ciascun utente sono gradualmente calate⁷. La tendenza è, quindi, quella di ampliare l'utenza, riducendo la quantità di prestazioni da dedicare a ciascun be-

neficiario: in sintesi, si danno meno (accessi) a più (utenti). Un fenomeno indicativo del fatto che nonostante stiano aumentando le risorse destinate all'Adi (si veda il seguito), la domanda per questo tipo di interventi sta crescendo ad una velocità maggiore; le Asl, pertanto, fronteggiano le maggiori richieste aumentando il numero di casi e riducendo la durata media degli interventi per ciascun caso. In numerose realtà, ne emerge un profilo dell'Adi come intervento che assume, in misura crescente, un profilo "prestazionale" caratterizzato dall'erogazione di alcune singole prestazioni e non da una vera e propria presa in carico.

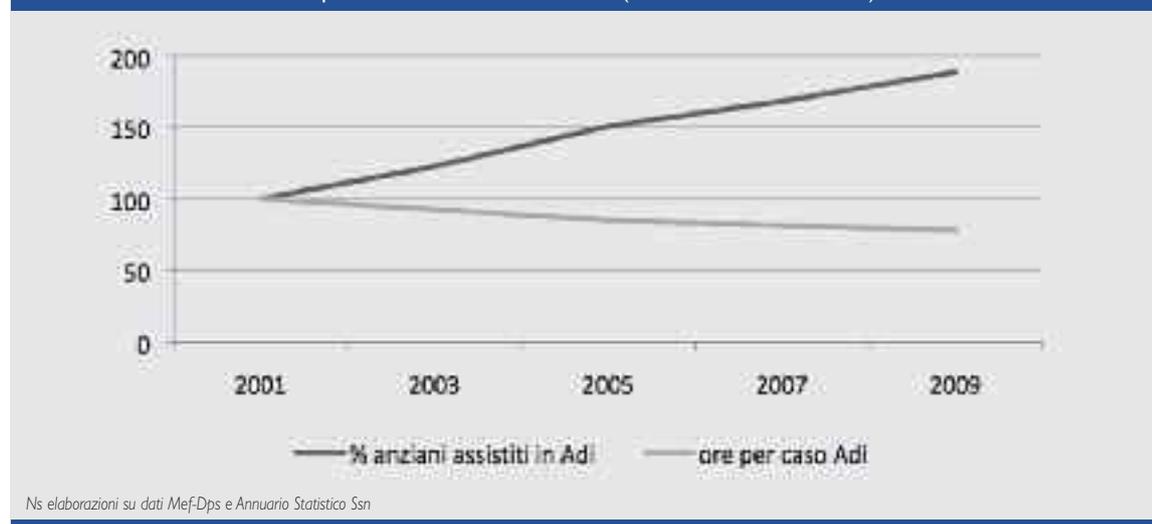
Per quel che concerne le risorse del Ssn per l'assistenza domiciliare, oggi la quota di spesa dedicata a questi servizi è molto eterogenea da Regione a Regione (dallo 0,3% del totale della spesa sanitaria nel Molise al 3,1% nel Friuli, figura 2), con il Centro-Nord che tendenzialmente dedica a questo regime assistenziale quote maggiori del Meridione. Da notare che rispetto alla situazione d'inizio secolo (2002) la maggior parte delle Regioni ha allargato la propria fetta di ri-

5 Tra il 2001 e il 2009 è passata dall'1,9 al 3,6%.

6 Il Cipe ha stanziato quote del Fondo per le Aree Sottoutilizzate per quelle regioni del Mezzogiorno che realizzano miglioramenti in alcuni servizi essenziali (aree strategiche denominate "Obiettivi di servizio"), tra i quali "i servizi di cure per l'infanzia e gli anziani". Per monitorare i progressi compiuti dalle Regioni nell'assistenza agli anziani, l'indicatore utilizzato è proprio il livello di copertura dell'Adi tra la popolazione 65+.

7 La media nazionale di ore annue per utente è passata da 27 ore del 2001 a 21 del 2009.

FIGURA 1 - Evoluzione della copertura e dell'intensità dell'ADI (numero indice, 2001=100)



sorse per l'assistenza domiciliare, ma l'aumento di incidenza ha avuto intensità differenti, con un'accelerazione spiccata solo in alcune Regioni del Centro Nord. In sei Regioni l'importanza dell'assistenza domiciliare si è ridotta.

A livello nazionale, nell'ultimo decennio, è lievemente cresciuta la quota di spesa sanitaria dedicata all'Adi (dall'1% del 2002 all'1,2% del 2009, figura 2). Ciò testimonia che alcuni progressi sono stati compiuti, ma l'incidenza di questa voce rimane talmente esigua da far pensare all'esistenza di margini di ampliamento ancora sfruttabili. Più in generale, il dato sulla quota di spesa sanitaria dedicata all'Adi si può leggere insieme a quelli sulla complessiva spesa per servizi sociosanitari (cioè per la maggior parte dei servizi LTC: 0,86% del Pil per tutti gli utenti, 0,51% se si restringe ai 65+). Si tratta di quote di spesa contenute rispetto al budget globale del Ssn e ancora di più lo sono rispetto alla spesa complessiva di welfare o a quella pubblica totale. Sarebbe, dunque, possibile realizzare incrementi di spesa significativi per il sociosanitario togliendo ad altri settori quote di

risorse per loro marginali.

A differenza di quanto osservato per l'Adi, l'evoluzione dei servizi residenziali procede ad un ritmo molto più lento (tabella 3): gli anziani assistiti dal Ssn nel 2003 erano l'1,6% e, in sei anni, la quota ha raggiunto il 2%.

Come sta cambiando l'assistenza residenziale? Tra i mutamenti di maggior rilievo risulta una crescita d'importanza delle strutture che offrono assistenza di tipo socio-sanitario (che aumentano in termini di posti letto e degenze) a discapito di altre tipologie di residenze con funzioni prevalentemente tutelari-alberghiere; in secondo luogo sta variando la composizione dell'utenza istituzionalizzata: aumenta la quota di ospiti ultraottantenni, si riduce la percentuale di ospiti con meno di 75 anni e aumenta la presenza di anziani non autosufficienti (Pesaresi e Brizioli, 2009).

Secondo la fotografia più recente (Istat, 2012) si tratta di un'offerta, quella residenziale, che svolge prevalentemente funzioni di tipo sociosanitario (il 71% dei posti letto residenziali ha queste

FIGURA 2 - Incidenza (%) dell'assistenza domiciliare sulla spesa sanitaria per regione, valori 2002 e 2009

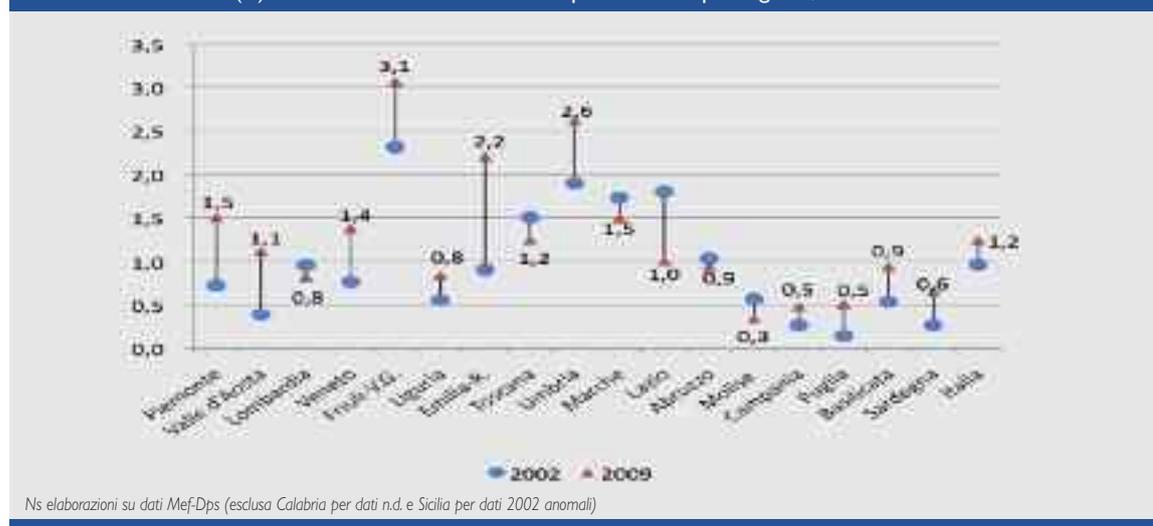


TABELLA 3 - Anziani assistiti dal Ssn in strutture residenziali (%)

	2003	2005	2007	2009
Anziani assistiti in strutture residenziali (%)	1,6	1,8	1,9	2,0

Fonte: Annuario statistico SSN

caratteristiche). Solo il 10,6% dei posti letto per anziani non offre alcuna assistenza sanitaria, il 49,9% si rivolge a pazienti che richiedono cure medico-infermieristiche quotidiane, il 18,1% assicura trattamenti sanitari di base, il 21,3% garantisce un alto livello di assistenza sanitaria (trattamenti essenziali per il mantenimento delle funzioni vitali).

La distribuzione dei servizi residenziali è oggi molto eterogenea tra le aree del Paese (figura 3). Gli squilibri sono molto profondi specialmente nell'offerta sociosanitaria, dove spostandoci da Nord verso Sud le distanze tra le dotazioni sono molto pronunciate. Questi divari nell'offerta residenziale tra le Regioni, come quelli dell'Adi, richiamano l'attenzione sulla necessità di potenziare gli interventi per promuovere il raggiungimento di standard di adeguatezza dei servizi sociosanitari in tutto il Paese⁸.

I servizi sociali

I Comuni, in qualità di registi del welfare locale, sono responsabili degli interventi socio assistenziali per gli anziani. In generale il welfare muni-

cipale ha conosciuto un lento e costante sviluppo nell'ultimo decennio, nonostante il quale questo comparto continua a soffrire di uno storico sottofinanziamento⁹.

Come già anticipato a confronto delle altre prestazioni di assistenza continuativa, quelle erogate dai Comuni rappresentano una voce di modesta entità (0,15% del Pil nel 2010, tab.1, non così diverso dal valore del 2004, 0,11%). Cifre indicative della debolezza del sostegno riconosciuto alle esigenze di tipo tutelare e assistenziale rispetto ad altri bisogni (ad esempio quelli sanitari). Per di più l'offerta di servizi per gli anziani dei Comuni risulta fortemente diversificata tra i territori: è difficile individuare un comune denominatore di servizi presenti in tutte le realtà, ad esempio una quota importante delle amministrazioni del Meridione sono ancora sprovviste del Servizio assistenza domiciliare (Sad) e anche al Centro, non sono pochi i Comuni scoperti¹⁰.

È importante, in ogni caso, capire come nel recente contesto economico e normativo si sono evoluti i servizi comunali per gli anziani. Le ultime evidenze indicano una riduzione dell'utenza

⁸ Si tratta di favorire l'esigibilità dei Lea sociosanitari che – in virtù del Dpcm 29/11/2001 – tutte le Regioni dovrebbero garantire (per una discussione degli interventi compiuti sinora si rimanda a Cembrani et.al, 2010).

⁹ I dati più recenti evidenziano un'incidenza della spesa sociale comunale sul Pil dello 0,42% (Fonte Istat, Gli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati) non tanto diversa dallo 0,3% registrato a metà anni '90 dalla Commissione Onofri.

¹⁰ Una questione che va necessariamente collegata alla mancata definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni sociali, la cui urgenza si ripropone in questa fase di disegno delle regole del federalismo; per una panoramica di come le recenti politiche hanno affrontato questo tema si rimanda a Banchemo (2011).

FIGURA 3 - Posti letto in unità socio-assistenziali e sociosanitarie per ripartizione geografica, 2009, per 1000 residenti



Fonte: Istat

raggiunta dal servizio (la quota di anziani presi in carico dal Sad è passata dall'1,8% del 2006 all'1,6% del 2008, tabella 4). Sono segnali che testimoniano come i servizi socio-assistenziali rivolti agli anziani non abbiano ancora ricevuto adeguate spinte propulsive per adeguare l'offerta ai bisogni dell'invecchiamento. Una tendenza sulla quale ha inciso anche la grande diffusione delle assistenti familiari ("badanti") che, se da un lato ha contenuto le domande, allo stesso tempo ha posto la necessità di ripensare il servizio. La disponibilità di assistenti familiari spinge, infatti, verso il Sad domande di anziani particolarmente fragili e lo chiama, pertanto, ad affrontare interventi sempre più complessi. D'altra parte, molti operatori del Sad lavorano con anziani seguiti anche da un'assistente familiare, che ha sovente minore esperienza e qualificazione. La sfida è qui coordinare le diverse professionalità in gioco affinché chi lavora nel Sad sostenga e accompagni l'assistente familiare, attraverso forme di tutoraggio.

Su questo quadro già critico si innestano i provvedimenti di finanza pubblica dell'ultimo biennio. Lo Stato ha azzerato il "Fondo non autosufficienze" e ha progressivamente prosciugato il "Fondo Nazionale Politiche Sociali". Le ammi-

nistrazioni hanno subito ulteriori strette dall'inasprimento del patto di stabilità e dalla riduzione dei trasferimenti a titolo di finanziamento generale¹¹. Si stima che lo sforzo finanziario richiesto ai Comuni risulti tale che nel solo 2012 la spesa sociale sia destinata a subire una riduzione del 13%¹² (Ifel, 2011b).

Tutto ciò potrebbe significare per il prossimo biennio un'inversione di marcia del welfare territoriale, un passo indietro nel lento processo di sviluppo. Nei servizi sociali gli ultimi due anni – secondo le impressioni comunemente riportate dagli operatori – sono stati caratterizzati da una fatica per la difesa dei livelli di servizio raggiunti a fine decennio; nell'immediato futuro potrebbe non essere più possibile mantenere tali standard (tabella 5). Il realizzarsi di questo probabile scenario avrebbe profonde conseguenze sul sistema italiano di LTC: significherebbe un'ulteriore marginalizzazione dei Comuni e la sua centratura sempre più forte su indennità di accompagnamento e servizi socio-sanitari.

L'indennità di accompagnamento

Come premesso, l'indennità di accompagnamento¹³ è, tra gli interventi pubblici per gli anziani

11 L'Ifel (2011a) prevede che la crescita della spesa corrente comunale nel biennio appena concluso sia estremamente ridotta (+2,5%, praticamente ferma in termini reali); i valori sono detti dalla variazione 2009-2011 della spesa corrente conti delle Amministrazioni comunali, quadro tendenziale 2010-2013, tratto da Ifel (2011a).

12 È la riduzione di spesa necessaria per coprire lo sforzo finanziario di 6,2 miliardi (come somma dei tagli ai trasferimenti e dell'inasprimento del Patto richiesto dalle manovre dell'ultimo biennio). La proiezione tiene conto del grado di rigidità degli impegni dei vari settori. Queste stime sono da rivedere solo leggermente al ribasso per l'alleggerimento degli oneri (520 milioni) disposti dalla Legge di stabilità 2012.

13 La discussione di questo paragrafo si concentra sull'indennità di accompagnamento. Non bisogna dimenticare, però, che a livello decentrato si stanno diffondendo altri contributi economici a favore delle persone non autosufficienti, gli assegni di cura erogati da Regioni e Comuni.

TABELLA 4 - SAD per gli anziani: presa in carico, Italia, 2006-2008

	2006	2007	2008
Quota di anziani presi in carico (per cento anziani)	1,8	1,7	1,6

Fonte Istat

TABELLA 5 - Le fasi dei servizi sociali

2000-2009	Sviluppo graduale degli interventi sociali A fine decennio i servizi assorbono lo 0,42% del Pil; la spesa comunale per gli anziani rappresenta lo 0,15% del Pil.
2010-2011	Stabilizzazione della spesa Sforzo dei Comuni per mantenere i livelli di servizio precedentemente raggiunti
2012-2013	Aspettative di riduzione della complessiva spesa sociale comunale (-13% nel 2012, Fonte Ifel) e di riduzione del livello dei servizi offerti

non autosufficienti, quello di maggior rilievo finanziario¹⁴. Pur non essendo una misura rivolta esclusivamente agli anziani, la maggior parte dell'utenza (circa i tre quarti) è ultrasessantacinquenne e la utilizza principalmente per remunerare le assistenti familiari.

Nell'ultimo decennio sono decisamente aumentati gli anziani che ricevono questa misura – dal 6% del 2002 al 9,5% del 2008, cioè + 58% in sette anni (elaborazioni Lamura e Principi, 2009 su dati Inps) – fenomeno che ha comportato una forte accelerazione della relativa spesa¹⁵. La grande maggioranza dei fruitori dell'accompagnamento è anziana: il 23,6% sono persone fra i 65 e 79 anni e il 49,7 sono ultra ottantenni. L'incidenza delle persone anziane sul totale dei fruitori, inoltre, è cresciuta costantemente nello scorso decennio.

Quali fattori hanno trainato la crescita della diffusione dell'indennità? Le cause vanno ricercate non soltanto nelle caratteristiche proprie di questo strumento, ma anche negli aspetti più generali del nostro modello di welfare. Possono essere così sintetizzate:

L'aumento dei "grandi anziani". L'indennità è l'unica misura nazionale stabile a sostegno delle spese causate agli anziani dalla non autosufficienza. Mentre tutta la popolazione anziana si amplia, aumentano in modo particolare le persone con almeno 75 anni di età (+ 23% tra il 2002 e il 2009)¹⁶, che sono i principali percettori dell'accompagnamento.

La crescita d'informazione e consapevolezza. In passato la prestazione era meno conosciuta dalla popolazione e a molti pareva impossibile che la non autosufficienza comportasse il diritto a un sostegno economico indipendente dal reddito (si pensava che i diritti si limitassero alla sanità ospedaliera e alle pensioni). Nell'ultimo decennio, inve-

ce, sono aumentate sia l'informazione in proposito sia la consapevolezza dei propri diritti di anziani e famiglie. Molto spesso sono gli operatori di Comuni e Asl, di fronte a famiglie che chiedono cosa fare per il parente non autosufficiente, a suggerire di richiedere l'indennità.

La diffusione delle assistenti familiari. L'indennità costituisce il principale contributo pubblico utilizzabile dalle famiglie nella remunerazione delle assistenti familiari (badanti). Il valore delle detrazioni e deduzioni fiscali esistenti, infatti, è assai limitato e condizionato alla retribuzione regolare dell'assistente. L'esigenza di pagare le badanti ha portato un numero crescente di famiglie a chiedersi se esista un sussidio pubblico utilizzabile a tal fine e ad individuarlo nell'accompagnamento, sovente – come detto – indirizzate in tal senso dai servizi pubblici. Lo scorso decennio ha visto il boom delle badanti ed è proprio allora che la spesa per le indennità si è impennata. Probabilmente, la diffusione delle assistenti familiari rappresenta la principale ragione della crescita della spesa per le prestazioni d'invalidità civile in Italia.

I pochi servizi di cura a domicilio. La diffusione delle assistenti familiari s'intreccia con le debolezze del welfare pubblico. Su questo aspetto, più ancora che sugli altri, bisogna essere cauti nelle generalizzazioni poiché alcune Regioni negli scorsi anni hanno migliorato sensibilmente la propria offerta grazie ai "Fondi regionali per la non autosufficienza"; prospettive di sostenibilità di tali interventi, tuttavia, appaiono indebolite dopo le più recenti manovre economiche. Sembra possibile, comunque, rilevare una tendenza valida anche in gran parte delle realtà avanzate. L'offerta a domicilio di servizi a titolarità pubblica è composta perlopiù da interventi di natura sanitaria, prevalentemente infermieristici, concepiti come

14 Come noto, è una delle prestazioni d'invalidità civile e viene riconosciuta, indipendentemente dalle condizioni economiche, alle persone con invalidità totale che necessitano di assistenza continua per deambulare e/o svolgere gli altri atti quotidiani della vita. Nel 2012 il valore è di 492 euro mensili, e non vi sono vincoli di utilizzo e obblighi di rendicontazione.

15 La serie dell'Inps è l'unica che parta dall'inizio dello scorso decennio e consideri autonomamente le persone 65+; i dati non vanno però oltre il 2008. Altre fonti (Istat) collocano la quota di anziani che ricevono l'indennità di accompagnamento al 12,5% (sempre al 2008); esistono discrepanze metodologiche tra la rilevazione sui trattamenti pensionistici Istat e le informazioni tratte dalla banca dati Inps. Per un confronto si rimanda a Chiatti et al (2010).

16 Nel medesimo periodo, le persone in età 65-74 anni sono aumentate del 6%.

prestazioni per rispondere a una specifica criticità/patologia ben circoscritta. La presenza di servizi che svolgano funzioni di assistenza tutelare (aiuto nelle attività di base della vita quotidiana), di aiuto domestico, di sorveglianza e più in generale di cura (care) è esigua. Infatti, come si è visto, i servizi sociosanitari dell'Adi sono cresciuti costantemente nel decennio ma si concentrano su singole prestazioni, mentre i servizi sociali dei Comuni sono assai pochi e in tendenziale diminuzione. L'unica risposta pubblica alla pressante richiesta delle famiglie di essere sostenute nell'impegno quotidiano di cura, dunque, è l'indennità di accompagnamento.

Le carenze degli interventi a tutela del reddito. Le prestazioni d'invalidità civile svolgono, tradizionalmente, una funzione integrativa rispetto alle debolezze delle politiche contro la povertà e la disoccupazione, in particolare nelle aree economicamente più deboli (Gori, 2011). Nello scorso decennio, l'indennità di accompagnamento – invece che le pensioni d'invalidità, come accadeva in passato – sembra aver compiuto questa funzione integrativa in misura crescente. Effettivamente, la percentuale di anziani utenti è sopra la media nazionale nelle Regioni meno sviluppate economicamente.

Peraltro, il maggior ricorso all'indennità nelle Regioni meridionali non si presta a semplificazioni. Esiste, infatti, una certa correlazione tra le percentuali di fruizione della prestazione e il tasso di non autosufficienza in Italia. Detto altrimenti, l'elevato impiego dell'indennità nelle Regioni meridionali è in parte dovuto a una presenza della non autosufficienza superiore rispetto al resto del Paese, aspetto che non sorprende poiché la diffusione di quest'ultima è sempre inversamente correlata ai livelli di sviluppo economico e d'istruzione (Istat, 2009). In ogni modo, la maggiore diffusione della non autosufficienza spiega solo una parte dell'utilizzo particolarmente esteso dell'accompagnamento in Regioni come Calabria, Cam-

pania, Sardegna e Abruzzo (Chiatti et al., 2010). Infine, e nondimeno, è bene ricordare che l'indennità ha conosciuto nello scorso decennio una forte diffusione anche nelle aree più avanzate del Paese (si vedano i dati in Chiatti et al., 2011).

L'assenza di requisiti d'accesso standardizzati. L'accertamento dei requisiti per ricevere l'indennità è basato su criteri generici e non standardizzati (a differenza di quanto accade per le pensioni d'invalidità). Le norme, infatti, indicano che ha diritto all'accompagnamento chi “si trovi nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore” e/o “abbisogni di un'assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita”. Le leggi vigenti, però, non esplicitano quali siano gli atti quotidiani della vita cui fare riferimento per individuare tali condizioni e né, tanto meno, in che modo e con quali strumenti valutativi questi debbano essere esaminati sul piano funzionale. Esiste, pertanto, un ampio spazio di discrezionalità nel decidere chi possa ottenere l'accompagnamento e chi no, discrezionalità che consente di ampliare l'utenza nel rispetto delle regole formali (su questo punto, come sul successivo, sono state recentemente introdotte alcune modifiche, il cui impatto si potrà verificare solo in futuro; si veda Giacobini, 2011).

La separazione tra soggetto che riconosce il diritto alla prestazione e soggetto che ne sopporta gli oneri finanziari. La legge assegnava infatti alle Regioni, tramite le Commissioni Asl, il compito di ricevere le domande mentre lo Stato, tramite l'Inps, finanziava le relative prestazioni. Questa asimmetria sembra aver contribuito alla crescita dell'indennità, poiché chi riconosceva il diritto alla prestazione non aveva incentivi al contenimento della spesa. Recentemente, come detto, attraverso modifiche di aspetti procedurali e organizzativi, si è cercato di rimediare a questa criticità¹⁷.

Nell'ultimo biennio, l'aspetto dell'indennità di

¹⁷ Dal 2010 si è tentato di rimediare a questi problemi di responsabilizzazione con modifiche procedurali: oggi è l'Inps che riceve le domande, le commissioni di accertamento delle Asl sono integrate da un medico dell'Inps e la decisione ultima sui verbali spetta sempre all'Inps (Giacobini, 2011).

accompagnamento che ha destato maggiore attenzione è stata la crescita del numero dei beneficiari e della relativa spesa¹⁸. Ci si è tuttavia dimenticati dei nodi irrisolti di questa prestazione, ovvero di una serie di limiti che presenta sul piano dell'appropriatezza, dell'efficienza e dell'equità:

- la procedura di valutazione dei requisiti che danno diritto all'indennità si presta ad una certa discrezionalità poiché a livello nazionale mancano criteri standardizzati per accertare la non autosufficienza dei richiedenti;
- si prevede per tutti i beneficiari un unico livello della prestazione (492 euro)¹⁹. C'è ampio consenso tra gli esperti nel riconoscere che l'erogazione a tutti i beneficiari della stessa cifra, senza tener conto del diverso grado di bisogno assistenziale dei richiedenti, costituisca un esempio di iniquità verticale;
- non esistono vincoli di utilizzo degli importi ricevuti. Le famiglie non sono in alcun modo tenute a rendicontare come hanno speso l'assegno. La mancanza di controlli sulla spesa assicura spazio a fenomeni di assunzione del personale in forma irregolare e non fornisce alcuna assicurazione sulla qualità della care erogata grazie all'indennità.
- la gestione dell'indennità risulta totalmente scollegata dalla rete di servizi sociali e sociosanitari locali ed è lasciata, infatti, interamente alle famiglie, senza che a questa prestazione sia collegato nessun intervento d'informazione, orientamento o presa in carico. Esiste, dunque, una netta frattura tra i due sistemi di sostegno alla non autosufficienza: da un lato c'è l'accompagnamento governato dallo Stato, dall'altro i servizi locali offerti da Regioni, Asl e Comuni, senza alcun coordinamento o integrazione tra i due mondi.

LE PROSPETTIVE PER IL FUTURO

L'evoluzione dei servizi di long term care (LTC) dipenderà dalle scelte che saranno adottate a livello nazionale e locale. Nel dibattito pubblico circolano diverse strategie per fronteggiare l'aumento del bisogno di assistenza continuativa e – a nostro parere – le opzioni in campo possono essere ricondotte a due orientamenti opposti, tra i quali si polarizzano le prospettive per il futuro:

1. lo sviluppo delle soluzioni assicurative private di LTC;
2. la costruzione di un'infrastruttura nazionale per le LTC.

Lo sviluppo delle soluzioni assicurative

Il rischio che insorga la non autosufficienza può essere affrontato tramite soluzioni assicurative di tipo privato, le quali possono assumere la forma sia di polizze mutualistiche-collettive, sia di contratti stipulati individualmente dagli interessati. Si tratta di una strategia che nel nostro Paese suscita sempre maggior interesse.

Quali opportunità e limiti sono connessi a queste soluzioni? C'è spazio in Italia per il loro sviluppo? Che ruolo potrebbero assumere le assicurazioni²⁰ rispetto alla copertura garantita dal sistema pubblico? Si tratta di domande cui anche l'Ocse ha recentemente cercato di rispondere (Box 1). Ne è emersa una diffusione limitata delle assicurazioni di LTC tra gli Stati membri. Anche in prospettiva, l'Ocse afferma che lo spazio di crescita di queste soluzioni sembra decisamente esiguo: si tratta di prodotti che continueranno a svolgere un ruolo di nicchia.

In Italia il mercato delle assicurazioni private ha origini piuttosto recenti, una diffusione ancora molto limitata ma in crescita, soprattutto legata al fatto che alcune categorie professionali hanno inserito nei propri contratti fondi per la LTC; si trat-

¹⁸ Per frenare questo fenomeno, nella convinzione che fosse originato da frodi diffuse, è stata avviata una massiccia campagna di controlli, nota come "lotta ai falsi invalidi". Una discussione critica della "lotta ai falsi invalidi" si trova in una parte monografica del numero 4/2011 della rivista *Welfare Oggi* (Maggioli Editore).

¹⁹ Non si considera qui l'indennità per i non vedenti.

²⁰ In questo paragrafo con il termine "assicurazioni private" s'intende l'insieme delle tutele assicurative private, dunque polizze individuali + le (maggiormente diffuse) forme assicurative collettive legate principalmente ai contratti di categoria.

ta principalmente di comparti solidi come i bancari, gli assicurativi, i dirigenti d'impresa. Si stima che gli assicurati del 2009 fossero, complessivamente, 335.000 di cui circa 15.000 con polizze individuali e 320.000 con polizze collettive (Rebba, 2010).

Alle ragioni che negli altri Paesi hanno impedito il decollo delle polizze integrative si aggiungono alcune peculiarità del nostro sistema di welfare. Il lungo dibattito sulle possibilità di riforma

dell'assistenza agli anziani, mai sfociato in cambiamenti effettivi, ha generato a lungo incertezza sulle garanzie pubbliche (in pratica, contrariamente a quello che è avvenuto per sanità e pensioni, non è mai stato definito il "primo pilastro"). Questa situazione non ha certo incoraggiato la domanda di polizze. In altri contesti internazionali (ad esempio la Francia), invece, dopo che lo Stato ha definito il proprio perimetro d'intervento - esplicitando i diritti soggettivi delle persone non

BOX 1 - La valutazione dell'OCSE delle assicurazioni private per la LTC

Il recente rapporto "Help wanted? Providing and paying for Ltc" (Ocse, 2011) ha indagato il ruolo e l'ampiezza del mercato privato di LTC nell'area Ocse: in media in questi Paesi le polizze coprono soltanto l'1,5% della spesa totale (pubblico + privato) per LTC. A eccezione di realtà quali gli Stati Uniti e il Giappone dove la quota raggiunge il 5-7%, negli altri Stati il ruolo delle assicurazioni non supera il 2% (figura 4). Anche nei contesti dove l'intervento pubblico offre minori garanzie, si preferisce ricorrere all'informal care o acquistare servizi out of pocket. È risultato inoltre, da approfondimenti su specifici Paesi come Stati Uniti e Francia, che ad essere assicurati sono soprattutto i ceti con reddito e patrimonio piuttosto alti e con elevato livello di istruzione.

Molti si aspettano che questo mercato sia destinato a crescere nei prossimi anni. Il punto che ha suscitato maggiore attenzione da parte dell'Ocse è quanto questa crescita possa avere un carattere universale: le soluzioni assicurative si potranno estendere/saranno accessibili alla maggior parte della popolazione?

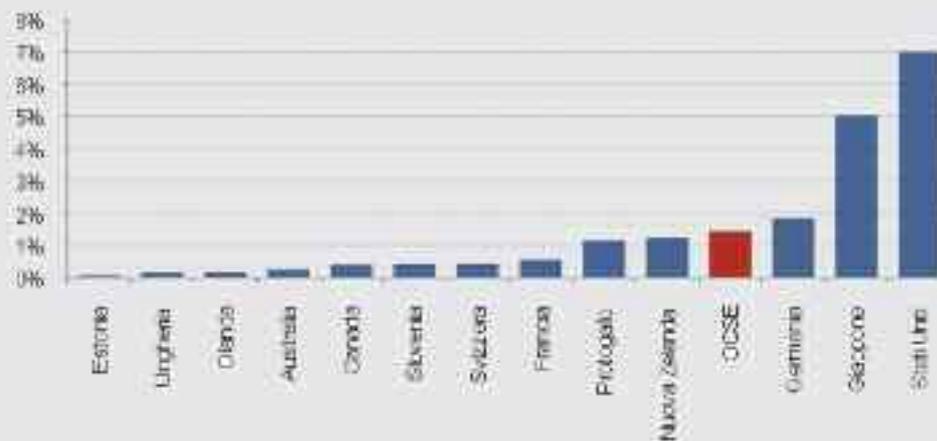
Pur riconoscendo le opportunità che le polizze possono offrire alle famiglie nell'affrontare il rischio di non autosufficienza, il rapporto ha individuato una serie di fattori che si prevede ostacoleranno la diffusione di questi prodotti:

- le assicurazioni non sono accessibili a tutta la popolazione: per i meno abbienti i premi verrebbero ad assorbire una quota troppo alta di risorse, così da scoraggiarne la sottoscrizione;
- in secondo luogo le persone che già presentano livelli di rischio alto (ad esempio gli over 70) sarebbero considerate dalle compagnie non assicurabili;
- gli individui non hanno un'adeguata percezione del rischio connesso all'insorgere della non autosufficienza e sono riluttanti a investire in anticipo per questa esigenza, specie se alle prese con altre poste impegnative come il finanziamento della casa, dell'istruzione ecc.;
- le assicurazioni collettive, come i fondi di categoria, hanno il merito di contenere i premi e di mitigare il fenomeno delle esclusioni dei soggetti particolarmente esposti al rischio. Ciò nonostante, l'Ocse ha constatato che anche il successo di tali soluzioni è stato modesto.

L'intervento pubblico, secondo l'Ocse, può solo leggermente mitigare questi problemi dei mercati assicurativi. Gli incentivi fiscali sono utili a incoraggiare la domanda ma possono rivelarsi anche critici sul piano dell'equità: di fatto finiscono per finanziare i soggetti benestanti, che sovente avrebbero comunque stipulato il contratto, anche in assenza di benefici fiscali.

La valutazione complessiva che ne è derivata è, quindi, quella di un settore - le assicurazioni private di LTC - che crescerà ma conservando le caratteristiche di mercato di nicchia, di risposta alle esigenze di una parte minoritaria della popolazione; difficilmente, invece, esso diventerà la principale risposta al crescente bisogno di LTC. Questo giudizio dell'Ocse è condiviso, a livello internazionale, dalla gran parte degli esperti di LTC.

FIGURA 4 - Quota della spesa totale per Ltc coperta dal mercato delle assicurazioni private



Fonte: Ocse 2011

autosufficienti – è aumentata la consapevolezza sulle prestazioni lasciate a carico delle famiglie; ciò ha favorito lo sviluppo delle soluzioni integrative.

Sovente, nella discussione pubblica nazionale, ricorrono proposte che confidano nelle potenzialità delle polizze integrative per migliorare l'assistenza e risolvere i problemi di sostenibilità del sistema di welfare. In genere, però, per esaminare l'efficacia e la fattibilità di tali riforme si fa riferimento quasi esclusivamente a ipotesi ed argomentazioni maturate riferendosi alle prestazioni sanitarie, trascurando così le specificità della condizione di non autosufficienza.

Sulle possibilità di sviluppo delle polizze integrative nel nostro Paese, un recente studio ha valutato alcune ipotesi di riforma (Rebba, 2010): l'analisi ha considerato vari interventi che lo Stato potrebbe intraprendere per incoraggiare la diffusione delle assicurazioni private. Lo scenario di massima evoluzione prevede il passaggio dalle 335.000 posizioni censite a 3 milioni in sei anni, mentre non vengono fornite ipotesi per anni successivi. In ogni modo, Rebba evidenzia che queste forme assicurative possono costituire una risposta per una parte minoritaria degli italiani.

Il punto decisivo, spesso non adeguatamente esplicitato, riguarda quale ruolo dovranno assumere le assicurazioni: l'obiettivo consiste nel mantenere e potenziare l'attuale copertura fornita dal primo pilastro – quello degli interventi pubblici per la LTC – riconoscendo alle polizze un ruolo integrativo, di gestione dei rischi che restano carico delle famiglie? Oppure si intende restringere la responsabilità dello Stato nei confronti degli anziani non autosufficienti, ridimensionando le prestazioni oggi garantite e la platea dei beneficiari? In questo secondo caso le assicurazioni

avrebbero una funzione sostitutiva. Le analisi condotte a livello internazionale, sintetizzate dall'Ocse, concordano con quelle focalizzate sul nostro Paese (Rebba, 2010)²¹ nell'indicare che – date le ridotte possibilità di espansione delle assicurazioni – l'unica strada realisticamente immaginabile consiste in un loro (contenuto) ruolo integrativo.

La costruzione di un'infrastruttura nazionale

Cosa serve oggi, invece, al nostro Paese per rafforzare l'assistenza agli anziani non autosufficienti in una prospettiva nazionale? La risposta può arrivare dalle esperienze degli altri Stati europei che hanno riformato i propri programmi di LTC. Generalmente nel resto d'Europa – come in Italia – l'erogazione dell'assistenza agli anziani è affidata ai livelli di governo locale. Quasi tutti i Paesi dell'area continentale hanno realizzato – negli ultimi due decenni²² – riforme nazionali finalizzate a creare migliori condizioni per l'azione del welfare locale. In questi processi di rinnovamento si possono cogliere alcuni tratti comuni:

- sono stati predisposti sistemi di monitoraggio sull'assistenza locale, per verificare che in tutti i territori fossero rispettati standard di offerta sia a livello qualitativo che quantitativo;
- lo Stato ha assunto il ruolo di cabina di regia, assicurando – oltre al presidio dei sistemi di monitoraggio – funzioni di orientamento e accompagnamento per i territori;
- lo Stato ha sostenuto finanziariamente i livelli decentrati, partecipando al cofinanziamento dei programmi gestiti a livello locale.

L'insieme degli elementi menzionati ha costituito un'infrastruttura nazionale che ha sorretto lo sviluppo dell'assistenza agli anziani a livello decentrato. Tale infrastruttura, però, è ancora assen-

21 Lo studio ha considerato diversi scenari: lo status quo, l'aumento dei benefici fiscali a parità di offerta pubblica, l'aumento consistente di benefici fiscali per le sole polizze collettive, un mix di parziale aumento degli incentivi fiscali e di aumento dell'offerta pubblica. Per ogni ipotesi ha stimato l'aumento dei costi (in termini di spesa pubblica per LTC e fiscal expenditure), la fattibilità e il livello di equità (Rebba, 2010).

22 Ad esempio l'Austria nel 1993, la Germania nel 1995, la Francia nel 1997, 2001, 2007, la Spagna nel 2006, il Portogallo nel 1999 e nel 2006.

te nel nostro Paese. Nonostante un lungo dibattito non si è arrivati a una riforma organica del settore²³ e lo sviluppo dei servizi è rimasta una questione lasciata alla sensibilità dei vari territori. Anche il percorso di costruzione del federalismo non è risultato sinora in grado di tessere una rete di protezione efficace per gli anziani non autosufficienti di tutte le Regioni. Sarebbe, invece, necessaria un'alleanza tra Stato e Regioni, fatta di impegni reciproci che i vari livelli di governo assumono per raggiungere obiettivi concreti di rafforzamento dei servizi.

Per promuovere questa "infrastruttura nazionale a sostegno del welfare locale", così come insegnano le esperienze internazionali, lo Stato dovrebbe incrementare gli stanziamenti e le Regioni dovrebbero impegnarsi anch'esse a rafforzare le risorse dedicate al settore. Potrebbero essere adottate soluzioni che, in un contesto di nuovi finanziamenti statali, incentivino le Regioni ad aumentare il proprio sforzo finanziario per sostenere i servizi. L'ipotesi potrebbe consistere in meccanismi di addizionalità dei finanziamenti statali per quelle Regioni che aumentano la quota degli stanziamenti destinati all'assistenza agli anziani o che sostengono, con risorse proprie, iniziative di rafforzamento di questi servizi.

La questione dell'incremento dei finanziamenti è quanto mai delicata nell'attuale stato della finan-

za pubblica. Tuttavia, la spesa per LTC assorbe una fetta talmente esigua di risorse (cfr. la parte sulle tendenze complessive in questo contributo) che sarebbero sufficienti minimi spostamenti all'interno del complessivo bilancio pubblico per incrementarla significativamente (Gori e Lamura, 2009). Numerosi esperti concordano sull'esigenza di sanare lo storico sottofinanziamento di questa voce e sono già state avanzate proposte coerenti con questa finalità²⁴.

L'obiettivo di lungo termine dovrebbe essere quello di fissare i Livelli essenziali di assistenza per i non autosufficienti, stabilendo standard adeguati di offerta per le Regioni. Così come oggi sono garantiti standard uniformi per i servizi di sanità acuta (ad esempio la quantità di posti letto ospedalieri), dovrebbero essere assicurate garanzie analoghe per i servizi rivolti agli anziani; questa determinazione dovrebbe riguardare congiuntamente i servizi sociosanitari e quelli socio assistenziali. Una simile riforma dovrebbe estendersi anche all'indennità di accompagnamento, e dovrebbe essere l'occasione per correggere le criticità di cui oggi soffre il nostro sistema di prestazioni monetarie (quelle discusse nel paragrafo sull'indennità di accompagnamento).

La logica alla base di questo processo dovrebbe consistere nella gradualità: lo richiedono tanto il contesto economico odierno quanto l'impegno

23 Per un confronto tra le proposte avanzate per il nostro Paese negli ultimi 15 anni si rimanda a Gori (2008).

24 Tra gli altri si vedano Irs (2012), Gori, a cura di, (2010), Beltrametti (2008).

BOX 2 - L'infrastruttura nazionale per la non autosufficienza

I capisaldi delle riforme degli altri Paesi	Cabina di regia statale per lo sviluppo dei servizi decentrati Potenziamento dei finanziamenti dal Centro Sistema di monitoraggio snello
Il caso italiano	Sviluppo della rete territoriale dell'assistenza improntato alla discrezionalità-sensibilità delle singole Regioni Assenza di standard nazionali Debolezza dei sistemi di monitoraggio Assenza di meccanismi di premialità
L'esigenza attuale	Alleanza Stato-Regioni per implementare i servizi per gli anziani Investimenti per dare credibilità
Le occasioni per la riforma	Processo di attuazione del federalismo Patto per la salute
La logica	Lep = obiettivo di lungo periodo Percorso di graduale avvicinamento Obiettivi concreti di miglioramento specifici per ogni territorio

attuativo necessario. La situazione attuale, inoltre, è di tale eterogeneità che occorre, evidentemente, tenere conto dei livelli di offerta esistenti in ciascuna Regione. Potrebbe essere impostato un percorso progressivo, individuando specifici “obiettivi di servizio”, aree chiave sulle quali concentrare gli sforzi di implementazione. Si tratterebbe, dunque, di fissare per ogni territorio obiettivi di miglioramento riferiti agli specifici servizi prescelti (incrementi di offerta per il successivo

biennio rispetto ai livelli rilevati all’inizio del percorso, poi lo stesso per il biennio seguente e così via); potrebbero essere richiesti avanzamenti, oltre che nella quantità di servizi erogati, in altre dimensioni dell’assistenza (ad esempio il completamento delle procedure di autorizzazione e accreditamento, le dotazioni di personale, l’appropriatezza). Questi indicatori dovrebbero essere l’oggetto di un efficace sistema nazionale di monitoraggio (box 2)²⁵.

²⁵ Il concetto degli “obiettivi servizio” deriva dalla programmazione strategica nazionale a favore delle Regioni che fruiscono di fondi europei (obiettivo 2); il suo significato consiste nel fissare obiettivi da raggiungere in termini di particolari prestazioni, in questo caso assistenza domiciliare e asili nido. Una proposta riguardante un più ampio utilizzo del concetto di “obiettivi servizio” al welfare è stata elaborata dalla Commissione Politiche Sociali della Conferenza delle Regioni, in merito si veda Bancho, 2011.

BIBLIOGRAFIA

- Agenas (2009a), I fondi e le politiche per la non autosufficienza nelle Regioni, Roma, www.agenas.it
- Agenas (2009b), Rilevazione sull’attuale spesa sanitaria pubblica per gli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard, www.agenas.it
- Bancho A. (2011), Le prime indicazioni sul Federalismo regionale, in “L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia”, Rapporto 2011, a cura di Network Non Autosufficienza, Maggioli, Sant’Arcangelo di Romagna.
- Baldini M. e Ciani E. (2010), Stime di spesa a confronto, in Gori, C (a cura di) “Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti-Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”, Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, www.lavoro.gov.it/Lavoro/Strumenti/StudiStatistiche/
- Beltrametti L. (2008), Le strategie di finanziamento, in “Le riforme regionali per i non autosufficienti”, a cura di C. Gori, Carocci, Roma.
- Ceda C., Fosti G., Tediosi F. (2009), Il fondo per le non autosufficienze: implicazioni per la governance dei servizi socio sanitari regionali e locali, in Cantù E. (a cura di), “L’aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009”, Egea, Milano.
- Cembrani et al. (2010), Le politiche nazionali, in “L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia”, Rapporto 2010, a cura di Network Non Autosufficienza, Maggioli, Sant’Arcangelo di Romagna.
- Chiatti et al. (2010), La “bussola” di NNA: lo stato dell’arte basato sui dati, in “L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia”, Rapporto 2010, a cura di Network Non Autosufficienza, Maggioli, Sant’Arcangelo di Romagna.
- Chiatti et al. (2011), La “bussola” di NNA: lo stato dell’arte basato sui dati, in “L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia”, Rapporto 2011, a cura di Network Non Autosufficienza, Maggioli, Sant’Arcangelo di Romagna.
- Commissione per l’analisi della compatibilità macroeconomiche della spesa sociale (1997), Relazione finale e documento “La spesa per l’assistenza”.
- Giacobini, C, 2011, Come cambiano le prestazioni, in “Welfare Oggi”, Maggioli Editore, numero 4.
- Gori C. (2008), Il dibattito sulla riforma nazionale, in “Le riforme regionali per i non autosufficienti”, a cura di C. Gori, Carocci, Roma.
- Gori, C (a cura di) (2010), Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti-Prospettive, risorse e gradualità degli interventi, Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, www.lavoro.gov.it/Lavoro/Strumenti/StudiStatistiche/
- Gori, C, 2011, Il boom della spesa per le prestazioni d’invalidità civile. Cosa c’è dietro?, in “Welfare Oggi”, Maggioli Editore, numero 4.
- Gori et al (2011), Quale futuro per il welfare? - Le politiche sociali tra delega assistenziale e prospettive di sviluppo, rapporto di ricerca per il Forum Nazionale del Terzo Settore, I quaderni del Forum, Roma.
- Gori C e Lamura G, 2009, Lo scenario complessivo, in “L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia”, Rapporto 2009, a cura di Network Non Autosufficienza, Maggioli, Sant’Arcangelo di Romagna.
- Ifel (2011a), Il quadro finanziario dei comuni, Rapporto al 31/8/2011, www.fondazioneifel.it
- Ifel (2011b), Effetti della manovra finanziaria sui comuni, Dossier concluso a settembre 2011, www.fondazioneifel.it
- Irs (2011), Disegniamo il welfare di domani, Prospettive Sociali e Sanitarie n.20-22
- Istat (2012), I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.
- Lamura e Principi (2009), I trasferimenti monetari, in “L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia”, Rapporto 2009, a cura di Network Non Autosufficienza, Maggioli, Sant’Arcangelo di Romagna.

- Lamura e Principi (2010), Le prestazioni di invalidità civile, in Gori C. (a cura di) "Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti-Prospettive, risorse e gradualità degli interventi", Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, www.lavoro.gov.it/Lavoro/Strumenti/StudiStatistiche/
- Ocse (2011), Providing an paying for Ltc, www.oecd.org
- Pasquinelli S. e Rusmini G. (2009), I sostegni al lavoro privato di cura, in "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia", Rapporto 2009, a cura di Network Non Autosufficienza, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna.
- Pesaresi F.(2011), La ripartizione della spesa nelle RSA, in "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia", Rapporto 2011, a cura di Network Non Autosufficienza, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna.
- Pesaresi F. e Brizioli E. (2009), I servizi residenziali, in "L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia", Rapporto 2009, a cura di Network Non Autosufficienza, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna.
- Ragioneria Generale dello Stato (2011), Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario italiano, Rapporto n. 12
- Rebba V. (2010), Le assicurazioni integrative, in Gori C. (a cura di) "Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti-Prospettive, risorse e gradualità degli interventi", Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, www.lavoro.gov.it/Lavoro/Strumenti/StudiStatistiche/

DIECI DOMANDE SULL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA

Network Non Autosufficienza (NNA)

Anna Banchemo, Enrico Brizioli, Cristiano Gori, Antonio Guaita, Franco Pesaresi, Marco Trabucchi

97

i Quaderni di Monitor

1. Perché la politica dimentica gli anziani non autosufficienti?

Non certo per i numeri. Gli ultra-ottantenni, i principali utenti dell'assistenza, sono – da tempo – in costante crescita: da 1.8 milioni nel 1990 (3% della popolazione) a 3.5 milioni nel 2010 (6%) e agli attesi 4.5 milioni del 2020 (7,5%) (tab. 1).

La politica non ne parla perché asseconda un sentimento di rimozione collettiva, che riguarda tutti coloro i quali non siano – in qualche modo – coinvolti nella realtà degli anziani non autosufficienti. La ragione è semplice: nessuno di noi ama pensare che potrebbe esserne, un giorno, toccato né immaginarsi – ad esempio – come un 85enne con l'Alzheimer.

La politica non ne parla, nondimeno, perché nel nostro Paese i Governi hanno tradizionalmente una ridotta capacità di decidere in autonomia e sono assai soggetti all'influenza di lobbies e corporazioni di vario genere. Non esistono, però, incisivi gruppi di pressione a favore degli anziani non autosufficienti.

2. Perché oggi bisogna parlarne?

Perché il Governo si trova davanti a un bivio, po-

co visibile ma cruciale. Deve decidere se lasciare che il sistema pubblico di assistenza agli anziani non autosufficienti inizi il proprio declino – di cui già si vedono i primi segni – o se porre le basi per il suo consolidamento. Scegliere la seconda possibilità vorrebbe dire dar vita a un Patto per le persone autosufficienti insieme a Regioni e Comuni. Un Patto che definisca una visione strategica di questo cruciale ambito del welfare nel medio periodo (cinque anni) e che preveda alcune azioni per cominciare a tradurla in pratica.

3. Cos'è l'assistenza agli anziani non autosufficienti?

L'assistenza alle persone anziane non autosufficienti (long term care) comprende la varietà di servizi e interventi – sociali e sanitari – forniti con continuità a persone anziane che hanno bisogno di assistenza costante a causa di disabilità fisica o psichica. I principali interventi a (almeno parziale) finanziamento pubblico sono i servizi territoriali (servizi domiciliari e centri diurni), le strutture residenziali e l'indennità di accompagnamento. I principali interventi privati sono l'assistenza fornita direttamente dalle

TABELLA 1 - L'incremento della popolazione 80+ in Italia

Anno	1990	2010	2020
Persone con almeno 80 anni (milioni)	1.8	3.5	4.5
% sul totale della popolazione	3	6	7.5

Fonte Istat

famiglie e il ricorso alle badanti. Ai fini statistici vengono definite anziane le persone con almeno 65 anni ma la maggior parte degli utenti dell'assistenza continuativa ne ha almeno 80 (tab. 2).

4. Perché fare riferimento al Governo nazionale, se i servizi per gli anziani competono a Regioni e Comuni?

Perché lo Stato può svolgere un ruolo decisivo per la promozione dell'assistenza agli anziani, attraverso una riforma nazionale che metta il welfare locale in condizione di operare adeguatamente. Riforme di questo tipo, negli ultimi 20 anni, sono state compiute in gran parte dei Paesi europei (a partire da Francia e Germania, sino allo Spagna). Tutte hanno condiviso i medesimi ingredienti:

- la definizione di alcuni standard (quantitativi e, a volte, qualitativi) validi per l'intera nazione;
- lo sviluppo dei servizi alla persona, a lato dei trasferimenti monetari;

- il maggior coinvolgimento finanziario dello Stato, in forma di co-finanziamento;

- il ruolo di cabina di regia svolto dallo Stato (monitoraggio, accompagnamento dei territori, verifica).

In Italia l'ipotesi di una riforma è stata discussa durante gran parte della Seconda Repubblica (in particolare tra il 1997 e il 2008) senza mai venire realizzata. Tra i Paesi dell'Europa centro-meridionale, quelli più simili al nostro, solo due non hanno introdotto una riforma nazionale: Italia e Grecia (tab. 3).

5. Perché le recenti scelte dello Stato in materia di finanza pubblica hanno penalizzato particolarmente i servizi per gli anziani non autosufficienti?

La responsabilità di questi servizi è suddivisa tra le politiche sociali (Ministero del Welfare) e la sanità. Il precedente esecutivo ha ridotto del 92% i fondi dello Stato dedicati alle politiche sociali, delle quali gli anziani costituiscono il più ampio

I Gli anziani che vivono nel territorio (escludendo quelli ospiti di strutture residenziali) non di rado ricevono contemporaneamente più di uno degli interventi elencati (sad, adi, indennità, badanti); l'indennità, in particolare, viene impiegata molto spesso per coprire parte della remunerazione delle badanti. Con la denominazione di strutture residenziali s'intendono qui tutte le diverse tipologie di residenze per anziani esistenti (residenze protette, residenze assistenziali e residenze sanitario-assistenziali). L'indennità è un contributo monetario di 492 euro mensili, erogato - indipendentemente dalle loro condizioni economiche - agli anziani che hanno bisogno di assistenza continua per deambulare e/o svolgere gli altri atti quotidiani della vita.

TABELLA 2 - Percentuale di persone 65+ che ricevono interventi per la non autosufficienza (interventi pubblici e badanti)¹, 2008-2009

	%
Strutture residenziali	2,6
Servizi di assistenza domiciliare (SAD) del Comune	4,1
Assistenza domiciliare integrata (ADI) della ASL	2,8
Indennità di accompagnamento	9,5
Badanti	7,6

Fonte: www.maggiol.it/ma

TABELLA 3 - Le riforme nazionali dell'assistenza ai non autosufficienti nei Paesi dell'Europa a 15 più simili all'Italia

Paese	Anno
Austria	1993
Germania	1995
Francia	2001
Spagna	2006
Portogallo	2006
Grecia	-
Italia	-

Fonte: www.forumterzosettore.it

gruppo di utenti. I finanziamenti sono in discesa da 2.526 milioni di euro annui (2008) a 200 (2013) (tabella 4). Tra le diverse linee di finanziamento per il sociale ne esisteva una interamente dedicata alla non autosufficienza (il fondo nazionale per la non autosufficienza, 400 milioni nel 2010), che non esiste più (tabella 5).

Per quanto riguarda la salute, invece, la preoccupazione per le scelte nazionali riguarda il futuro prossimo venturo. L'atto fondamentale dello Stato per determinare finanziamenti e interventi in sanità è il Patto per la Salute, che ha valore triennale. Il Patto per la Salute 2013-2015 deve essere approvato in autunno: la bozza esistente non contiene obiettivi a favore della non autosufficienza.

6. Quali sono i primi segni del declino?

A livello generale, nello scorso decennio gran

parte delle Regioni (responsabili del maggior numero dei servizi) ha avviato, autonomamente, propri percorsi di riforma per potenziare il sistema. Mentre, fino a qualche tempo fa, l'aspettativa era che tali percorsi continuassero, oggi si registrano difficoltà crescenti a procedere con quanto previsto e, sempre più spesso, anche a mantenere ciò che è stato sinora realizzato (tab. 6).

A livello concreto, in numerosi territori già si rilevano diversi sintomi dell'inizio del declino, la cui presenza, se non s'interverrà, è destinata a diffondersi. Essi riguardano: a) l'impossibilità per le famiglie di trovare le informazioni e consigli che richiedono, b) l'abbassamento della qualità, c) il peggioramento delle condizioni di lavoro, d) la non autosufficienza

2 La tabella considera l'insieme dei diversi fondi statali per il sociale. Prima delle decurtazioni, i principali di questi erano il Fondo Nazionale Politiche Sociali, il Fondo per i Non Autosufficienti, il Fondo Politiche per la Famiglia, il Fondo per il Servizio Civile.

TABELLA 4 - La riduzione dei fondi statali per le politiche sociali, 2008-2013²

	milioni di euro	numero indice (2008=100)
2008	2.526	100
2010	1.472	58
2013	200	8

Fonte: Elaborazioni di Misiani in www.astrideu

TABELLA 5 - Il fondo nazionale per la non autosufficienza

Anno	Stanziamiento
2008	300
2009	400
2010	400
2011	0

Fonte: www.forumterzosettore.it

TABELLA 6 - Le incertezze nelle riforme regionali per le persone non autosufficienti

Legislatura regionale 2005-2010	Legislatura regionale 2010-2015: aspettative iniziali	Legislatura regionale 2010-2015: realtà attuale
In molte Regioni avviamento di percorsi di riforma basati su nuova progettualità, incremento della spesa, e rafforzamento dei servizi	Attesa di consolidamento delle riforme	Invece, difficoltà a procedere con i percorsi previsti e/o a mantenere quanto già realizzato

Fonte: www.maggioli.it/rna

come causa di disegualianza (le conseguenze sono presentate più in dettaglio in tabella 7). Si tende sovente a ritenere che il rischio di declino costituirebbe un problema principalmente per il Meridione, dove il sistema dei servizi risulta più fragile e, dunque, più facilmente danneggiabile. In realtà non è così, e non solo perché le Regioni meridionali possono beneficiare di fondi europei destinati ai servizi domiciliari. Il punto, oggi e nel prossimo futuro, è che in assenza di un robusto intervento dello Stato anche il sistema di welfare delle Regioni settentrionali è destinato ad un notevole peggioramento.

7. Perché nell'assistenza alle persone non autosufficienti tutti sanno "cosa bisognerebbe fare" mentre il punto è "cominciare a farlo"?

Di una riforma nazionale del settore si discute da 15 anni, a partire dal 1997. Se ne sono occupate Commissioni di matrice politica (le principali sono la commissione Onofri, 1997, con il Governo Prodi I, e la commissione Maroni-Sirchia, 2003, con il Governo Berlusconi), i sindacati dei pensionati (che hanno presentato proprie proposte), commissioni tecniche (in particolare quelle istituite presso il Ministero della Salute per la revisione dei Lea, 2006-2007), sino ad arrivare al disegno di legge presentato dal Ministro Ferrero (Governo Prodi II nel 2007).

Sono state elaborate, nondimeno, numerose analisi e proposte presentate autonomamente da esperti. Inoltre, le riforme realizzate negli altri paesi offrono numerosi spunti, con riferimento alle strade da seguire così come agli errori da non ripe-

tere. Complessivamente, in questo settore emerge tra chi se ne occupa una notevole consonanza di vedute sulle cose da fare, che si ritrova in ben pochi altri ambiti delle politiche pubbliche.

In Italia, dunque, non sono necessarie ulteriori analisi e riflessioni, ora bisogna iniziare a confrontarsi con la concreta attuazione dei necessari percorsi di riforma.

8. In che senso questa riforma costa poco?

A soffrire di un finanziamento inadeguato sono i servizi alla persona, nel territorio (a domicilio, centri diurni) e nelle strutture residenziali. I servizi assorbono oggi una quota assai limitata di spesa pubblica e ciò produce un paradossale "vantaggio" (tab. 8). Poiché gli stanziamenti dedicati sono esigui, se ne potrebbe produrre una robusta crescita con sforzi marginali rispetto alla torta complessiva del bilancio pubblico. Infatti, si può avviare una riforma storica con uno stanziamento di soli 400 milioni di euro.

Nel tempo, sarà necessario incrementare ulteriormente le risorse dedicate. Le esigenze dei conti pubblici potranno impedire di farlo nell'immediato ma lo sviluppo potrà essere modulato negli anni in base all'evoluzione del quadro economico. D'altra parte rispondere alla non autosufficienza non costituisce un'esigenza solo di breve periodo, dato che stiamo parlando della sfida principale del welfare italiano nei prossimi 20 anni. Peraltro, neppure in prospettiva si tratta di un settore particolarmente oneroso: oggi la spesa pubblica dedicata rappresenta il 1,28% del Pil e – secondo uno studio svolto per il Ministero del Welfare – la soglia minima da raggiungere nei pros-

TABELLA 7 - Quali sono le concrete conseguenze che il declino dell'assistenza agli anziani non autosufficienti produce?

Le conseguenze	Esempi pratici
Le famiglie non ricevono le informazioni e i consigli che richiedono	- Indebolimento dei servizi di informazione/consulenza - Servizi domiciliari sempre più concentrati solo sulle singole prestazioni
Un welfare in declino è di bassa qualità	- La riduzione dei finanziamenti spinge a diminuire la qualità dei servizi
Un lavoro spesso sfruttato	- Meno risorse nei servizi si scaricano (anche) sugli operatori
La non autosufficienza come origine di disegualianza	- Nelle strutture residenziali un gruppo crescente di famiglie non riesce a pagare retta o lo fa solo a costo del proprio impoverimento - In generale, aumentano gli anziani che rimangono esclusi dai servizi pubblici

Fonte: www.maggiori.it/rna

simi dieci anni per rispondere adeguatamente ai bisogni della popolazione anziana ammonta allo 1,5% mentre quella auspicabile allo 1,7%. Per valutare l'impatto sulla finanza pubblica, basta confrontare queste cifre con le voci del bilancio complessivo in tabella 8.

9. Non si potrebbero affrontare le maggiori necessità di assistenza con il ricorso ad assicurazioni private?

Alcuni ritengono che lo sviluppo delle assicurazioni private possa costituire la principale risposta all'invecchiamento. Gli studi concordano nel ritenere che non sia così e che alle assicurazioni debba essere riservata una funzione esclusivamente integrativa di un maggiore sforzo pubblico. Anche l'Ocse è recentemente intervenuta – con un autorevole rapporto (*Help Wanted? Providing and paying for long-term care*) – per smontare l'illusione che le assicurazioni private possano far venir meno la necessità di maggiore spesa pubblica.

In proposito, peraltro, c'è ampio consenso in Europa mentre solo in Italia – da più parti – si continua a sostenere il contrario. Dunque, la vera domanda è: perché se in tutta Europa si riconosce che le assicurazioni private non possono costituire la principale soluzione, nel nostro Paese questa opinione è così diffusa?

10. Cosa rispondere a chi afferma che ottenere anche un incremento contenuto di risorse per la non autosufficienza sarà difficile nei prossimi anni?

Rispondiamo che bisogna mettere meglio a fuoco cosa accadrebbe in caso contrario. Senza il necessario aumento dei finanziamenti pubblici, infatti, la qualità dell'assistenza peggiorerà e la possibilità di essere assistiti adeguatamente dipenderà sempre più dalle disponibilità economiche di ognuno. In sintesi: incremento della spesa pubblica o welfare residuale, non ci sono alternative. Rispondiamo, inoltre, che è una questione di scelte. Durante la "Seconda Repubblica", le persone non autosufficienti sono rimaste escluse dalle priorità della politica. La mancata introduzione della riforma nazionale costituisce, infatti, il sintomo della difficoltà della politica di vedere il cambiamento della società, con la sempre più ampia diffusione della non autosufficienza. Non è un destino che ciò accada anche in futuro. Qualora vi fosse una scelta politica a favore delle persone non autosufficienti e dei loro familiari, si noterebbe che 400 milioni sono una cifra risibile per l'avviamento della riforma e che il passaggio delle risorse dedicate dall'attuale 1,28% del Pil all'1,7%, attraverso un percorso graduale di 10 anni, è assolutamente fattibile.

TABELLA 8 - Spesa pubblica per l'assistenza agli anziani, per la protezione sociale e spesa complessiva, Italia, 2009-2010

Intervento	% del Pil
Servizi alla personadi cui: Servizi territoriali (0,24) Strutture residenziali (0,40)	0,64 [AREA IN DIFFICOLTA']
Indennità di accompagnamento	0,66
Totale spesa assistenza anziani	1,28
Spesa protezione sociale (pensioni, sanità e altro)	27,5
Spesa pubblica complessiva	50,9

Fonte: Ragioneria Generale dello Stato

I FONDI SANITARI E SOCIOSANITARI INTEGRATIVI

Una sfida finanziaria per la non autosufficienza

102

i Quaderni di **MORJIOR**di **Isabella Mastrobuono**

Direzione sanitaria aziendale del Policlinico Tor Vergata, Roma

La non autosufficienza è un concetto ampio, correlato sia all'età che allo stato di salute dell'individuo, e si esprime non soltanto nella incapacità totale o parziale di compiere le "normali azioni della vita quotidiana" ma anche nel non riuscire a far fronte a quelle esigenze di natura economica e sociale che si concretizzano in un adeguato reddito, un'abitazione con caratteristiche microclimatiche, strutturali e di accesso compatibili con l'igiene e la sicurezza dell'ambiente e dell'individuo e una rete sociale protettiva¹.

Esistono a livello internazionale numerosi indicatori e relative scale di valutazione per la individuazione dei bisogni dei pazienti non autosufficienti, strumenti provenienti da Paesi con sistemi sanitari profondamente diversi tra loro, il che rende ragione della difficoltà di confrontare dati e struttura organizzativa dei servizi erogati. I criteri più utilizzati si basano sulla capacità di svolgere autonomamente varie attività della vita quotidiana (le cosiddette ADL, activities of daily living) supportati da più complessi sistemi di rilevazione del bisogno sociale.

In molti casi, il termine "non autosufficiente" è utilizzato come sinonimo di "disabile", concetto in realtà più complesso, come esplicitato nel documento dell'Oms del 2001 dal titolo *International Classification of Functioning, Disability and*

Health (ICF) secondo il quale un disturbo, strutturale o funzionale, deve essere rapportato a tutti gli aspetti della salute umana (udire, camminare, imparare e ricordare) e a quelli "collegati" (mobilità, istruzione, partecipazione alla vita sociale). L'ICF non riguarda solo le persone con disabilità, ma riguarda tutte le persone; ha dunque un uso e un valore universale. Rispetto a ciascuna delle centinaia di voci classificate, ad ogni individuo possono essere associate percentuali di "funzionamento", dalle quali dipende il livello di disabilità che comprende sia la restrizione delle attività sia la limitazione di partecipazione. L'adozione della metodologia Oms, ancora sperimentale nei Paesi europei compresa l'Italia, ci permetterà nel futuro di disporre di informazioni più precise per individuare i soggetti disabili e tra questi quelli che rispondono alle caratteristiche di essere non autosufficienti. La questione non è di secondaria importanza se si pensa che la corretta rilevazione dei bisogni sanitari e sociali è fondamentale per stabilire la tipologia e la quantità delle prestazioni da erogare nel contesto dove vive la persona, il relativo finanziamento e la conseguente durata dell'assistenza erogata. La long term care, infatti, secondo l'Ocse, si riferisce a "ogni forma di assistenza fornita a persone non autosufficienti lungo un

¹ L.Beltrametti, I.Mastrobuono, R.Paladini: L'assistenza ai non autosufficienti: aspetti di politica economica e fiscale. Relazione per il Gruppo di lavoro intercommissione sulla riforma fiscale del CNEL, anno 2000. La definizione esprime un concetto ampio di non autosufficienza che ingloba anche gli aspetti di natura sociale e di relazione e si ispira alle definizioni adottate in molti Paesi industrializzati dove vigono Fondi ad hoc come la Germania ed i Paesi Bassi.

periodo di tempo esteso senza data di termine predefinita”.

La principale fonte di dati utilizzata per stimare il numero di disabili in Italia è l'indagine Istat sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari del 2005 condotta su un campione di 60.000 famiglie. I disabili sono 2.757.108, pari a circa il 5% della

popolazione di sei anni e più che vive in famiglia. Sono 1.098.000 gli anziani gravemente disabili (ovvero con incapacità di compiere almeno due abituali funzioni della vita quotidiana), e 600.000 i soggetti con meno di 65 anni affetti comunque da disabilità, pari al 21% del totale². È probabile che il dato Istat sia sottostimato in

2 Considerando i diversi livelli di disabilità, quello più grave è rappresentato dal confinamento, che implica la costrizione permanente in un letto o su una sedia nonché il confinamento in casa per impedimento fisico o psichico. Risulta confinato il 2,1% della popolazione di sei anni e più, e tra le persone di ottanta anni e più la quota raggiunge circa il 25% (19% maschi e 28% femmine). Sono 180 mila i confinati in casa, di cui il 70% donne ed il 77% ultra sessantacinquenni che non sono in grado di utilizzare il telefono, di gestire i propri soldi o di assumere le medicine. Il 2,2% delle persone di sei anni e più presenta disabilità nel movimento, con quote significative dopo i 75 anni: nella fascia d'età 75-79 anni la quota arriva al 9,9% e nelle persone di 80 anni e più il tasso raggiunge il 22,5% (17,6% maschi contro 24,8% per le femmine). Circa il 3% della popolazione di sei anni e più presenta invece difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane, cioè ha difficoltà ad espletare le principali attività di cura della propria persona (quali vestirsi o spogliarsi, lavarsi, tagliare e mangiare il cibo). Tra i 75 ed i 79 anni, sono circa il 12% le persone che presentano tale tipo di limitazione; tra gli ultraottantenni, circa una persona su tre ha difficoltà a svolgere autonomamente le fondamentali attività quotidiane. Le difficoltà nella sfera della comunicazione, quali l'incapacità di vedere, sentire o parlare, coinvolgono circa l'1% della popolazione di sei anni e più. Risultano circa 352 mila ciechi totali o parziali, 877 mila persone con problemi dell'udito più o meno gravi e 92 mila sordi prelinguali (sordomuti). Ben il 33% dei disabili è portatore di almeno due disabilità contemporaneamente fra disabilità nelle funzioni, disabilità nel movimento e disabilità sensoriali. Di questi il 33% è rappresentato dal sesso maschile e il restante 67% da quello femminile. Più dell'80% delle persone con più tipologie di disabilità ha un'età superiore ai 75 anni.

FIGURA 1 - La disabilità in Italia

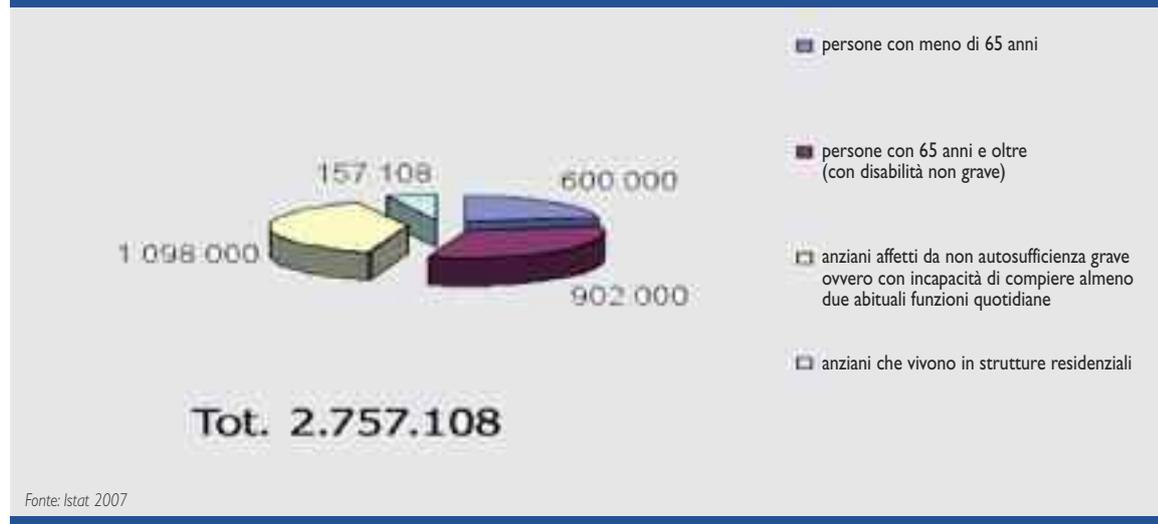
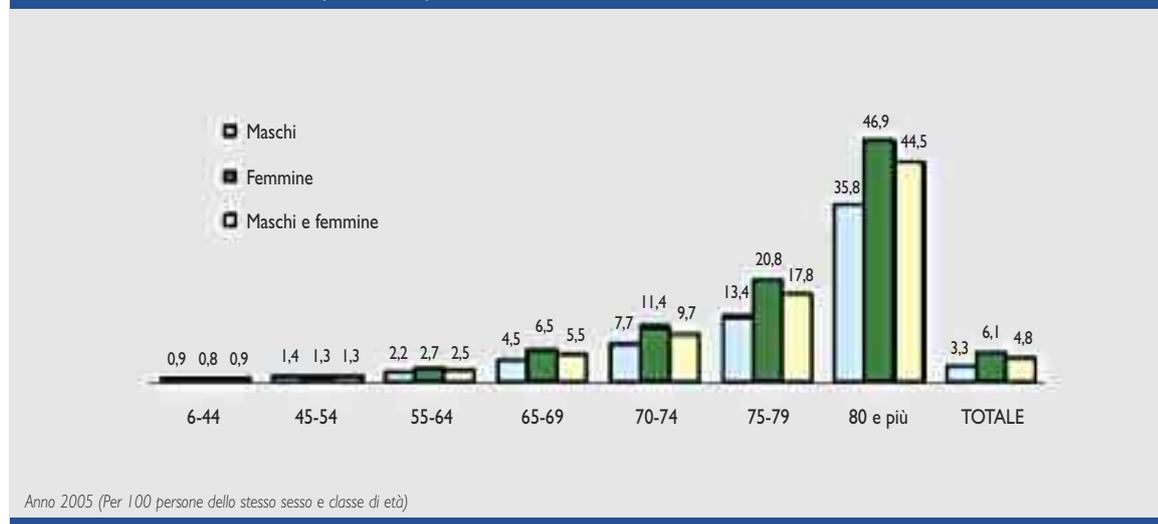


FIGURA 2 - Persone di 6 anni e più disabili per classi di età e sesso



quanto la rilevazione raccoglie valutazioni soggettive che risentono di differenze culturali e cognitive, non considera i soggetti di età inferiore ai 6 anni di età per la inadeguatezza del questionario (si stimano, secondo alcuni studi, 43.000 bambini 0-5 anni disabili assumendo una prevalenza alla nascita di disabilità pari all'1%), esclude i pazienti affetti da patologie psichiatriche e non rileva i soggetti istituzionalizzati.

Non tutti i soggetti disabili sono non autosufficienti, anche perché tra i disabili vi sono soggetti sordi, muti e ciechi a buon diritto collocati in questo ambito, ma che non necessitano di certo di residenzialità e di assistenza domiciliare integrata, e non tutti i non autosufficienti sono anziani, anche se in questa fascia di soggetti la non autosufficienza è più frequente. Infatti, in Germania e nei Paesi Bassi³, le persone non autosufficienti assistite dai rispettivi Fondi sono il 2,3% ed il 3,6% del totale della popolazione, di cui il 23-25% al di sotto del 65esimo anno di età. L'indagine Istat riferisce che il 3% della popolazione di sei e più anni ha difficoltà nelle principali funzioni della vita quotidiana.

Per stabilire, anche se approssimativamente, il numero di non autosufficienti nel nostro Paese, bisogna ricorrere anche ad altre fonti informative come, ad esempio, il numero delle indennità di accompagnamento attualmente erogate e legate all'istituto dell'invalidità civile, disciplinata con la legge 30 marzo 1971 n.118 “*Conversione in leg-*

ge del decreto legge 30 gennaio 1971 n.5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili” che definisce invalidi civili “*i cittadini affetti da menomazioni congenite od acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie, di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una diminuzione della capacità lavorativa non inferiore ad un terzo, o, se minori di 18 anni, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Ai soli fini dell'assistenza socio-sanitaria e della concessione della indennità di accompagnamento, si considerano mutilati ed invalidi i soggetti ultra sessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età*”. Ai soggetti con tali caratteristiche vengono riconosciuti benefici economici (assegno di invalidità, pensione di inabilità, indennità di accompagnamento e benefici di natura socio-assistenziale: assistenza protesica, esenzione del ticket per visite e prestazioni di diagnostica).

L’“*Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili*”, istituita nel 1980 con la Legge n.18 dell'11 febbraio, è corrisposta indipendentemente dal reddito del soggetto o della sua famiglia; i beneficiari sono, secondo dati Inps 2011, circa 2 milioni (pari al 3,1% della popolazione, in linea con gli altri Paesi), compresi i ciechi, sordomuti e minori, con una spesa complessiva di 13 miliardi di euro nel 2010⁴.

È probabile dunque che il numero di soggetti non autosufficienti, esclusi ciechi e sordomuti, sia pa-

3 Fondo per la non autosufficienza in Germania: ne fruisce il 2,3% della popolazione, cioè 1.900.000 persone. Di tale quota il 22,5% è di età inferiore a 65 anni, il 14,7% è di età compresa tra 65 e 75 anni e il 63,3% è di 75 anni ed oltre. L'assistenza è erogata è per il 68% a domicilio e per il 32% in residenze. I costi nel 2003 erano pari a 17,6 miliardi di euro. Fondo per la non autosufficienza dei Paesi Bassi: assiste 588.000 persone (di cui 63.000 fino all'età di 18 anni) e cioè il 3,6% della popolazione (16,5 milioni) distinti in: anziani 391.000, disabili 113.000, pazienti psichiatrici 84.000. Il 43% è assistito in residenze ed il 57% a domicilio. Il costo è progressivamente aumentato nel tempo ed è passato dai 12,8 miliardi di euro del 1998 ad oltre 20,5 miliardi di euro nel 2008 con contributi ormai del 12,15% ed un costo mensile di circa 320 euro a persona. Il Fondo per la non autosufficienza in Francia è limitato ai cittadini al di sopra del 65esimo anno di età; è finanziato attraverso la fiscalità generale, è prevista la 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.

4 L'indennità di accompagnamento spetta anche ai ciechi assoluti, alle persone che sono sottoposte a chemioterapia o a altre terapie di day hospital e che non possono recarsi da sole all'ospedale (sentenza Corte di Cassazione n° 1705/1999), ai bambini minorenni incapaci di camminare senza l'aiuto di una persona e bisognosi di assistenza continua (sentenza Corte di Cassazione n° 1377/2003), alle persone affette dal morbo di Alzheimer e sindrome di Down, alle persone affette da epilessia, sia a coloro che subiscono attacchi quotidiani, sia a coloro che abbiano sporadiche “crisi di assenza”, a coloro che, pur incapaci di compiere materialmente gli atti elementari della vita quotidiana (mangiare, vestirsi, pulirsi) necessitano di accompagnatore perché sono incapaci (in ragione di gravi disturbi della sfera intellettiva e cognitiva, addebitabili a forme avanzate di stati patologici) di rendersi conto della portata dei singoli atti che vanno a compiere e dei modi e dei tempi in cui gli stessi devono essere compiuti (sentenza Corte di Cassazione n° 1268/2005).

ri a circa 1.700.000 persone, di cui 1.100.000 anziani⁵.

L'ATTUALE FINANZIAMENTO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA ED I POTENZIALI SCENARI

Il problema del finanziamento della non autosuf-

ficienza non può essere affrontato senza considerare congiuntamente la spesa sanitaria e sociale, soprattutto per le prestazioni che più la caratterizzano e cioè le prestazioni sociosanitarie⁶.

È difficile stabilire l'ammontare delle risorse disponibili in questo settore, anche considerando le

5 La longevità ed il conseguente invecchiamento della popolazione acuiranno il problema legato alla non autosufficienza: nel 2011, in Italia la popolazione di soggetti di età eguale o superiore a 65 anni è di 12.301.537 persone, pari al 20,3% del totale della popolazione di 61.016.804 abitanti con una distribuzione maggiore nel Nord del Paese ed i trend demografici evidenziano per il prossimo futuro un aumento della popolazione anziana fino ad oltre il 30% della popolazione totale con un incremento di quella ultrasettantacinquenne (+25% pari a più di 1.400.000 persone soprattutto donne, nei prossimi 10 anni). Secondo i dati ISTAT 2005 gli anziani non autosufficienti sono 1.098.000 (esclusi gli istituzionalizzati pari a circa 160.000 persone), tra i quali sono diffuse le malattie croniche (cardiopatie, ictus, bronchite cronica, enfisema, cirrosi epatica, tumore maligno, Parkinson, Alzheimer e demenze senili); ed infatti il 13,1% della popolazione ha almeno una malattia cronica grave, il 13,3% della popolazione ha tre o più malattie croniche. Tali valori arrivano al 14% nel Sud e nelle Isole, rispetto al 12% del Nord.

Negli ultimi cinque anni nella popolazione anziana sono aumentati:

- il diabete dal 12,5% al 14,5%
- l'ipertensione arteriosa dal 36,5% al 40,5%
- l'infarto del miocardio dal 4% al 6,3%
- l'artrosi - artrite dal 52,5% al 56,4%
- l'osteoporosi dal 17,5% al 18,8%.

6 Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra azioni di cura e quelle di riabilitazione. Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

- le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale. Dette prestazioni di competenza delle AUSL e a carico delle stesse sono inserite in progetti personalizzati di durata medio-lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito delle strutture residenziali e semiresidenziali;
- le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tale attività di competenza dei comuni sono prestate con compartecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi.
- le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolari rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Tali prestazioni sono finanziate con il fondo sanitario e con il fondo sociale (o direttamente dal cittadino) e sono svolte prevalentemente a domicilio o in strutture residenziali e semiresidenziali.

FIGURA 3 - La geografia della spesa pubblica - Indennità di accompagnamento (2011)



somme aggiuntive derivanti da contributi e donazioni disposti da privati, enti, fondazioni, organizzazioni internazionali e da Organismi dell'Unione Europea.

Secondo il “*Rapporto sulla non autosufficienza in Italia*” del 2010, la spesa per persone non autosufficienti nel 2007 è stata di 17,3 miliardi, pari all'1,3% del Pil, di cui 7 miliardi di componente sanitaria (0,46%), 8,2 miliardi di indennità di accompagnamento (0,54%) e 2 miliardi dei Comuni (0,13%). Gli ultimi dati Censis 2011⁷ riferiscono di una spesa per disabili e non autosufficienti di 29,45 miliardi di euro per la “long term care” di cui il 46,4% spesa sanitaria, 43,3% spesa per indennità di accompagnamento e 10% socio-assistenziale locale.

Per quanto riguarda la componente sanitaria, è assai complesso in realtà stabilire quante risorse sono destinate alla non autosufficienza poiché è alta la percentuale di inappropriata che si registra soprattutto in ambito ospedaliero, dove sono concentrati i casi che dovrebbero trovare sul territorio la più adeguata risposta ai bisogni. Infatti, il ricorso alle attività ospedaliere degli anziani è alto, come dimostrano i dati dell'anno 2010 con un tasso di ospedalizzazione che sale a 198,80 dai 65 ai 74 anni ed è oltre il 310,34 dai 75 anni in poi rispetto al valore medio di 174,5 per mille abitanti.

La ricerca dell'Agenas “*La presa in carico degli anziani non autosufficienti*”, condotta su 7.237 anziani identificati nei record dei flussi Far e Siad (flussi per la rilevazione delle attività residenziali e di assistenza domiciliare) presentata a Roma il 28 marzo scorso, dimostra inequivocabilmente che degli assistiti nei servizi residenziali, in un anno di presa in carico, vengono ricoverati in ospedale il 3,8% nel Veneto (DM 0,8 giorni), il 4,5% in Toscana (DM 1 giorno), il 15,3% in Lombardia (DM 2,5 giorni). Tra gli assistiti a domicilio, sono stati ricoverati in Toscana il 25% (DM 3,8 giorni), in Lombardia il 35,5% (DM 13,5

giorni), in Veneto il 50% (DM 7,5 giorni). Gli assistiti a domicilio, considerando gli accessi con codice triage bianco o verde, hanno effettuato accessi impropri al PS nel 21,6% dei casi in Lombardia, nel 23,1% nel Veneto e nel 48,7% in Toscana.

Valorizzare la spesa sociale e socio assistenziale destinata alla non autosufficienza è ancora più complesso per la contemporanea partecipazione di più istituzioni.

Nel 2008, i Comuni italiani hanno destinato agli interventi e ai servizi sociali 6 miliardi e 662 milioni di euro (0,42% del Pil). Della spesa sociale, il 38,7% è assorbita dai servizi di supporto ai cittadini, il 34,5% al funzionamento delle strutture e il 26,8% (pari a 1.785.416) è destinato a trasferimenti in denaro. I Comuni gestiscono singolarmente il 75% della spesa sociale e il 25% in forma associata. Alle Asl è affidata la gestione del 31% della spesa sociale in Veneto, del 15% in Toscana, del 7% in Friuli V.G. I Comuni del Nord-Est spendono 155 euro per abitante, nel Nord-Ovest 129, nel Centro 126, nelle Isole 95, nel Sud 52. La spesa per i disabili è di 1 miliardo e 408 milioni di euro, una media di 2500 euro pro capite l'anno (che passa da 658 euro al Sud ai 5075 del Nord-Est), e comprende l'assistenza domiciliare a 37 mila disabili, come tali considerando le persone di età superiore ai 6 anni ed inferiore ai 65 anni che vivono in famiglia, ed escludendo i residenti nei presidi assistenziali socio-sanitari. La spesa per gli anziani ammonta a 1 miliardo e 400 milioni di euro (che passa dai 59 euro del Sud a 165 nel Nord-Est), e comprende l'assistenza domiciliare sociale a 191 mila anziani, cioè all'1,6% del totale degli anziani. Vanno considerate, inoltre, le quote pagate dagli assistiti (933 milioni di euro) e la partecipazione del Ssn per 1 miliardo e 116 milioni di euro, per un totale complessivo di 8 miliardi e 712 milioni di euro.

A tale spesa si aggiunge quanto stabilito nella

7 Convegno “Non autosufficienza: solidarietà tra generazioni, per un Welfare moderno di comunità” Roma 22 marzo 2012.

legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, n. 328 dell'8 novembre 2000, ove si prevede che la definizione dei livelli di assistenza sociale (Liveas) sia contestuale a quella delle risorse da assegnare al *Fondo nazionale per le politiche sociali*, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate alla spesa sociale dalle Regioni e dagli Enti locali, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica dal documento di programmazione economico-finanziaria. In realtà, va rilevato che non solo tale fondo è decrescente negli anni, ed oggi pari ad appena 69,5 milioni di euro per tutto il livello nazionale, ma anche che una parte di esso destinata a finanziare le attività rivolte alla non autosufficienza è stata azzerata con le recenti manovre finanziarie. Un ulteriore elemento di difficoltà nell'accesso ai servizi previsti dalla legge quadro 328/2000 è rappresentato dal fatto che, secondo quanto stabilito dalla legge medesima, condizione per il godimento del diritto alle prestazioni sociali è il possesso di un reddito inferiore ad una determinata soglia. A tale riguardo, va precisato che non esistono tra i Comuni criteri uniformi nella valutazione del reddito, il cosiddetto indicatore di situazione economica (ISE), nella determinazione delle soglie di reddito e nella valutazione dello "stato di bisogno", con il rischio di escludere alcuni anziani perché aventi un reddito appena superiore alla soglia prevista e, comunque, sulla base di requisiti non oggettivi e difformi nel territorio nazionale.

Nel prossimo triennio, a seguito dell'obbligo di raggiungimento dell'equilibrio di bilancio, su entrambe le spese, sanitaria e sociale, si abatteranno una serie di provvedimenti legislativi di grande impatto.

La spesa pubblica per la sanità è stata pari a 113.457 milioni di euro nel 2010 (7,3% del Pil), spesa che è cresciuta di oltre 11 miliardi di euro dal 2007, mentre il finanziamento tende proporzionalmente a diminuire, attestandosi per il 2010

a 106 miliardi di euro. L'attuale spesa pubblica è assorbita per oltre il 49,6% dai pazienti over 65, che, come è noto, registrano epidemiologicamente le malattie di più frequente riscontro in tale fascia di età: malattie cardiovascolari, oncologiche, respiratorie croniche ed obesità.

Il finanziamento pubblico per la sanità aumenterà solo dello 0,5% nel 2012 e dell'1,4% nel 2013, con una riduzione della spesa di circa 8 miliardi di euro (che diventeranno 17 miliardi nel 2015). Con la Legge 15 luglio 2011, n. 111 "*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98 recante disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria (GU n. 164 del 16-7-2011)*", si introducono il tetto nazionale per i dispositivi medici, la riduzione del tetto della farmaceutica territoriale al 12,5% (oggettivamente una decisione controcorrente alla volontà politica di potenziare il territorio) e, a partire dal 2014, ulteriori forme di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

Sul finanziamento pubblico della sanità pende anche l'applicazione dei costi e fabbisogni standard introdotti con il D.Lgs n.68 del 6 maggio 2011 "*Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario*" in applicazione della Legge 42 del 5 maggio 2009 sul federalismo fiscale, sulla base del quale sono state avanzate numerose proiezioni, molte delle quali ritengono che il finanziamento possa essere diminuito sulla base del benchmark con le Regioni più virtuose (104 miliardi di euro secondo Pamolli, 2011).

Sulla spesa sociale si abatteranno i provvedimenti recenti di stabilizzazione finanziaria (Legge 14 settembre 2011 n.148 "*Conversione in legge del decreto legge 13 agosto 2011, n. 138 recante ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo*") che riduce di 6,5 miliardi nel 2012 il finanziamento agli enti locali, fino agli 11,4 del 2014, mentre dalla riforma dell'assistenza (indennità di accompagnamento, assegni di invalidità, pensioni di reversibilità) dovranno ottenersi, entro il 2014,

risparmi per 20 miliardi di euro, pena il taglio di tutte le agevolazioni fiscali vigenti⁸.

Il legame tra l'evoluzione della spesa sanitaria e quella sociale è strettissimo. Una drastica riduzione e senza una strategia precisa della spesa sociale può riflettersi sul versante sanitario determinando una maggiore richiesta di servizi soprattutto di emergenza e vanificare, nelle Regioni in piano di rientro, gli sforzi per la riduzione della spesa sanitaria.

Sono a rischio dunque soprattutto le prestazioni sociosanitarie, che rientrano nel forziere della spesa sociale, caratterizzata, rispetto a tutti i Paesi europei, da una tendenza a garantire prestazioni in denaro piuttosto che in servizi.

Dai dati Eurostat relativi al 2008 emerge che sul totale delle prestazioni di carattere sociale, l'Italia si caratterizza per un valore del 26,5% della spesa sociale sul Pil, di cui il 19,2% in denaro contro il 7,3 in servizi, situazione opposta rispetto ai 15 Paesi dell'Euro (16,8 contro il 9,2), con punte del 13% in servizi in Svezia contro il 15% di prestazioni in denaro.

Il disegno di Legge "*Delega al Governo per la riforma fiscale e assistenziale*" documento Camera dei Deputati n. 4566, presentato dal Ministro Tremonti il 29/07/2011 prevede all'articolo 10 "*Interventi di riqualificazione e riordino della spesa in materia sociale*", i seguenti obiettivi:

- riordino dei criteri, inclusi quelli relativi all'invalidità e alla reversibilità, dei requisiti reddituali e patrimoniali, nonché delle relative situazioni a carattere personale e familiare per l'accesso alle prestazioni socio-assistenziali⁹;
- integrare ed armonizzare le risorse destinate al sociosanitario e dei "diversi strumenti previdenziali, assistenziali e fiscali di sostegno alle con-

dizioni di bisogno, in modo da evitare dispendiose duplicazioni di servizi e sovrapposizioni e di realizzare una gestione integrata del welfare assistenziale";

- "moralizzare il sistema frenando il dilagare delle contribuzioni monetarie dirette (in particolare le indennità di accompagnamento)";
- promuovere il welfare society e le realtà di terzo settore;
- ridisegnare gli indicatori necessari ad individuare la corretta situazione economica dei cittadini (con riferimento al nucleo familiare);
- istituire un fondo per la indennità sussidiaria alla non autosufficienza da ripartire alle Regioni sulla base di indicatori standardizzati (età, residenti, fattori ambientali);
- riorganizzare il settore in modo da renderlo un insieme unitario, anche sotto il profilo del finanziamento, per il tramite delle Regioni, dei Comuni o dell'Inps.

Il presupposto della delega è quello della separazione del dovere fiscale da quello di assistenza sociale, della riqualificazione e integrazione delle prestazioni socio-assistenziali in favore dei soggetti "autenticamente bisognosi".

Si tratta di modifiche strutturali epocali, che richiederanno tempo per la messa a regime e comunque dovranno avvenire in un contesto di grande sforzo allocativo delle risorse disponibili da parte delle Regioni e dei Comuni per garantire l'accesso ai servizi. In questo senso dovrebbero essere dettate con anticipo le regole per l'utilizzo della nuova IMU (Imposta Municipale Unica) e comunque le riforme avverranno in un contesto organizzativo caratterizzato da una strutturazione dei servizi territoriali profondamente deficitaria, con particolare riguardo all'assistenza domiciliare e residenziale.

8 La riduzione delle agevolazioni riguarda le famiglie e investe le più comuni detrazioni e deduzioni che la maggioranza dei contribuenti applica al momento della presentazione della denuncia dei redditi: detrazioni per lavoro dipendente, deduzioni per la prima casa, detrazioni forfetarie per carichi di famiglia (figli, coniuge...), detrazioni per spese sanitarie e così via. La Manovra stabilisce all'articolo 40 che queste restrizioni non si applicano qualora entro il 30 settembre 2013 siano adottati provvedimenti legislativi in materia fiscale ed assistenziale aventi ad oggetto il riordino della spesa in materia sociale, nonché la eliminazione o riduzione dei regimi di esenzione, esclusione e favore fiscale che si sovrappongono alle prestazioni assistenziali, tali da determinare effetti positivi, ai fini dell'indebitamento netto, non inferiori a 4.000 milioni di euro per l'anno 2013 ed a 20.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2014.

9 La legge n.214 del 22 dicembre 2011 "Disposizioni urgenti per la crescita, l'equità e il consolidamento dei conti pubblici", prevede all'art. 5 l'introduzione dell'ISEE per la concessione delle agevolazioni fiscali e benefici assistenziali, con destinazione dei relativi risparmi a favore delle famiglie, da stabilirsi con decreto da emanarsi entro maggio 2012, con il quale saranno individuate le agevolazioni fiscali e tariffarie, nonché le provvidenze di natura assistenziale che, a decorrere dal 1 gennaio 2013, non possono essere più riconosciute ai soggetti in possesso di un ISEE superiore alla soglia individuata nel decreto stesso.

GLI SCENARI EVOLUTIVI E LE PROPOSTE

Il numero di non autosufficienti, soprattutto anziani, è destinato ad aumentare: secondo alcune proiezioni, la variazione tra il 2010 ed il 2050 potrebbe essere dell'83% con stime di finanziamento delle attività e prestazioni di circa 19 miliardi di euro, di cui 4 miliardi per la forma più grave di non autosufficienza (tabelle 1 e 2).

Le conseguenze dell'invecchiamento demografico in termini di cronicizzazione delle patologie ed aumento dei casi di non autosufficienza e disabilità medio-grave anche in soggetti non necessariamente anziani, impongono una riorganizzazione del sistema dell'offerta assistenziale quali il potenziamento dei servizi del territorio (con particolare riferimento all'assistenza domiciliare integrata e non alla residenzialità), l'integrazione tra ospedale e territorio e lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi che garantiscano la continuità assistenziale secondo un approccio multidisciplinare, ed un ripensamento dei sistemi di finanziamento per il reperimento delle risorse necessarie a soddisfare una domanda sempre crescente di servizi sanitari e sociosanitari. È impossibile, allo stato attuale, pensare in Italia di ricorrere ad un aumento dei finanziamenti pubblici, sia per

quanto riguarda la sanità che per i servizi sociali, per la congiuntura economica e con gli obblighi che derivano al Paese dalla sua appartenenza all'Unione Europea, né tantomeno prevedere l'introduzione di una nuova tassa per l'istituzione su base obbligatoria di un fondo per la non autosufficienza come in Germania o nei Paesi Bassi. Le risorse finanziarie per questo settore sono scarse ovunque nel mondo e per questo appare strategica la collaborazione tra settore pubblico e privato, for profit e no profit, per assicurare adeguati finanziamenti.

In Italia emerge dall'analisi dei dati sulla composizione della spesa sanitaria un'alta percentuale di spesa privata (oltre 30 miliardi di euro), valore tra i più alti del mondo di cui ben l'87,2% è "out-of-pocket", mentre il 14% circa è veicolato dai fondi sanitari e sociosanitari integrativi (settore in forte crescita) e solo il 3% circa dalle assicurazioni. Tali dati sono indicativi della necessità di orientare ed organizzare in senso strutturale questa componente privata della spesa, incentivando e sostenendo nuove fonti di finanziamento, in particolare guardando ai fondi sanitari e sociosanitari integrativi¹⁰.

I fondi sono "Organizzazioni prevalentemente pri-

10 La legge 833 del 1978 istitutiva del Ssn, all'articolo 46 "La Mutualità volontaria è libera", cita quanto segue: "È vietato agli enti, imprese ed aziende pubbliche contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento di associazioni mutualistiche liberamente costituite ed aventi finalità di erogare prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prestata dal servizio sanitario nazionale": il Legislatore, quindi, pur limitandone l'ambito, non considerava i due mondi antitetici, non negava la possibilità che, attraverso forme consortili, si potesse arrivare a costituire un settore di finanziamento integrativo rispetto al Ssn. Il tema dei fondi, o meglio delle forme di finanziamento privato in sanità, è stato affrontato per la prima volta nella legge 30 dicembre 1991, n. 412, dove si riportava la possibilità di ricorrere a sperimentazioni gestionali riguardanti, tra l'altro, modalità di pagamento e remunerazione dei servizi ed erogazione di servizi e prestazioni "anche da parte di associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalità giuridica." Con il D.Lgs n. 502 del 1992 di riforma del Ssn, all'articolo 9, il Legislatore propone però un salto in avanti delle forme integrative di assistenza prevedendo, in via sperimentale, "forme di assistenza differenziate per particolari tipologie di prestazioni", le quali, di fatto, potevano consistere:

- nel concorso della spesa sostenuta dall'interessato per la fruizione delle prestazioni a pagamento;

- nella possibilità per soggetti singoli o consortili o per le mutue volontarie di negoziare con gli erogatori delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale modalità e condizioni per assicurare qualità e costi ottimali, con la corrispondente rinuncia da parte dell'interessato alla fruizione delle prestazioni in forma diretta e ordinaria per il periodo della sperimentazione. Il D.Lgs 502/1992 nella sua prima proposizione prefigurava, quindi, per i fondi una funzione alternativa al Ssn, un passaggio che avrebbe potuto "minare" il concetto universalistico e quindi lo spirito della Legge 883/78 e, per tale ragione, l'art. 9 fu modificato nel decreto legislativo n. 517/93, prevedendo l'istituzione di fondi integrativi sanitari "finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale". Per questi fondi si specificarono le fonti istitutive e si elaborò un apposito regolamento (successivamente non approvato) per disciplinarne le modalità di costituzione, di scioglimento e di vigilanza, nonché la composizione degli organi di amministrazione e di controllo e le forme di contribuzione.

Nel 1998, con la Legge n. 419 di delega al Governo per la razionalizzazione del Ssn, il tema viene affrontato limitando l'operatività dei fondi alla erogazione di "prestazioni aggiuntive, eccedenti i livelli uniformi ed essenziali di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale, con questi comunque integrate" ed il conseguente D.Lgs 229 del 1999 introduce, all'articolo 9, i cosiddetti fondi doc, "fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale... finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza", definendo i seguenti ambiti di applicazione: prestazioni aggiuntive erogate da professionisti e da strutture accreditate, ticket, medicina non convenzionale, cure termali e assistenza odontoiatrica non compresa nei Lea. L'attivazione dei fondi era subordinata alla emanazione di successivi decreti, dei quali l'unico ad essere stato approvato fu il provvedimento fiscale (D.Lgs. 41 del 18 febbraio 2000), che definiva gli aspetti fiscali dei nuovi e vecchi fondi integrativi, privilegiando i fondi doc, che avrebbero goduto dei vantaggi fiscali rispetto a quelli sostituiti (cioè che erogano le stesse prestazioni del Ssn). Tali fondi non hanno avuto successo per una serie di ragioni tra le quali il fatto che le prestazioni previste non costituiscono una parte rilevante della domanda della popolazione che si iscrive ai fondi, come più avanti sarà chiarito, mentre il rimborso della quota di partecipazione alla spesa per gran parte delle prestazioni vale esclusivamente per gli erogatori accreditati e non anche autorizzati, creandosi per i fondi l'impossibilità di garantire il proprio equilibrio economico-finanziario.

Più realisticamente, con la Finanziaria 2008 (Legge 244 del 27 dicembre 2007, articolo 1, comma 198), ed il successivo Decreto 31 marzo 2008 del Ministero della Salute si è cercato di superare la distinzione tra fondi doc e non doc, attraverso un meccanismo di armonizzazione delle agevolazioni fiscali. Ci si è resi conto dell'inutilità di tale discriminazione, e si è cercato così di porre fine alle "penalizzazioni" fiscali per i fondi che erogano prestazioni comprese nei Livelli essenziali di assistenza. La novità principale introdotta dal decreto emanato, dunque, è stata quella di individuare negli ambiti di intervento degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, sia le prestazioni sanitarie già assicurate dai rispettivi statuti e regolamenti, sia le prestazioni sociosanitarie di cui all'articolo 3 septies della 502/92 e le prestazioni odontoiatriche con l'impegno, nel prossimo triennio, di raggiungere per queste ultime due tipologie una quota non inferiore al 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti. Il Decreto 31 marzo 2008 rimanda, infine, a due decreti successivi la disciplina sul funzionamento dell'Anagrafe dei fondi integrativi del Ssn e la regolamentazione dei criteri e delle modalità di calcolo del limite percentuale di cui sopra. Il successivo decreto del gennaio 2010, in sintonia con le precedenti decisioni normative ha avviato l'anagrafe e stabilito la tipologia delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie di riferimento per il 20%.

TABELLA 1 - Proiezione sul numero di non autosufficienti 2010-2050

Fonte	2010	2020	2030	2040	2050	Var.% 2010-2050
Beltrametti [2006]	1.740.000	2.150.000	2.540.000	2.920.000	3.200.000	83,9%

TABELLA 2 - Stima del fabbisogno di spesa per LTC in miliardi di euro

Scenario	2004	2020	2030	2040	2050
Solo 3° livello	1,9	2,6	3,2	3,7	4,0
Tutti i livelli*	9,2	13,0	15,4	17,7	19,5

Fonte: AXA, "Protezione della persona e cambiamenti demografici: nuove frontiere e prospettive". Anno 2008

vate, variamente nominate, che raccolgono, su base volontaria, risparmio dei singoli cittadini o di gruppi di cittadini o risparmio di tipo contrattuale, al fine di fornire prestazioni che integrano quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale, secondo modalità non orientate al profitto"¹¹. Essi sono cresciuti negli ultimi anni: ad oggi, il numero di iscritti ai fondi stimato è pari a 6.396.700 e 10.341.210 sono gli assistiti (Labate 2008), mentre per il 2011 la stima potrebbe salire a 13 milioni di assistiti, quale conseguenza della stipula dei nuovi contratti di lavoro dei diversi settori, da ultimo quello dell'Artigianato che comprende circa 1.200.000 tra artigiani e piccoli imprenditori, e quello dei dipendenti precari e flessibili degli studi professionali che attraverso Cadiprof vede iscritti 250.000 giovani lavoratori, e quello dei dipendenti della cooperazione sociale che riguarda 215.000 addetti. Oltre ai fondi deve essere considerata la realtà del mondo assicurativo, per il quale il Rapporto Ceis Sanità (2007) indica che nel 2004 il 6,1% delle famiglie aveva sottoscritto almeno una polizza sanitaria ed il 3,4% della popolazione aveva copertura assicurativa (oltre 1 milione di persone). Analizzando i dati sulle prestazioni erogate, i fondi risultano sostanzialmente sostitutivi del Ssn, essendo orientati prevalentemente verso la componente della specialistica e dell'odontoiatria, ma debbono tutti destinare secondo quanto previsto dai decreti ministeriali del 2008 e del 2010 almeno il 20% delle risorse alle seguenti aree di intervento:

- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio;
- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale da garantire alle persone non autosufficienti in ambito domiciliare, semiresidenziale e residenziale;
- prestazioni finalizzate al recupero della salute dei soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio;
- assistenza odontoiatrica compresa fornitura di protesi dentarie.

Si tratta di circa 900 milioni di euro pari appunto al 20% del totale delle risorse veicolate dai fondi medesimi, stimate in circa 4,5 miliardi di euro.

Appare fondamentale per la non autosufficienza pensare ad un mix di interventi e soluzioni che coinvolgano, tanto schemi pubblici, quanto schemi privati, individuando strumenti finalizzati alla tutela contro il rischio di non autosufficienza, che consentano di canalizzare risorse pubbliche e private e di trasferirne i vantaggi nel tempo favorendo la responsabilizzazione individuale, sostenendo fiscalmente i contratti volontari individuali, ma soprattutto devono essere ricercati strumenti che sostengano la dimensione collettiva, 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. La dimensione collettiva può essere organizzata sia su base “categoriale” che su base “territoriale”, per esempio regionale, anche in considerazione della forte tendenza federalista in ambito sanitario e assistenziale.

I fondi sanitari e sociosanitari possono avere un ruolo determinante, ma devono essere supportati da una serie di azioni ed interventi quali: opportuni incentivi fiscali, misure volte a favorire lo sviluppo delle organizzazioni no profit e di tutte le realtà esistenti nel settore, la loro promozione/informazione, la predisposizione di progetti regionali per l'individuazione di linee guida e regolamenti, il loro inquadramento nell'ambito dei contratti collettivi di lavoro, nazionali e locali, l'estensione degli ambiti applicativi e delle prestazioni tutelate, la revisione del principio di accreditamento, secondo il quale le strutture accreditate, in possesso di requisiti di qualità certificati, possono operare, sia per conto e a carico del Ssn, sia per conto e a carico di fondi integrativi.

Tali fondi, studiando opportuni meccanismi, potrebbero consentire il collegamento dei settori sanitario e sociale/sociosanitario; infatti, per favorire la costituzione di fondi su base collettiva per la “long-term care”, si potrebbe pensare di individuare specifici pacchetti di prestazioni finanziati su base collettiva/aziendale con contributi fiscalmente agevolati da parte dei datori di lavoro e con copertura garantita tanto ai dipendenti, per servizi, prestazioni e attività di più frequente utilizzo (visite specialistiche e diagnostica), quanto ai loro familiari anziani, per la tutela contro il rischio di non autosufficienza.

Potrebbero essere studiate, inoltre, formule che consentano di collegare i fondi pensione a polizze integrative LTC di gruppo, prevedendo la possibilità che il fondo pensione offra ai propri beneficiari una polizza integrativa LTC “di gruppo”. Tali polizze potrebbero essere sottoscritte attraverso due modalità, anche cumulabili: 1) premi mensili durante l'età lavorativa stabilendo il vincolo per l'aderente a continuare i pagamenti dopo l'eventuale trasferimento ad altro fondo pen-

sione, anche usando gli accantonamenti TFR, fiscalmente incentivati; 2) premio unico al momento del pensionamento per l'acquisto di una polizza LTC secondo le condizioni stabilite dal fondo pensione.

Ovviamente il mondo dei fondi si limita agli iscritti ed agli aventi diritto, ma pensare con i finanziamenti resi disponibili che essi contribuiscano, almeno nel loro contesto, al finanziamento delle attività e delle prestazioni per i non autosufficienti presenti nei nuclei familiari è doveroso.

Il ricorso al mondo dei fondi integrativi come veicolo di finanziamenti aggiuntivi per la non autosufficienza potrebbe anche generare sviluppo per il sistema Paese per due sostanziali motivi: l'erogazione di un numero maggiore di servizi alla persona non autosufficiente rende disponibili risorse umane, soprattutto donne (le *caregiver familiari* per eccellenza), per il mondo del lavoro e può creare conseguentemente posti di lavoro per determinate figure professionali (infermieri, medici, operatori dell'assistenza, riabilitatori).

Allo stato attuale in Italia sono presenti 242.028 posti letto residenziali e semiresidenziali (Anaste 2011) a fronte di un fabbisogno (su valori internazionali) di 496.198 (dati Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Lea- 2007), e l'Adi viene erogata a 526.568 anziani (22 ore di assistenza su base annua- dati Ministero della salute 2009 confermati dalla Ricerca Agenas -) a fronte di un fabbisogno almeno pari al 6%, e cioè 870.000 assistiti (per almeno 8 ore a settimana, come da valori internazionali). Se tali valori di prestazioni effettivamente si raggiungessero si creerebbero ben 400.000 posti di lavoro.

In questo contesto si inserisce anche la proposta di convertire le attuali quote delle prestazioni sociali in moneta, o parti di esse, (prevalentemente indennità di accompagnamento) in servizi, al posto dei tagli lineari previsti dalla normativa in vigore, per avviare un sistema in grado di offrire in breve tempo una risposta ai maggiori bisogni del-

la popolazione e delle famiglie (non più sole ad affrontare i problemi). A titolo indicativo se si trasformassero in servizi solo 100 euro dei 480 mensili delle indennità di accompagnamento, si disporrebbe di una cifra considerevole pari a circa 2 miliardi di euro. Riduzioni dunque, finalizzate ad una crescita di sistema che consenta di reimmetterle nel sistema Paese attraverso i fondi integrativi sanitari e sociosanitari (magari costituiti a livello provinciale, comunale e regionale) consentendo investimenti nel settore dell'edilizia e nuova occupazione (non nel sistema pubblico). Senza contare il fatto che si ridurrebbe drasticamente la quota di spesa sanitaria inappropriata legata all'utilizzo dell'ospedale quale principale, se non unica, forma di risposta ai bisogni.

È giunto il tempo per completare il quadro normativo dei fondi integrativi: l'obiettivo finale è

quello di sviluppare una rete integrata tra pubblico e privato quale passaggio fondamentale per dare impulso ad un modello italiano orientato alla responsabilizzazione dei cittadini e a garantire davvero la solidarietà intergenerazionale di cui tanto si parla e discute. In Italia ogni persona attiva finanzia oggi la spesa pubblica per pensioni e sanità dedicata ai 65+ con risorse equivalenti ad oltre il 31% del Pil pro-capite: nel 2050 tale valore potrebbe salire al 48,6%. Ogni persona occupata, invece, finanzia la spesa pubblica per pensioni e sanità dedicata ai 65+ con risorse equivalenti ad oltre il 52,6% del Pil pro-capite, valore destinato a salire nel 2050 al 62,3%. Non esiste solidarietà intergenerazionale in queste condizioni, abbiamo il dovere di pensare a soluzioni anche innovative, di percorrere strade coraggiose, libere da preconcetti ed ideologie.

BIBLIOGRAFIA

Oltre ai documenti citati nel testo

1. Ham C., Coulter A., Explicit and implicit rationing: taking responsibility and avoiding blame for health care choices, *Journal Health Serv. Res. Policy*, 2001; 6: 163-169.
2. Mr. Donald C., Myers F., Health and Social Care in Scotland. Policy making in a devolved contest, *Institute for Applied Health and Social Policy*, August 2001.
3. Vollmer R., Long-Term Care Insurance in Germany, *OECD Workshop*, Tokyo, 2000.
4. Guzzanti E., Il problema del finanziamento: le ragioni di una scelta, in: *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie*, Il Pensiero scientifico editore, Roma, 1999.
5. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st Century, *Department of Health, England*, 2001.
6. Mastrobuono I., Guzzanti E., Cicchetti A., Mazzeo M.C.: Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza, *Il Pensiero scientifico Editore*. Roma, 1999.
7. The Government's Expenditure Plans 2001-2002, *Department of Health of England*, London, May 2001.
8. 2° Rapporto sullo stato di attuazione e sugli effetti derivanti dall'applicazione dell'indicatore della situazione economica (ai sensi dell'articolo 5 del decreto legislativo n. 109/98). Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica del Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica. Gennaio 2001.
9. Indagine Multiscopo sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", *ISTAT* 2005
10. Beltrametti L., Boitani A., Bosi P., Osservazioni e raccomandazioni su Programmi di assistenza alle persone non autosufficienti: Costi e meccanismi di finanziamento, Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica del Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Novembre 2000.
11. Stone R., Long-term care for the elderly with disabilities, *Milbank Memorial Fund*, New York, August 2000.

UNA SOLUZIONE RESIDENZIALE PER ANZIANI

Il Centro sociale di Lastra a Signa

di **Gavino Maciocco**

Università di Firenze

C'è modo e modo di arrivare al capolinea della propria esistenza. Quello all'interno di una Rsa è spesso il peggiore.

La situazione è ben nota: la popolazione italiana è tra le più longeve del mondo, e anche tra le più vecchie, nel senso che il numero della popolazione al di sopra dei 65 anni cresce sovrastando nettamente le generazioni più giovani: in certe regioni ogni 100 giovani di età 0-14 anni ci sono 200 anziani. Un gran numero di anziani molto vecchi, per lo più donne, vivono da soli. Una coppia di adulti 50enni può trovarsi con 4 genitori anziani, dovendosi prendere cura di alcuni di loro in condizioni precarie di salute. Situazioni che tutti conoscono avendole già sperimentate in forma diretta o indiretta.

La famiglia italiana generalmente non si tira indietro di fronte ai bisogni dei vecchi, grazie soprattutto alla dedizione di figlie e nuore che – insieme ad altri impegni familiari e lavorativi – si sobbarcano anche il pesante ruolo di *caregiver*, termine inglese che con una parola ne sintetizza cinque: colui che si prende cura. I fenomeni migratori hanno decisamente aiutato: la presenza di circa 800mila collaboratori domestici stranieri (detti “badanti”) è stata decisiva per mitigare il peso sociale del fenomeno, dato che le famiglie che ri-

corrono a un collaboratore domestico per l'assistenza a un anziano o a un disabile sono 2 milioni e mezzo (il 10,5% delle famiglie italiane).

Dedizione delle famiglie, supporto di collaboratori domestici, qualche intervento dei servizi assistenziali pubblici (peraltro molto disomogenei da Nord a Sud) consentono di mantenere al proprio domicilio la grande maggioranza di anziani con malattie debilitanti e con perdita più o meno marcata della propria autonomia. Quindi, di accompagnare gli ultimi anni dell'esistenza di una persona anziana nella dignità e tra gli affetti familiari.

Molto diverso è il destino di anziani non autonomi che per molteplici motivi (familiari, abitativi, economici, etc.) sono espulsi dalla propria casa e dalla propria famiglia per ricoverarsi in quelle che un tempo venivano denominate “Case di Riposo” e oggi “Residenze sanitarie assistenziali – (Rsa)”. Sono oltre 200mila i soggetti ospitati in queste strutture (più diffuse al Centro-Nord rispetto al Sud) la cui permanenza genera nella maggioranza dei casi gravi forme di depressione e una rapida accelerazione dei processi involutivi fisici e psichici.

A questo punto la domanda che si pone è: esistono soluzioni che consentano ad anziani, singoli o in coppia, “fragili” dal punto di vista socio-

economico-familiare e con problemi di salute, di evitare di finire i propri giorni nelle RSA (perché sono prevalentemente loro che affollano queste strutture)? Le soluzioni ci sono, sono note da almeno 40 anni, e recentemente stanno sempre più diffondendosi in molti Paesi (tranne che in Italia).

Si tratta di strutture costituite da miniappartamenti raggruppati, dotati di servizi comuni: mensa, biblioteca, lavanderia, palestra, pulizie, in certi casi un ambulatorio infermieristico. I miniappartamenti, per singoli o per coppie, del tutto indipendenti, sono dotati dei servizi essenziali, compresa la cucina, con una scrupolosa attenzione alle barriere architettoniche e alla facile agibilità per il transito delle carrozzine. Quindi libertà assoluta di vivere nel proprio appartamento in piena autonomia, e di utilizzare i servizi comuni (e di fruire della solidarietà degli altri ospiti) in caso di bisogno. In Francia e Svizzera queste strutture sono denominate *logements foyers*, nel Regno Unito *sheltered housing*, dove qui è prevista la presenza di una figura denominata “*warden*”, una sorta di “portiere” con compiti di supervisione, coordinamento e supporto in caso di bisogno¹. Se queste sono soluzioni indirizzate esplicitamente alla popolazione anziana con differenti gradi di fragilità, il *co-housing* nasce in Danimarca sulla spinta di ideali comunitari ed ecologisti le cui parole chiave sono: sostenibilità, progettazione partecipata, condivisione di spazi, attrezzature e risorse, socializzazione e mutualità. All’inizio è una tipologia abitativa che attrae giovani coppie, divenendo popolare in nord Europa e negli Usa, ed estendendosi nel tempo anche a gruppi di anziani, singoli o in coppia².

Dicevamo: in Italia niente. Tranne che a Lastra a Signa, Comune di 20mila abitanti nei dintorni di Firenze. Qui dal 1979 esiste il Centro Sociale, costruito sul modello dei *logements foyers*. Un complesso residenziale composto di 25 miniapparta-

menti per due persone (36 m²) e 36 miniappartamenti per persone singole (20 m²), con una capienza complessiva di 86 posti. Tale area è dotata di numerosi e ampi spazi comuni. L’area dei servizi comuni (fruibili dal resto della popolazione) include: il ristorante-mensa, il bar, la lavanderia, la biblioteca, la palestra, la sede di associazioni. Inizialmente vi erano collocati i servizi del Distretto socio-sanitario, attualmente sostituiti dalla scuola materna comunale.

Per descrivere questa esperienza – veramente unica e originale – abbiamo usato la cronistoria. Un approccio che aiuta a comprendere la nascita e l’evoluzione di un’idea innovativa, della sua realizzazione e dei suoi risultati.

FLASHBACK

Era un caldo pomeriggio del luglio 1973 a Firenze. Villa Monna Tessa a Careggi, studio del Prof. Francesco Maria Antonini, ordinario di Geriatria all’Università di Firenze. Intorno al tavolo della riunione, oltre al fondatore della Geriatria italiana, il sindaco di Lastra a Signa (un Comune nei pressi di Firenze), Gerardo Paci, l’assessore ai servizi sociali, Dolfo Poggesi, e l’autore di questo articolo, allora poco più che trentenne medico condotto dello stesso Comune, nella veste di facilitatore dell’incontro tra Accademia e Amministrazione locale.

L’intenzione del Sindaco era quella di costruire nel territorio del Comune una Casa di Riposo per anziani (oggi si chiamerebbe Rsa). L’idea fu rapidamente smontata dal Prof. Antonini con gli argomenti che gli stavano più a cuore: le case di riposo sono la negazione della dignità degli anziani, perché li privano della libertà, perché la vita quotidiana viene regolata dalla struttura e ciò li rende passivi e gli impedisce di utilizzare ed eventualmente sviluppare le loro capacità residue – fisiche, intellettuali, affettive. A causa di tutto ciò, questo era il ragionamento, le Case di Riposo-

¹ Sheltered and Retirement Housing - A Good Practice Guide, Parry & Thompson (Chartered Institute of Housing 2005)

² <http://www.cohousing.org/node/16>; http://www.cohousing.org/cm/article/related_denmark

so non fanno altro che accelerare il decadimento degli ospiti, generando depressione e disperazione.

“Esistono altre soluzioni per sostenere la fragilità, e anche le condizioni di handicap, degli anziani, senza privarli della libertà e della dignità. Se volete ve le mostro, poi decidete”, con queste parole Antonini ci congedò.

Due mesi dopo eravamo con lui e con una ventina di specializzandi in Geriatria alla volta della Francia (Grenoble e Alta Savoia) e della Svizzera (Ginevra) a visitare strutture per anziani costituite da miniappartamenti raggruppati, dotati di servizi comuni: mensa, biblioteca, lavanderia, palestra, pulizie, in certi casi un ambulatorio infermieristico. I miniappartamenti, per singoli o per coppie, erano del tutto indipendenti, dotati di cucina, frigo, TV e servizi. Naturalmente ovunque una scrupolosa attenzione alle barriere architettoniche e alla facile agibilità per il transito delle carrozzine. Quindi libertà assoluta di vivere nel proprio appartamento in piena autonomia, e di utilizzare i servizi comuni (e di fruire della solidarietà degli altri ospiti) in caso di bisogno.

Le strutture visitate in Francia e Svizzera erano (e sono tuttora) denominate *logements foyers*, “*residences offrant aux retraités un logement indépendant avec possibilité de bénéficier de services collectifs (restauration, blanchissage, salle de réunion, infirmerie, etc.) dont l'usage est facultatif*”.

Alla fine del 1973 presso il Comune di Lastra a Signa fu costituita una commissione incaricata di progettare una soluzione abitativa per anziani con le caratteristiche dei *logements foyers* osservati nella spedizione guidata dal professor Antonini. Un paio di anni per preparare il progetto e trovare i finanziamenti: i lavori iniziano nel 1976 e si completeranno nel 1979, anno di inizio dell'attività del Centro Sociale Residenziale.

LA CRONISTORIA

Per descrivere la storia – dalla fondazione ai giorni nostri – del Centro Sociale abbiamo utilizzato stralci dei documenti ufficiali prodotti nell'ar-

co di 35 anni. Rapporti con analisi e ricerche pubblicati dall'amministrazione comunale, a testimonianza di una volontà, mai venuta meno nel tempo, di documentare con precisione e rigore il cammino percorso. I Rapporti citati nella “cronistoria” sono naturalmente a disposizione di chiunque desiderasse approfondire l'argomento.

1976 - Completamento delle strutture portanti del Centro Sociale. Nell'occasione, il Comune di Lastra a Signa produce un Rapporto a cura di M. Geddes, G. Maciocco e A. Perra, con la presentazione del Sindaco Corrado Bagni (successivamente pubblicato sulla rivista *Prospettive sociali e sanitarie*, 6.3.1978) in cui, tra l'altro, si legge:

Il momento della progettazione del Centro Sociale è stato preceduto da un ampio e approfondito studio da parte degli amministratori, urbanisti e operatori sanitari. Un primo quesito si pose: è corretto parlare di abitazioni per anziani? Su questo punto non esistono dubbi: quando il nucleo familiare si riduce, quando gli anziani abitano da soli la casa deve avere particolari caratteristiche: essere di piccole dimensioni, essere dotata di una serie di accorgimenti che garantiscano il massimo di comodità e di sicurezza per chi vi abita.

L'altro quesito fu: è più giusto raggruppare insieme gli appartamenti per anziani o disperderli nelle altre strutture abitative? Per l'impossibilità di trovare in Italia esperienze valide cui fare riferimento, l'attenzione si è necessariamente spostata verso esperienze straniere.

Le soluzioni adottate nei Paesi esteri sono molto differenziate: vi sono esempi in Usa, Svizzera e Finlandia dove vengono raggruppati insieme centinaia di mini-appartamenti; in altri Paesi come l'Inghilterra si è posto un limite di 50 mini appartamenti ammettendo la possibilità di mini appartamenti «dispersi».

In Danimarca in un primo tempo si rifiutò la concezione di appartamenti raggruppati, ma recentemente tale tendenza si è invertita.

Questi sono i maggiori benefici degli appartamenti raggruppati.

Appartamenti raggruppati con certi servizi comuni rappresentano una buona soluzione per coloro che desiderano avere minori responsabilità e che necessitano di maggiori cure personali.

Quando i problemi da affrontare vanno oltre quello della ricerca di alcuni accorgimenti che da soli permettono una vita autosufficiente ed al problema degli anni si aggiungono la solitudine e tutta una gamma di necessità che compromettono l'indipendenza e la libertà fisica e psicologica del vecchio occorre dare qualche cosa di più alla casa descritta. A questo stadio di necessità la casa non può rimanere a sè stante, isolata, sia pure ripetuta nella sua nuova molteplicità di standard attrezzati. Ma deve partecipare ad un sistema organizzato che faccia capo ad nucleo di servizi comuni.

1984 - Viene pubblicato un Rapporto “Il Centro Sociale” (a cura di S. Barzini, A. Bini, C. Cappellini, Q. Cartei, G. Giacomelli, G. Maciocco, C. Poggi, V. Ragonese, GB. Ravenni, A. Scarafuggi) in cui – nell'introduzione del Sindaco, C. Bagni – si legge:

Il progetto iniziale del Centro era quello di creare una struttura residenziale che rispondesse alle necessità abitative della fascia di popolazione anziana più esposta a rischi di tipo sociale, senza ricorrere alle classiche soluzioni della casa di riposo o dell'ospizio. Ci si rese ben presto conto che per ottenere questo risultato era necessario che si realizzassero due condizioni fondamentali:

- le residenze dovevano essere caratterizzate dal massimo di libertà e di autonomia per chi avrebbe dovuto abitarvi: appartamenti singoli o doppi dotati di cucina e servizi, un vero e proprio condominio con la possibilità - e non l'obbligo - di fruire di spazi per la vita collettiva;
- la zona residenziale doveva essere inserita in un contesto più ampio di servizi aperti a tutta la popolazione.

Il Centro Sociale fu così progettato come cen-

tro di servizi integrati: residenze per anziani (con alcuni appartamenti destinati a situazioni di emergenza), ristorante, lavanderia, palestra per attività motorie di riabilitazione, sedi per ambulatori, per attività amministrative e associazionistiche.

Realizzare il progetto, attivare molteplici e differenziati servizi ha richiesto anni di impegnativo lavoro a vari livelli: politico, amministrativo, finanziario, tecnico. Abbiamo dovuto adattare il progetto a esigenze nuove che emergevano in corso d'opera: si sono dilatati gli spazi destinati a quelle attività motorie per i giovani che hanno registrato negli ultimi anni un eccezionale incremento, è stata collocata nel Centro la sede della biblioteca comunale in spazi inizialmente finalizzati ad altri scopi, per un certo periodo alcuni locali sono stati utilizzati per accogliere classi della scuola elementare.

Oggi possiamo dire di aver conseguito gli obiettivi principali che ci eravamo proposti e aperto nuove prospettive: il Centro Sociale è diventato un riferimento importante per la vita della comunità locale, un punto di aggregazione, anche e soprattutto giovanile, in una nuova zona di espansione residenziale.

Una parte del progetto mantiene invece i connotati di una partita aperta: avere strutturato la zona residenziale in miniappartamenti autonomi, collocandoli in un centro di servizi, di per sé attenua ma non annulla i rischi di segregazione, di emarginazione e di depressione per chi vi abita. L'esperienza di questi anni ci insegna che la tipologia della struttura gioca un ruolo rilevante ma non definitivo: abbiamo imparato che il “fattore umano” è di gran lunga più importante ed essenziale.

“Fattore umano” sono i rapporti che si stabiliscono tra gli anziani, la loro capacità di autonomia iniziativa e di partecipazione; è la sensibilità e la competenza professionale che gli operatori devono possedere nell'affrontare processi complessi e delicati come quelli dell'invecchiamento di una comunità; è la disponibilità della gen-

te nello stabilire e mantenere legami di solidarietà; è infine la nostra capacità di amministratori di cogliere con la necessaria prontezza i reali bisogni della collettività.

Il “fattore umano” non si adotta con regolare delibera, magari si potesse... La partita è tutta da giocare: c'è posto e c'è bisogno del contributo di tutti.

Concludendo, il Centro Sociale ha rappresentato l'occasione di sperimentare un nuovo approccio con le problematiche della terza età che si concretizza nel tentativo di ricostruire quei rapporti umani la cui rarefazione costituisce uno degli aspetti più gravi dell'“essere vecchi”. Il dato rilevante della nostra esperienza è che questo, oltre a essere possibile, è anche economicamente e socialmente vantaggioso rispetto ad uno schema assistenziale in cui non esistono rapporti interpersonali e tutte le contraddizioni si creano e si risolvono tra singolo ed istituzione. Tuttavia è evidente che la nostra esperienza non può sopperire alle necessità di anziani in stato di dipendenza psico-fisica. Strutture come il Centro sono inadeguate a far fronte a tali problemi, a meno che non si prevedano aree protette in cui si invertano i rapporti personale-assistiti e vi si possano fornire cure.

Ma anche in questo caso, a nostro avviso, è necessario uno stretto rapporto con il proprio habitat sociale e culturale, un solido legame con la realtà del paese o del quartiere.

1992 - Viene prodotto un nuovo Rapporto dal titolo “La casa comune per gli anziani - Analisi del Centro Sociale di Lastra a Signa” (a cura di A. Bini, S. Fontanelli, D. Gazzarri, L. Landi, G. Maciocco, A. Perra, C. Poggi, F. Rossi Prodi, A. Stocchetti) in cui si esaminano gli aspetti strutturali/architettonici del Centro e vengono riportati i dati di un'indagine sulla popolazione residente effettuata nel 1990, le cui conclusioni sono le seguenti:

Dall'analisi dei dati e dalla valutazione incrociata degli stessi, riteniamo possibili alcune considerazioni conclusive.

1. Il Centro Sociale rappresenta una struttura con un discreto livello di socializzazione interna ed un sufficiente grado di integrazione con il territorio circostante. I motivi di questo risultato sono da ricercare nel riferimento territoriale che ha regolato e regola le ammissioni, nella omogeneità dello status sociale, nella omogeneità di condizioni psicofisiche. Questi elementi consentono uno sviluppo interno della struttura, su interessi comuni, su possibilità di dialogo su temi comuni, sulla riscoperta di vissuti riferibili a situazioni personali e sociali simili. Questo elemento di omogeneità è importante in quanto evita divisioni sull'appartenenza, riscontrabili spesso in strutture comunitarie alle quali si accede in età avanzata, e consente la produzione di iniziative programmate e basate sul consenso, ma soprattutto il recupero e/o l'acquisizione di comportamenti improntati alla solidarietà.

2. Emerge dall'esame dei dati un apprezzamento da parte degli anziani della condizione di totale libertà in cui vivono all'interno del Centro Sociale.

La struttura pertanto è al servizio dell'individuo che rimane protagonista assoluto della propria vita.

Tale condizione è raramente riscontrabile nelle strutture tradizionali ove invece la presenza degli anziani è funzionale ai ritmi e alle esigenze della gestione.

3. La valutazione dei motivi che hanno determinato la scelta per gli ospiti di lasciare la precedente abitazione sono per la quasi totalità riferibili alle condizioni igienico-ambientali della casa ed alle difficoltà derivanti dalla presenza di barriere architettoniche. In tal senso appare evidente come il Centro Sociale abbia risposto più a problemi che riguardano l'ambiente che a problemi che riguardano la persona.

Dalla valutazione della struttura che viene fatta dagli anziani prevale, a conferma di quanto sopra, un apprezzamento degli aspetti connessi all'ambiente interno e ai servizi.

In tal senso appare anche evidente come un miglioramento delle condizioni ambientali, ma so-

prattutto la possibilità di usufruire di servizi essenziali in modo facile e adeguato alle difficoltà personali, riduce notevolmente il grado di dipendenza dell'anziano. Quest'aspetto tuttavia apre una riflessione sul rilievo che, in una politica dei servizi tesa a valorizzare il più possibile il mantenimento delle persone nel proprio ambiente, deve avere l'intervento volto ad eliminare nei luoghi di vita quotidiana degli anziani, e non solo, tutti quegli aspetti dell'ambiente (casa) che riducono i margini dell'autosufficienza. Dai risultati dell'indagine emerge chiaramente come il Centro Sociale abbia rappresentato, soprattutto per le persone sole, l'unica alternativa esistente. Occorre tenerne conto e, là dove è possibile, è necessario risolvere nel luogo di abitazione quei problemi che oggi gli intervistati hanno risolto nel Centro Sociale.

Dai dati della ricerca emerge, tra l'altro, che: Poco meno della metà dei residenti del Centro Sociale (47,9%) si trova in condizione di completa autonomia fisica, la restante parte (52,1%) registra gradi variabili di dipendenza: ciò richiede la presenza di un adeguato supporto assistenziale, domestico e infermieristico. Nessun caso tuttavia ha superato, nella Scala di dipendenza-autonomia di Delcros e Lanoe, il punteggio di 65, espressione di un grado grave di dipendenza. È osservazione comune che le persone non autosufficienti di vario grado rimangono all'interno del Centro Sociale grazie a un'efficace rete di supporti e relazioni (familiari, vicini, assistenti domestiche del Centro, personale infermieristico del Distretto), e che sono assolutamente rari i casi di ricoveri in RSA, mentre i decessi dei residenti avvengono all'interno del Centro o in ospedale al termine di una fase acuta di dipendenza terminale.

2005 - L'Amministrazione Comunale decide di avviare una riflessione pubblica sull'esperienza e sul ruolo del Centro Sociale, per fare un bilancio di trent'anni di attività e individuare le prospettive future. Oltre al Dipartimento di Sanità pubblica dell'Università di Firenze viene coinvolto nell'iniziativa il Di-

partimento di Sociologia della stessa Università. In due anni e mezzo di lavoro – con la collaborazione di un gruppo di studenti universitari di Lastra a Signa – viene raccolto e selezionato il materiale storico-documentale disponibile e vengono intervistati i residenti del Centro Sociale e tutti coloro che – a vario titolo: amministratori, gestori, operatori, medici curanti, infermieri, etc. – hanno “vissuto” l'esperienza del Centro Sociale. Viene sentita anche la voce di chi sta “fuori” dal Centro Sociale per valutare la percezione della popolazione generale sulla struttura.

Al termine di questa ricerca viene organizzato un convegno “Il Centro Sociale. Un patrimonio della comunità” (7 novembre 2008), di cui vengono pubblicati gli atti.

Dall'intervento di Nedo Baracani, professore di Sociologia, riportiamo i seguenti significativi passi:

Le storie che ci sono nelle interviste delle varie persone sono molto interessanti: oggi non c'è tempo di andare a fondo su questo, ma dovranno in qualche modo essere rese disponibili perché c'è un altro passo da fare, e cioè trasformare il Centro Sociale in qualche cosa che svolga un ruolo pubblico più ampio. La memoria è una dimensione di grande rilevanza perché ci fornisce identità, perché lega le generazioni l'una all'altra, perché ci permette di riflettere e valutare.

Quando abbiamo preso in mano per la prima volta l'insieme delle persone che sono transitate da qui, e siamo andati a vedere quanto c'erano state, gli eventi che erano avvenuti durante il corso della loro permanenza, come e dove è avvenuto il decesso, quale era l'età in cui avveniva la perdita e la diminuzione dell'autosufficienza, ecco qui ci siamo resi conto di quanto era prezioso tale materiale: prezioso non soltanto per noi, per il Comune, ma di interesse veramente generale.

Come si è tenuto in piedi il Centro Sociale e cosa succederà nel futuro? Nei primi trent'anni si è tenuto in piedi per l'impegno delle perso-

ne in modo quasi automatico, nel senso che questa comunità ha avuto una sua continuità nel tempo, ha mantenuto la sua struttura, ma non credo che ci possa fidare di questo, cioè l'orizzonte culturale del Centro Sociale andrà ripensato secondo i cambiamenti demografici, sociali, culturali che stanno avvenendo. E cito solo una cosa: il successo di questa struttura dipende dal fatto che, con quattro persone, si fa funzionare una struttura molto complessa, perché si mantengono i legami con le famiglie di provenienza, ed è su quel fronte che bisogna fare un lavoro estremamente importante. Sono però già apparse le famiglie che scelgono di comprare sul mercato l'assistenza e di fornirla all'interno del Centro: il futuro è già cominciato, ed è cominciato come avviene spesso cioè senza che nessuno lo decida: i comportamenti dei singoli fanno emergere i fenomeni.

E vengo all'ultimo punto di questa riflessione. Siamo di fronte a un modello. Guardate che è una pretesa grossa proporsi come modello, impegnativa, nel senso che noi possiamo offrire ad un pubblico la considerazione di risultati raggiunti, ma se sviluppiamo la pretesa che sia un modello, dobbiamo anche saper indicare con precisione le condizioni in cui questo modello può funzionare; quindi probabilmente è un modello che potrà essere replicato solo in certe realtà, proprio perché si basa sull'unione di risorse pubbliche, di risorse volontarie, di risorse professionali ma al fondo c'è sempre la famiglia.

DISCUSSIONE

Il Centro Sociale nasce dalla volontà di dare una risposta assistenziale pubblica a una fascia di popolazione anziana "fragile" dal punto di vista economico e della condizione abitativa e familiare. Si deve tener conto che all'epoca della sua nascita – anni 70 – molti anziani del Comune di Lastra a Signa vivevano in aree rurali, in casolari privi il più delle volte di riscaldamento, telefono, bagno; inoltre non era passato molto tempo dalla terribile alluvione dell'Arno del 1966 che aveva

inondato il centro storico della cittadina, rendendo poi precaria l'abitabilità di molti fabbricati. Di questa situazione erano gli anziani il gruppo che aveva più sofferto.

La condizione di autosufficienza fisica era un requisito per poter fare la domanda di ammissione al Centro Sociale, ma molte situazioni erano "borderline": per esempio un anziano con una grave artrosi, con annessi problemi della deambulazione, era "non autosufficiente" nella casa di origine, abitando al 3° piano di una casa senza ascensore, ma diventava "autosufficiente" all'interno del Centro Sociale, semplicemente affidandosi all'uso del bastone. Inoltre l'autosufficienza non era richiesta a una persona che entrava al Centro Sociale con il coniuge, perché in questo caso il coniuge stesso si sarebbe fatto carico del suo necessario supporto nello svolgimento delle attività quotidiane.

Tuttavia la questione di come il Centro Sociale potesse affrontare le situazioni di perdita temporanea o permanente della non autosufficienza dei residenti diventò ben presto oggetto di discussione, come emerge chiaramente da un passo dell'introduzione del Sindaco Bagni (Rapporto 1984): *"È evidente che la nostra esperienza non può sopperire alle necessità di anziani in stato di dipendenza psico-fisica. Strutture come il Centro sono inadeguate a far fronte a tali problemi, a meno che non vi si prevedano aree protette in cui si invertano i rapporti personale-assistiti e vi si possano fornire cure."*

In sostanza, si temeva che il Centro Sociale non fosse in grado di garantire l'assistenza degli anziani quando questi perdessero l'autosufficienza e si prospettò l'ipotesi di creare all'interno del Centro delle "aree protette" dotate di un numero maggiore di personale per rispondere in maniera adeguata ai maggiori bisogni emergenti.

La risposta al problema posto nel 1984, ovvero agli inizi dell'esperienza del Centro Sociale, la troviamo qualche anno dopo, nel Rapporto del 1992 dove si afferma: *"Poco meno della metà dei residenti del Centro Sociale (47,9%) si trova in condizione di completa autonomia fisica, la restante parte (52,1%)*

registra gradi variabili di dipendenza: ciò richiede la presenza di un adeguato supporto assistenziale, domestico e infermieristico. È osservazione comune che le persone non autosufficienti di vario grado rimangono all'interno del Centro Sociale grazie a un'efficace rete di supporti e relazioni (familiari, vicini, assistenti domestiche del Centro, personale infermieristico del Distretto), e che sono assolutamente rari i casi di ricoveri in RSA, mentre i decessi dei residenti avvengono all'interno del Centro o in ospedale al termine di una fase acuta di dipendenza terminale”.

Ciò che ha consentito a una consistente parte di residenti con problemi di autonomia, insorti a causa di malattie o semplicemente a causa della senescenza, di rimanere all'interno del Centro Sociale non è stata – fortunatamente – la creazione di un'area “protetta”, né un incremento del personale di assistenza. Con le risorse “interne” al Centro Sociale si è fatto fronte alla vera sfida di una residenza per anziani del modello “logements foyers/sheltered housing”, quella di garantire la permanenza dei residenti con crescenti problemi di autonomia, in condizioni di libertà.

Se – come sta emergendo nel dibattito scientifico – la salute è in primo luogo “la capacità di adattarsi e autogestirsi” (“La salute non è un'entità fissa. Essa varia per ogni individuo in relazione alle circostanze. La salute è definita non dal medico, ma dalla persona, in relazione ai suoi bisogni funzionali”), anche il concetto di autonomia varia in relazione alle circostanze, alle caratteristi-

che dell'ambiente, al supporto dei servizi alla persona, alle relazioni affettive e di aiuto solidale.

Il Centro Sociale di Lastra a Signa è riuscito a creare le condizioni di sufficiente autonomia per decine di persone che in altre circostanze sarebbero state condannate alla “non-autosufficienza”, grazie alle sue risorse “interne”: l'assenza di barriere architettoniche, la possibilità di fruire di servizi comuni, l'aiuto domestico di quattro bravissime operatrici, l'intervento di personale infermieristico e riabilitativo del distretto, l'aiuto solidale dei vicini, il ruolo dei medici di famiglia, la presenza delle famiglie e di eventuali “aiutanti”, e – infine – la volontà politica dell'Amministrazione Comunale che nell'arco di più trent'anni – pur con diverse sfumature – ha assicurato la necessaria attenzione e l'indispensabile sostegno economico, garantendo nel contempo la presenza di coordinatori capaci, competenti e appassionati.

Il citato Rapporto del 1992 contiene i risultati di una indagine svolta tra i residenti del Centro Sociale, attraverso un questionario. Nelle Tabelle 1 e 2 riportiamo alcuni dati significativi, che dimostrano – tenendo conto dell'età delle persone (età mediana 76-80 anni) – complessivamente livelli più che soddisfacenti di percezione dello stato di salute e di condizione esistenziale. Da segnalare le altissime percentuali di persone (tra cui anche quelle con problemi di autonomia) che escono di casa tutti i giorni o più volte alla settimana.

TABELLA 1 - Percezione di salute/benessere

	Bene	Così così	Male
Come si sente	50,6%	28,8%	19,1%
	Molto buono, buono	Così così	Abbastanza cattivo, cattivo
Come giudica il suo stato di salute	47,9%	21,9%	30,1%
	Mai	A volte	Spesso
Si sente solo	47,9%	24,6%	27,3%
Si sente dimenticato	69,8%	15,1%	9,5%
Si sente inutile	42,9%	28,7%	23,2%
	Molto soddisfatto	Così così	Non soddisfatto
È soddisfatto della sua vita attuale	67,1%	13,7%	19,2%

TABELLA 2 - La vita nel Centro Sociale

	Comodità dei servizi	Libertà	Compagnia	Altro
Quali sono le cose che apprezza di più al Centro Sociale?	40,7%	20,8%	23,4%	15,1%
	Tutti i giorni	Più volte la settimana	Raramente	Mai
Quante volte le capita di uscire di casa?	74,0%	17,8%	2,7%	5,5%

A conferma della solidità assistenziale del Centro Sociale, a tutti gli effetti un condominio sia pur “protetto”, anticipiamo qualche dato molto generale sulla storia delle 200 persone che tra il 1979 e il 2010 sono “uscite” dal Centro Sociale, ricavato dalla ricerca attivata con la convenzione tra Comune di Lastra a Signa e Università di Firenze³.

Di queste 200 persone, 152 sono decedute al Centro Sociale (73) o all’Ospedale (79, provenienti dal Centro Sociale), 24 sono tornate nelle proprie famiglie, 24 sono state trasferite in una Residenza sanitaria assistenziale (Rsa).

Dei 200 ex-residenti del Centro Sociale, 71 hanno vissuto un periodo prolungato (superiore ai 6 mesi, ma per diversi di essi il periodo è durato alcuni anni) in condizioni di grave dipendenza fisica o psichica grazie all’assistenza garantita dalle risorse del Centro Sociale. Delle 24 persone che sono state trasferite in Rsa, 17 hanno ricevuto all’interno del Centro Sociale un’assistenza continua per almeno 6 mesi, e il motivo del trasferimento è il più delle volte legato all’impossibilità di controllo della persona durante le ore notturne.

CONCLUSIONI

È la prima volta che scrivo un articolo sulla storia del Centro Sociale. Una storia lunga finora quasi quarant’anni e che ho seguito da vicino come operatore sanitario (medico condotto e poi responsabile di distretto), come professionista (diversi miei pazienti erano tra i residenti del Centro Sociale), come cittadino di Lastra a Signa (ho

abitato per molti anni a duecento metri dalla struttura).

Il primo pensiero – su cui ho più volte riflettuto – è la straordinarietà dell’evento: un’opera nata dal genio di un professore universitario e dalla lungimirante, appassionata volontà politica di un amministratore pubblico.

Il secondo pensiero va ad alcuni protagonisti di questo progetto che sono nel frattempo scomparsi, il professor Francesco Antonini, il maestro della gerontologia, e Saverio Fontanelli, un grande assistente sociale che ha seguito per molti anni la gestione del Centro Sociale. Nel suo intervento nel corso del citato convegno del 2008, rivendicando il valore dell’esperienza del Centro Sociale, come prevenzione e anche come alternativa alla soluzione residenziale in Rsa, aveva affermato: “Nell’esperienza di tutti i giorni vediamo come la residenzialità così com’è (le Rsa, ndr) fa precipitare da una condizione anche piccola ad una grande di non-autosufficienza” (...) “Devo dire che tutta la letteratura scientifica sulle Rsa dimostra che esse riescono a cancellare tutto quello che uno sa fare. L’esempio classico è sull’incontinenza: tutti gli anziani delle Rsa devono diventare incontinenti perché è molto più facile mettere il pannolone che andare a facilitare l’escrezione urinaria fisiologica di una persona anziana. Tutto ciò è terrificante perché fa regredire una persona adulta allo stato di un neonato: un colpo inferto alla sua dignità. Una persona incontinente accelera il processo di decadimento fisico e psichico in maniera enorme.” (...) “(il successo del Centro Sociale) dipende dal fatto

3 Giacomo Mazzoni, Ricerca sul Centro Sociale Residenziale (CSR) di Lastra a Signa, dalla Relazione conclusiva della ricerca, febbraio 2012.

che ha agito nel rispetto dell'impostazione iniziale di riferimento: quella di stare attenti a quello che i residenti del Centro Sociale, non solo sapevano ancora fare, ma avrebbero di nuovo potuto fare. I residenti della struttura assumevano anche compiti di piccola responsabilità all'interno della struttura stessa, tipico di chi è residente di un posto, attento al suo accudimento, alla sua manutenzione e al suo buon funzionamento. L'aver introdotto fin dall'inizio questa regola non scritta, contagiosa, è stato l'elemento grazie al quale il Centro Sociale ha prodotto ciò che ha prodotto".

Saverio Fontanelli aveva perfettamente ragione citando la letteratura scientifica a proposito dei danni generalmente inflitti dalle Rsa, prima alla dignità e poi alla salute degli ospiti.

Scrivono una delle più importanti riviste geriatriche: "Sebbene la sua portata non sia chiarita le forme minori e maggiori di depressione sono diffuse nella popolazione delle *nursing home* (equivalenti delle nostre Rsa). Questa affermazione appare corretta alla luce dei fattori che entrano in gioco in queste strutture: l'inattività, il declino nelle competenze funzionali (vedi incontinenza), la perdita di autonomia personale, l'inevitabile confronto con i processi della morte e del morire abituali nelle *nursing home*"⁴.

Un autorevole studio comparato richiesto da Bruxelles al professor Roberto Bernabei, a capo del dipartimento di Scienze gerontologiche, geriatriche e fisiatriche dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, rivela che l'Italia delle Rsa si distingue sul piano internazionale in una serie di cattive pratiche. Prima assoluta fra otto nazioni nell'utilizzo delle spondine dei letti e di cinghie che immobilizzano i pazienti al tronco come mezzi di contenimento. Siamo terzi invece dopo Repubblica Ceca e Olanda per quanto riguarda le piaghe da decubito. Nell'uso di psicofarmaci c'è chi

ci va più pesante: Finlandia, Francia, Israele, ma secondi a quest'ultimo Stato abbiamo i ricoverati meno coinvolti nelle attività sociali. Quanto ai depressi veniamo solo dopo gli olandesi. Siamo indietro nel trattamento del dolore e vantiamo fra gli internati più incontinenti d'Europa⁵.

Il terzo pensiero è più che altro un ragionamento di politica socio-sanitaria. Il Centro Sociale è nato anche con un contributo finanziario della Regione Toscana, quindi in Regione sapevano, a partire dagli anni 70. quale innovazione si sviluppava a Lastra a Signa. Una certa attività promozionale del Comune, con pubblicazioni e convegni, ha dato qualche visibilità esterna alla struttura: il libro degli ospiti, provenienti da varie regioni italiane e anche dall'estero, è pieno di apprezzamenti e ringraziamenti. Il via vai delle delegazioni era, tra l'altro, molto utile perché stimolava i residenti a fare bella mostra dei vari locali e anche dei loro appartamenti. Eppure nonostante tutto ciò l'esperienza del Centro Sociale non si è replicata in nessuna regione italiana. Colpisce in particolare l'assoluta rimozione del progetto praticata dalla Regione Toscana. Altri erano, in Toscana e altrove, evidentemente gli interessi. Erano quelli delle Rsa e dei loro sponsor. Un ricco business quello delle Rsa che ha tenuto da parte le innovazioni che si sviluppavano in questo campo, che ha limitato fortemente la crescita dell'assistenza domiciliare perché il grosso delle risorse dell'assistenza agli anziani erano indirizzate al pagamento delle rette delle Rsa, e – cosa più grave – ha messo in secondo piano, producendo gravi danni, la dignità e la salute delle persone anziane.

A proposito di business, anche il Centro Sociale ha un budget annuale comunale (non paragonabile con quello delle Rsa) per la gestione della struttura: le spese per il personale, il costo del riscaldamento, dell'illuminazione e della manuten-

4 Abrams RC, Teresi JA, Butin DN., Depression in nursing home residents. Clin Geriatr Med. 1992 May;8(2):309-22.

5 Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. Graziano Onder I*, Iain Carpenter2, Harriet Finne-Soveri3, Jacob Gindin4, Dinnus Frijters5, Jean C Henrard6, Thorsten Nikolaus7, Eva Topinkova8, Matteo Tosato I, Rosa Liperoti I, Francesco Landi I, Roberto Bernabei I and the SHELTER project, BMC Health Services Research 2012, 12:5, vedi L'Espresso: M. D'Amico. Rsa, viaggio nei "capolinea" dove l'Italia confina i suoi vecchi, 8 marzo 2012.

zione ordinaria e straordinaria degli spazi comuni. Alla fine dell'anno il costo (annuo) a carico dell'Amministrazione Comunale, per residente (i residenti pagano per l'affitto mensile dell'appartamento da 40 a 200 euro in relazione alla condizione economica e familiare, singolo o coppia), è di soli 5.000 euro.

Il disinteresse della Regione Toscana verso il Centro Sociale di Lastra a Signa è durato fino al recente 2008, quando all'interno dell'Assessorato è stato deciso di rivalutare l'esperienza finanziando un complesso progetto di ricerca che ha coinvolto Sanità Pubblica, Geriatria, Sociologia e Statistica dell'Università di Firenze e la Fondazione Michelucci per gli aspetti architettonici e urbanistici. L'obiettivo è quello di un'ampia valutazione dei risultati ottenuti dal punto di vista sanitario e sociale, la rilevazione della situazione attuale dei residenti dal punto di vista sanitario e sociologico, l'analisi architettonica della struttura con ricerca di modelli analoghi a livello nazionale e internazionale, le possibili indicazioni sulle prospettive future.

Alla fine la buona notizia: il progetto del Centro Sociale è stato inserito come "modello innovativo" nel nuovo Piano Socio-Sanitario Integrato Toscano 2012-2015, con il testo che segue:

"Per questo motivo Regione Toscana ha sostenuto l'avvio e consolidamento del Centro Sociale Residenziale di Lastra a Signa, un innovativo modello residenziale in cui miniappartamenti ospitano anziani ultrasessantacinquenni autosufficienti in condizioni di particolare fragilità economica, sociale e familiare. Il Centro è strutturato in mi-

niappartamenti, assegnati sulla base di bandi comunali ed inserito all'interno di una struttura più ampia dove trovano sede uffici per servizi alla persona, biblioteca, asilo nido, scuola materna e una mensa. È prevista la possibilità per i residenti di usufruire di assistenza domestica in caso di necessità.

Il Centro rappresenta una peculiarità territoriale da valorizzare e prendere come riferimento per la diffusione di modelli simili in altri contesti territoriali in quanto realizza l'idea della comunità aperta, solidale e a misura di persona. I fattori che rendono il Centro Sociale unico nel suo genere sono:

- promozione e garanzia di libertà personale ed autonomia;
- costi contenuti, permettendo la conduzione di una vita dignitosa;
- elevati livelli di socializzazione e creazione di reti di solidarietà sia all'interno del centro che verso la collettività esterna;
- assenza di barriere architettoniche;
- ottima accessibilità ai servizi ed alla infrastrutture esterne.

La prospettiva è che il Centro Sociale possa assumere anche la connotazione di un centro di studio, di ricerca e di formazione nell'ambito della qualità della vita degli anziani, rappresentando un modello di riferimento e fornendo indicazioni provenienti da un'esperienza concreta sviluppata in Toscana per praticare soluzioni assistenziali differenti, meno costose e socialmente più gradite agli anziani."

Come dice il proverbio: meglio tardi...

IL DISTRETTO NELLA TUTELA DELLA SALUTE DELLE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI E DEI CARE GIVER AL TEMPO DELLA CRISI

124

i Quaderni di **Monitor**

di **Paolo Da Col¹, Antonino Trimarchi², Gilberto Gentili³**

¹ Direzione Distretto n.1, Trieste - Azienda per i Servizi Sanitari n.1 "Triestina"

² Direzione Distretto Socio Sanitario ULSS 17 Est-Montagnana

³ CARD Italia (Presidenza)

Il titolo è intenzionalmente molto lungo; ogni parola si propone come chiave di lettura dei temi che qui saranno sviluppati e, commentate una per una, costituiscono una sorta di riassunto introduttivo. Il contributo si focalizza sul ruolo e funzione del distretto nell'ambito della non autosufficienza (NA), in continuità con un contributo per l'indagine sui distretti¹ sugli aspetti valoriali ed etici posti alla base dei servizi pubblici rivolti alla non autosufficienza (NA), in cui si richiamavano i contenuti della nostra Carta Costituzionale e delle grandi leggi di riforma sanitaria e sociale.

“IL DISTRETTO...”

Il punto di partenza è che il distretto dovrebbe rivestire uniformemente in tutto il Paese un ruolo primario nell'ambito dell'organizzazione ed erogazione dei percorsi di cura, assistenza e sostegno nel complesso mondo della non autosufficienza. Pur nelle sue diverse interpretazioni operative, in molti territori ha già dimostrato il vantaggio di essere elemento portante nei servizi a favore delle persone non autosufficienti. Merita oggi dare maggiore uniformità territoriale a questo vantaggio, portando i distretti a divenire con

omogeneità strutture delle Asl, e quindi del Servizio sanitario, caratterizzate dall'essere soggetti dell'ambito pubblico che trasferiscono nella pratica l'idea che il problema della non autosufficienza non appartiene alla sfera privata, ma ad un più compiuto sistema di protezione improntato alla qualità ed appropriatezza, all'universalità, pur selettiva, ed alla solidarietà. Noi auspichiamo, per il bene di tutti, che ciò divenga patrimonio degli interventi organizzati nei settecento distretti dei venti Sistemi sanitari regionali e negli ottomila Comuni d'Italia.

Per chi lavora nel distretto, cura e assistenza alle persone anziane con perdita dell'autonomia non possono infatti diventare un problema personale dei singoli e delle famiglie, ma essere responsabilità assunta dalla comunità, che così esplicita il proprio impegno nel sostenere benessere e qualità di vita di questa sempre più ampia fascia di popolazione. Il lavoro del distretto assume inevitabilmente, a seconda dei diversi contesti e organizzazioni, variegata e molteplici sfumature. Pur in una inevitabile disomogeneità nei diversi mandati regionali e aziendali, nelle differenti pratiche intraprese nelle singole realtà, la larga maggioranza dei distretti italiani è impegnata e fortemente co-

involta nell'offrire le migliori risposte possibili, compatibilmente con le risorse quantitative e qualitative assegnate, ai problemi che direttamente o indirettamente riguardano ormai un cittadino su dieci, condizionato nella sua vita per lunghi-lunghissimi periodi dalla NA.

Infatti, in questo universo si muovono nel Paese tra i 2,5 e i 3,5 milioni di persone che hanno perduto la propria autonomia; inoltre, si calcola che almeno altre due persone per ogni non autosufficiente siano coinvolte nel problema. Appare così ancora più evidente l'enorme dimensione del problema. Ci si domanda come, in una logica pubblica, non si sia ancora definitivamente deciso che per governare un problema di questa portata sia necessario disporre di strutture e organizzazioni specifiche. A nostro parere queste non possono essere che i distretti, soprattutto se declinati come non solo sanitari, ma sociosanitari.

Nei soli ultimi 10 anni la popolazione ultra75enne è aumentata di circa il 25% e si stima che nel 2030 gli ultra ottantenni saranno poco meno di 8 milioni (raddoppiati rispetto ad oggi). Cresce anche l'indice di dipendenza, misurato dal rapporto percentuale fra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 e più) e quella in età attiva (15-64 anni), che passa dal 45,5% del 1995 al 52,3 del 2011. Nel 2050 questo rapporto dovrebbe salire a 84,7.

La povertà, che oggi colpisce una famiglia su dieci, è un evento purtroppo spesso coincidente con la NA, e ne allarga ulteriormente la dimensione del problema. Ogni giorno in distretto si osservano infatti persone in cui le due condizioni, NA e povertà, coesistono e si amplificano a vicenda. La deprivazione economica condiziona le possibilità di affrontare la NA, e genera un rischio, oggi più consistente che in passato, di impoverimento della persona e dei suoi familiari.

Per la NA noi pensiamo sia irrinunciabile attrezzare il nostro welfare quantomeno verso una protezione analoga a quella oggi generalmente ga-

rantita nell'accesso alle cure mediche, in cui – almeno come presupposto teorico – dovrebbe essere raro l'impoverimento causato dalle spese mediche. In altri termini, qui si apre, e per esigenze di spazio dobbiamo anche chiudere, la questione dei Lea, ampiamente irrisolta nell'ambito della non autosufficienza.

A nostro parere il sistema è già in ritardo a definire con chiarezza e lungimiranza le politiche per la long term care.

Uno degli scopi di questo contributo è convincere sui vantaggi conferiti dal puntare sul distretto quale struttura organizzativa capillare del territorio, dove scorre la vita di queste persone. Si profila l'opportunità di affidargli la supervisione globale degli interventi, riunificandoli in una regia unitaria, così come – vedremo oltre – occorre ricomporre la frammentazione delle risorse pubbliche oggi troppo disperse. Il distretto dovrebbe a nostro parere sviluppare la funzione di "unità organizzativa per la NA", presidio che può realizzare con appropriatezza gli interventi di cura e assistenza centrati sulla persona e sui familiari. Inoltre, il distretto "forte" può vincere l'ignoranza sulle cure primarie, pilastro della NA.

“...NELLA TUTELA DELLA SALUTE...”

Se adottare il termine “salute” potrebbe qui a prima vista apparire incongruo o quantomeno problematico, viene in buon soccorso il ragionamento che alcuni esperti, in accordo con Who, stanno conducendo per la ridefinizione della “SALUTE”, da non intendere più come stato “perfetto e completo”, ma condizione dinamica che si modifica in quanto variabile è la capacità adattativa del soggetto. In questa nuova visione che si va mettendo a fuoco, coerente con i presupposti dell'ICE, la salute viene infatti definita e misurata come capacità di affrontare le difficoltà (*coping*) e di farvi fronte con adattamenti continui (*adapting*)². In una dimensione semplificata, perlomeno riguardo agli aspetti comunicativi, qui la salute po-

2 Vedi www.saluteinternazionale.org

trebbe in ogni caso essere riferita alla “qualità di vita e benessere”, elementi ben percepiti e compresi da questi soggetti e dai loro familiari.

Un concetto analogo era già contenuto nel Psn 1998-2000, in cui si parlava di “convivere attivamente con la cronicità”. Per un nuovo approccio a questo tema, sia comunicativo che operativo, da tempo nel nostro gruppo stiamo tuttavia cercando di abolire dal nostro vocabolario termini quali “cronico, cronicità”, perchè evocano atteggiamenti mentali o comportamenti tesi alla rinuncia, rassegnazione, riduzionismo. Parole quali “cure di lungo termine, lungoassistenza, cure continuative” ci sembrano possano contrastare eventuali inerzie, testimoniare più facilmente l’attitudine all’azione, alla presa in carico prolungata, quindi a rispettare il “fattore tempo”, che è la carenza più rilevante avvertita dagli assistiti e certamente elemento portante dei servizi di prossimità a queste persone.

“...DELLE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI...”

Le persone sono al centro dei nostri ragionamenti. In tutta la trattazione, consapevolmente talora a scapito di appesantimenti, si preferirà parlare di “persone anziane”, anziché “anziani”, per enfatizzare che la nostra costante attenzione e riguardo va innanzitutto al rispetto della soggettività dell’individuo, di una “vita che permane sacra” anche se condizionata da svantaggi. Inoltre, implicitamente la soglia di anzianità viene collocata oltre i 65 anni, epoca della vita in cui la perdita dell’autonomia e le comorbidità aumentano notevolmente e pesano ancor di più, date le ridotte capacità compensative. “Persona” è termine per noi preferibile ad altri sostanzialmente sinonimi, perché ci sembra attestati con maggiore forza che la dignità delle persone sta al primo posto per chiunque operi in questo campo. Si usa il termine al plurale, “*persone*”, anziché al singolare, a ricordare l’universo di cittadini coinvolti.

Scegliamo invece, per esigenze di spazio e di incisività comunicativa, di non affrontare la que-

stione della definizione della non autosufficienza. In questo contributo, la si considera evento sempre e comunque rilevante, in quanto l’indipendenza e l’autonomia compromessa, anche se non totalmente perduta, va in ogni caso riconosciuta e sostenuta. Per lo più in modo implicito, il nostro pensiero prevalente andrà quasi sempre alle persone gravemente non autosufficienti, in cui i bisogni sono maggiori; i servizi dovrebbero assegnarvi priorità di attenzione e intervento, consapevoli che in Italia appartengono ad un universo di centinaia di migliaia di cittadini, con pari o superiore carico di sofferenza ed impegno a carico dei familiari e care giver.

“...E DEI CARE GIVER...”

Nella trattazione sarà infatti costante la congiunzione della visione della salute della persona NA con quella dei familiari e care giver. Non è certo originale, ma non poteva essere omessa. Spostiamo infatti senza esitazione la visione per cui nel campo della non autosufficienza pari attenzione va simultaneamente prestata alla persona da assistere e al familiare o care giver, questi ultimi sempre più spesso minacciati nella loro integrità psico-fisica da carichi di lavoro o di sofferenza rilevanti (per lo più sono donne e solo per esigenze di spazio solamente si cita il problema della conciliazione del lavoro con il lavoro di cura) e quindi potenziali candidati ad ammalarsi. Tutto questo ovviamente amplia e aggrava le responsabilità dei servizi pubblici. Va altresì ricordato che il lavoro di distretto ormai ha consolidate abitudini negli approcci unitari agli assistiti e ai familiari, in tutte le fasce di età.

Ci piace immaginare che queste persone e famiglie possano trovare risposte alla NA nel proprio distretto, tanto da testimoniare un alto senso di appartenenza sentendole con il riconoscimento del “mio distretto”.

In un distretto all’altezza del suo mandato – e posto in condizione di agire in misura e senso appropriato – utenti e familiari dovrebbero trovare tutto ciò che serve per l’intero percorso di ge-

stione della NA: dall'informazione-accoglienza all'orientamento; alla valutazione; alla presa in carico, sviluppata in una progressione di setting di cura adeguati alle esigenze contestuali. Queste attenzioni si mantengono salde e solide nelle diverse fasi (lunghe, molto lunghe!) della malattia e della condizione, nei diversi luoghi di vita, secondo tipologie di assistenza (ambulatoriale, domiciliare, residenziale, semiresidenziale, eventualmente ospedaliera) tra loro connesse in intelligente e coerente continuità, erogate (dal sistema) e vissute (dall'individuo e dai familiari) sempre come rispettose della dignità e libertà.

A chi competa la regia di questo "ricamo" di interventi volti a tenere in equilibrio assistenza formale e informale rappresenta oggi probabilmente lo snodo ancora più scoperto e controverso. Il "fai da te" spesso prevale.

Nella nostra esperienza e premessa culturale, spetta al distretto, anche in base ad evidenze già disponibili che ciò effettivamente avviene, con apprezzabili risultati di efficacia, efficienza, economicità, equità, in molti dei nostri territori. Del resto, se è unanime il consenso sulla necessità di costruire e mantenere reti di supporto alla NA, si ribadisce che va identificato e sorretto adeguatamente chi questa responsabilità debba portare e quali istituzioni pubbliche debbano essere protagoniste. NA e distretto, a nostro giudizio, costituiscono un binomio inscindibile e virtuoso.

"...AL TEMPO DELLA CRISI"

A noi sembra che nel corso degli ultimi anni il problema della non autosufficienza sia stato valutato e affrontato non adeguatamente. Una delle principali motivazioni, avanzata dalle Istituzioni e dalla Società nel suo insieme, è data dalla scarsità di risorse necessarie a fronteggiare questa "epidemia" (v. oltre i commenti su questo termine sempre più in uso). Oggi corriamo il rischio di trascurare ancora di più l'argomento, dato che le limitazioni di questa natura sono divenute ancora più stringenti.

Nel corso dell'esposizione cercheremo di rilanciare

la questione sotto punti di vista diversi da quelli immediatamente collegati alle restrizioni economico-monetarie, inserendola in un più ampio contesto di considerazioni. Il tema della NA appartiene a pieno titolo alle protezioni del welfare, la cui esistenza oggi è minacciata e richiede viceversa maggiori cure e attenzioni soprattutto in questa partita, pena la sua scomparsa.

Attualmente per questa fascia di popolazione sono investite risorse pari a circa 1,28% del Pil (0,49% per la parte sanitaria), valore considerato unanimemente insufficiente. È necessario incrementarle, opzione ora improbabile, ma da porre comunque sin d'ora con convinzione tra le priorità per il futuro, a cui destinarne di nuove non appena disponibili. Tuttavia, già oggi potrebbe essere possibile fare di più ad isorisorse, con riorganizzazioni che diano maggiore forza al distretto, eliminando sprechi legati a cattiva conoscenza dei bisogni, con riequilibrio del rapporto domanda-offerta, puntando di più alla valutazione partecipata della resa e degli esiti delle azioni messe attualmente in campo.

Per questo, il distretto è bene che sia non solo sanitario, ma sociosanitario, ovvero ad alta integrazione, nel cui budget dovrebbero confluire risorse e fattori produttivi di parte sanitaria e sociale.

Come premessa, per molti versi anche conclusione, a nostro parere la cura e assistenza alle persone non autosufficienti richiede, prima di ogni altra riflessione sull'impatto della sostenibilità economica, maggiore apertura culturale, determinazione, motivazione diffusa, acquisita anche attraverso una saggia e capace opera di comunicazione sociale volta a trasmettere non timori ma valori. Gli impedimenti alla sostenibilità secondo noi sono generati innanzitutto dalla tolleranza sui valori "non negoziabili", dai dubbi di una società che stenta ad assumere responsabilità collettive.

Esistono in questa fase particolare del nostro Paese molti presupposti perché si possa procedere alla creazione di una sorta di "new-deal" per la non autosufficienza. Cercheremo di delinearne le opportunità. Le persone e i loro familiari ci chiedono

no di pensare che eventuali esposizioni debitorie dell'oggi per sostenerli rappresentano in realtà investimenti con ottima resa futura per tutti, ad esempio in quanto elevano la coesione sociale, uno dei determinanti della salute. In questo periodo di crisi economica occorre vigilare che non si diffonda anche una crisi di visione autentica del problema, si perdano di vista e magari si rinunci ai principi fondanti i nostri sistemi di protezione sociale.

L'esposizione che segue illustrerà, dopo alcune premesse di carattere generale, sei argomenti-chiave della NA dal punto di vista di chi opera nel distretto. Il testo nei box pone in immediata evidenza concetti e informazioni che ci sembrano essenziali per la comprensione del ragionamento, nonché i punti chiave utili ad una più facile consultazione dei contenuti del contributo fornito.

BACKGROUND

Attualmente il distretto agisce per la NA in un sistema complesso e molto variegato, che presenta alcuni nodi di carattere generale, riassunti nel box 1, condizionanti gli interventi a favore dei propri assistiti in condizione di non autosufficienza (NA).

Le principali criticità vissute nel distretto possono essere così sinteticamente riassumibili:

1. Si osserva un aumento costante della domanda, sempre più complessa, con divaricazione crescente rispetto alle capacità di risposta istituzionale ma anche privata; le risorse in campo appaiono sempre più insufficienti, se non in senso assoluto almeno rispetto ai bisogni (espresi o nascosti): questo genera insoddisfazione e frustrazione negli assistiti, nei loro familiari e negli operatori.
2. Si riscontra ancora un'eccessiva frammentazione delle risorse, delle competenze, degli inter-

venti; l'erogazione di benefici economici prevale largamente rispetto ai servizi. L'integrazione sociosanitaria e interistituzionale sono sfavorite da imperfetti meccanismi di coordinamento; non sempre al distretto viene assegnato in modo esplicito e definitivo il ruolo (pur già sancito da leggi e norme) di unità organizzativa specializzata nell'assistenza alle persone non autosufficienti; sussiste grande disomogeneità di azioni per la NA non solo tra i distretti di Regioni diverse, ma anche all'interno della stessa Regione.

3. Esiste una dissociazione tra l'enfasi enunciata dagli indirizzi istituzionali verso l'assistenza domiciliare e le reali capacità operative delle organizzazioni territoriali (dissociazione tra principi e pratiche), per cui essa ancora oggi si fonda largamente sull'assistenza informale privata, squilibrio che induce ad adottare soluzioni di tipo

BOX 1 - PER ORIENTARSI: alcuni nodi generali del sistema

1. Continuo spostamento a destra della curva delle età nella popolazione, con aumento dei "grandi anziani" e dei soggetti con bisogni complessi/elevati.
2. Prevalenza della "informal care" rispetto alla "formal care", in uno scenario prospettico di sicuro aumento dei soggetti necessitanti assistenza a fronte di altrettanto certa riduzione dei potenziali care givers.
3. Aumento delle persone ad alto carico assistenziale, soprattutto con deficit cognitivo.
4. Impatto di questo mutamento del quadro demografico ed epidemiologico nel mercato del lavoro e delle regole per il pensionamento (coinvolge soprattutto per le donne).
5. Incertezza sulle responsabilità collettive verso questi soggetti fragili e sui loro diritti tematici (LEA); forte pressione delle risposte "di mercato" con insufficiente/inadeguata presenza del versante pubblico; mancano i presupposti per lo sviluppo del mercato assicurativo e dei fondi integrativi di settore.
6. Riduzione delle attuali capacità di spesa pubblica e privata (quest'ultima sostiene ca. il 50% della spesa totale per la NA); timore di un collasso del sistema pubblico e di impoverimento dei privati.
7. Rischio di welfare delegante con risposte di bassa qualità.
8. Crescente attitudine del sistema pubblico a privilegiare, rispetto allo sviluppo dei servizi, l'erogazione di benefici economici, assegnati oggi con scarsa equità (vedi ad es. le indennità di accompagnamento) e con lo svantaggio di un'assenza di controlli sul loro utilizzo, di un elevato rischio di "lavoro di cura in nero".
9. Grandi disomogeneità territoriali nei servizi e tendenza a porre il baricentro dell'attenzione verso le strutture residenziali piuttosto che gli interventi domiciliari.
10. Scarso riconoscimento del lavoro delle famiglie, dell'offerta di respite care, dell'importanza della presa in carico nel tempo lunghissimo.

residenziale, sempre gravate da effetti collaterali per la persona assistita e da problemi di ordine organizzativo ed economico per il sistema.

Considerazioni preliminari alla lettura del testo

La condizione di non autosufficienza non è equivalente a quella di malattia, nemmeno se questa è di lungo termine.

Abbandonare i termini “cronicità” e “cronico”, da sostituire con parole quali “di lungo termine, di lunga durata”, può facilitare propositi e azioni verso interventi riattivativi-riabilitativi.

L'approccio alla persona anziana non autosufficiente richiede metodi e conoscenze tecniche specifiche, diffusamente presenti nei distretti, che devono sem-

pre coinvolgere i familiari nel progetto di cura.

Nella persona in condizione di NA generalmente si associano comorbidità, difficoltà personali del contesto socio-economico-relazionale, per cui è necessario un approccio integrato. Per questo, è preferibile l'indirizzo sociosanitario del distretto, organizzazione pubblica “specializzata” per interventi nella NA, “eccellente” quindi se manifesta non solo competenze sanitarie ma concretamente sociosanitarie. Nei paragrafi successivi mireremo soprattutto a presentare proposte fattibili, sviluppando alcuni temi centrali del lavoro di distretto a favore delle persone anziane con NA, nell'idea che, ove queste non siano consolidate, possano rappresentare uno stimolo e guida per il miglioramento.

MACRO-SCENARI DI INTERVENTO DEL DISTRETTO PER LE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI

È facilmente riscontrabile che i distretti operano in modo diverso nelle differenti realtà regionali, con interpretazioni della funzione poco omogenee. Non è facile quindi tracciare “un comportamento medio” verso questi assistiti, né avrebbe molto senso. Tuttavia, pur nelle molto differenti interpretazioni, il distretto a nostro parere si presenta ancora oggi come il miglior candidato ad organizzare nel territorio, in cui scorrono le vite di queste persone, gli interventi, e in particolare le azioni innovative in questo delicato ambito dei servizi alla persona.

In schematica sintesi, il distretto:

- può essere luogo di accettazione formale delle domande e di avvio dell'iter per l'ottenimento/erogazione di servizi e benefici (sia di tipo monetario che prestazionali);
- può offrire, attraverso il Punto unico integrato con i servizi sociali comunali, informazione ed orientamento, ed auspicabilmente anche una

prima temporanea protezione-presa in carico; ■ eroga prestazioni in modo diretto (con fattori produttivi propri) ovvero indiretto, attraverso convenzioni/contratti con soggetti esterni assicura l'offerta di servizi (es. domiciliari e residenziali) ed assicura continuità assistenziale.

A questo si aggiungono, e ne costituiscono fondamento, le attività territoriali proprie delle cure primarie svolte dai Mmg e dai medici dell'assistenza primaria, che, anche in questo caso in modo variegato, costituiscono risorse del distretto.

Per trovare occasioni di miglioramento si illustrano alcune pratiche, che conosciamo come consolidate in moltissimi distretti. Una loro matura e uniforme attuazione, con buon coordinamento e continuità, potrebbe facilitare l'accettazione dell'idea che, per questa materia, al distretto merita affidare il compito specifico (specializzato) di cura e assistenza della persona in stato di NA.

BOX 2 - PER ORIENTARSI: ruolo preminente del distretto nella non autosufficienza

Il distretto, preferibilmente di tipo sociosanitario, rappresenta la struttura operativa che meglio può organizzare ed offrire risposte unitarie, globali, coordinate, continuative, quindi integrali ed integrate, alle domande complesse vissute dalle persone e famiglie che affrontano una condizione di perdita dell'autonomia. Il suo lavoro di prossimità territoriale è tanto più incisivo quanto più integrato con quello dei servizi sociali, personalizzato, flessibile nel tempo rispetto all'evoluzione delle condizioni delle persone e del contesto di vita.

1. **Accoglimento-informazione-primo orientamento:** è esperienza comune riscontrare il disorientamento e la disperazione vissuti dai familiari che iniziano a vivere l'esperienza di assistere una persona anziana con perdita dell'autonomia. Da innumerevoli ricerche, sondaggi e dal lavoro quotidiano emerge costantemente che la prioritaria richiesta ed attesa dei cittadini è rappresentata dall'esigenza di avere un punto di contatto di facile accesso, disponibile all'ascolto, competente nello spiegare "le regole del gioco", le varie opzioni delle possibili soluzioni e rimedi. Se in questa fase di primo contatto l'istituzione riesce a farsi percepire come alleata (empatica) delle difficoltà manifestate, la domanda spesso si ridimensiona, cala la tensione dei richiedenti e cresce la loro soddisfazione per i servizi resi, influenza positivamente l'efficacia dei passi successivi della presa in carico; non infrequentemente la domanda espressa può anche chiudersi qui. È necessario pertanto investirvi ancora di più, con priorità assoluta, anche negli aspetti quantitativi e qualitativi (formazione ad hoc) del personale dedicato.
2. **Valutazione dei bisogni:** chi lavora nel distretto crede ovviamente al valore della mediazione tecnica del bisogno. Ciò per noi costituisce oggi una convinzione ex-post più che ex-ante, avendo sperimentato l'utilità della valutazione multidimensionale-multiprofessionale nei successi degli interventi. Essa ovviamente è premessa inevitabile alla progettazione delle risposte personalizzate. Nella valutazione, necessariamente multidisciplinare, sguardi congiunti si pongono l'obiettivo di ricostruire una mappa unitaria bisogni-risorse, tra le quali si deve avere la capacità di includere sempre la persona stessa e la famiglia, per renderle soggetti e non solamente oggetti destinatari dei servizi e delle prestazioni (per quanto ricchi ed articolati).
3. **Il progetto individualizzato:** costituisce l'esito della valutazione, rendendola concreta, viva e tangibilmente utile. Non a caso, oggi in qualche realtà distrettuale l'UVD si è evoluta in UMP, unità multiprofessionale di progetto. Nel progetto sono descritte le azioni da intraprendere, l'intensità quali/quantitativa, la scansione temporale, le corresponsabilità di attuazione da parte dei vari attori (appartenenti alle istituzioni o all'ambito informale) e, a nostro parere irrinunciabilmente, identificato il case manager.
4. **La presa in carico:** sulla scorta del progetto, la sua realizzazione sostanzia la presa in carico; in corso d'opera questo potrà essere aggiornato in funzione di mutamenti del contesto, delle esigenze, sempre con la finalità del massimo beneficio possibile per l'individuo e la famiglia. La presa in carico, oltre a caratterizzarsi per indici di complessità proporzionati alle esigenze, esprime la sua credibilità soprattutto nell'adattamento temporale. La presa in carico è tale solamente se così è percepita dai destinatari e, data la duratura condizione di NA, "tiene nel tempo lungo", ovvero si protrae nel lungo-lunghissimo periodo, senza venire mai meno, anche quando peggiorano le malattie e le difficoltà di vita correlate al deteriorarsi delle funzioni vitali e/o all'incapacità dell'ambiente di cura domiciliare-domestico di farvi fronte. È caratteristica di un "buon" lavoro distrettuale non desistere, non ritirarsi, (oggi si direbbe "non abbandonare la nave" ...), "darsi da fare" anche quando molti o molto potrebbero affermare "non c'è più niente da fare".
5. **La formazione-educazione dei care giver:** merita un cenno specifico a parte questo nuovo impegno esercitato da qualche distretto più pronto a seguire l'evoluzione dei bisogni e ad adattarsi alle diverse esigenze. Nella NA questo aspetto è fondamentale. È importante non solo per assicurare indici di copertura più efficaci lungo tutto l'arco della giornata, nelle lunghe settimane e mesi, allargando la cerchia delle persone di cura competenti, ma soprattutto per aumentare le capacità di adattamento dei care giver (coping and adap-

ting), sempre a rischio di incorrere in carichi di sofferenza a loro volta patogeni.

6. **La valutazione degli esiti:** in sanità, e forse ancor più nel mondo del sociale, la principale preoccupazione da tempo è rivolta alla spesa, alle risorse e ai fattori produttivi da acquistare-consumare (l'input – generalmente visto come da ridurre); a questa nel tempo, in una visione simil-tayloristica certamente qui impropria, si è affiancata (o sostituita) quella sulla “produzione e produttività” (l'output, ovviamente atteso in aumento). In tutto ciò è rimasto coinvolto anche l'ambito del lavoro di cura nella NA, a nostro parere penalizzandolo. Oggi, fortunatamente, si assiste ad una crescente valorizzazione dell'aspetto ben più pregnante dell'attenzione alla valutazione degli esiti (outcome, volti all'ottimizzazione): i risultati e la resa degli interventi rappresentano da un lato punto di arrivo, dall'altro punto di partenza per conoscere l'impatto sulle persone di quanto agito. Su questo aspetto occorre trovare il modo di coinvolgere maggiormente le UVD/UMP, il cui lavoro oggi viceversa spesso si rivela troppo sbilanciato nella sola fase valutativa-progettuale.

Un distretto che riesca a dare matura e uniforme attuazione alle sei fasi di lavoro può meritare l'attributo di “eccellente”. “L'eccellenza” non può essere collegata solamente all'alta tecnologia. Ben di più vale l'alta relazione e umanizzazione delle cure; espressioni di “pratiche high-touch” meritano maggiore considerazione di quelle “high-tech”.

Occorre valutare l'opportunità di costituire all'interno dei distretti “unità funzionali integrate per la non autosufficienza”, cui affidare il compito di valutare, insieme a soggetti terzi, l'intero ci-

clo delle diverse fasi del percorso, con lo scopo di suggerire miglioramenti continui verso servizi sempre migliori tarati sulla centralità delle persone. Una valutazione partecipata dei servizi per la NA riguardo agli aspetti dell'input, dell'output e, soprattutto, dell'outcome può costituire una vera innovazione e progresso del lavoro nel distretto.

Per realizzare tutto questo occorrono professionisti capaci, per molti versi specializzati, le cui diverse attività richiedono un coordinamento ed una regia unica/unitaria. Questi due soli aspetti giustificano ampiamente l'esistenza del distretto. Ancora, il distretto può esercitare la funzione di stimolo e garanzia verso l'obiettivo primario degli interventi: il recupero-riattivazione-riabilitazione del funzionamento globale del soggetto, non solamente il mantenimento dello status quo o una “generica manutenzione” della persona (box 3). Questo, certamente non sempre effettivamente possibile da raggiungere, ma altrettanto sicuramente sempre da perseguire, conferisce vero valore agli interventi (value for money). Al di fuori di questa prospettiva si tornerebbe ad un passato in cui la perdita dell'autonomia nell'anziano era per lo più vissuta come situazione immodificabile, per molti (erroneamente) epifenomeno ineluttabile dell'invecchiamento.

Enfatizziamo questo aspetto, perché ci sembra scontato. Sarebbe di aiuto anche usare parole diverse da quelle usualmente pronunciate: ad esempio, perché non parlare di (e realizzare) “azioni-interventi per l'autonomia possibile” invece che “per la non autosufficienza”? Se il distretto potrà contribuire anche solamente a rovesciare l'attitudine culturale e operativa votata all'inerzia, rivitalizzando contesti di rassegnazione, avrà già raggiunto un buon successo.

BOX 3 - PER ORIENTARSI: nel lavoro territoriale-distrettuale per la non autosufficienza

I paradigmi del lavoro territoriale nella NA non possono essere quelli della guarigione, bensì della cura continuativa, della tensione al mantenimento o al recupero maggiore possibile dell'indipendenza/autonomia.

Il “buon” distretto transita dalla logica di intervento sul sostegno alla dipendenza verso quella per il conseguimento dell'autonomia possibile.

Risorse ed azioni di riabilitazione-riattivazione-recupero della persona NA, più che per l'accudimento conservativo, rappresentano sempre il miglior modo di spendere i soldi e divengono così i migliori investimenti.

PRENDERE IN CARICO: DOVE? COME?

Il distretto “forte” è in grado di offrire risposte articolate per l'autonomia possibile in diversi setting di cura, quindi con servizi di assistenza domiciliare, residenziale, semiresidenziale. Per questo la funzione distrettuale spazia da quella di produzione a quella di governo, alla committenza, alla facilitazione della messa in rete. Tanto maggiori e migliori saranno, tanto più potrà esserci coordinamento efficace e continuità assistenziale, requisiti che condizionano in modo importante la qualità finale dei risultati.

L'assistenza domiciliare

Posto che le cure domiciliari offerte dal sistema pubblico (sanitario e sociale) è bene costituiscono il primo pilastro e l'architrave portante di un sistema per la NA, oggi si osserva invece che questo ancora non è dato in molte parti del Paese. Forse, almeno per l'ambito sanitario, questo non è avvenuto quando si sono lasciati “deboli” i distretti; viceversa, l'offerta è oggi almeno decorosa, soprattutto in relazione alla flessibilità e alla continuità assistenziale, quando sono stati proiettati ad essere strutture “forti”.

CARD da sempre coltiva questo argomento, ritenendolo centrale nello sviluppo dei servizi territoriali, naturalmente prioritario quando si affronta la NA. Senza ripetere quanto affermato nel “Manifesto per le cure domiciliari” presentato al Congresso Nazionale CARD del 2011 e ripreso e ampliato nel “Secondo Rapporto sulla non autosufficienza in Italia, 2011”, del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (cap. 4.3.1), pre-

me qui sottolineare che in queste condizioni, quantomeno sicuramente nelle sue forme meno impegnative, l'opzione domiciliare costituisce il cardine essenziale del sostegno alla persona e ai familiari, preferibile soprattutto perché la più adattabile ai livelli di gravità/intensità.

Ciò vale in primis con riferimento all'assistenza formale, da potenziare, che rappresenta il migliore riconoscimento delle Istituzioni per il lavoro di cura svolto dalle famiglie. A chi sostiene la necessità di lasciare o dare più spazio all'assistenza domiciliare di tipo informale, rispondiamo che questa ha valore se poggia su solidi servizi organizzati dall'ambito pubblico, secondo noi attraverso il distretto, dotato per questo di adeguate risorse proprie, oppure derivanti da esternalizzazioni-convenzioni (v. oltre).

In tema di nuovi interventi del distretto, merita qui dar rilievo all'educazione-istruzione delle assistenti familiari, le c.d. “badanti”. Sono risorsa ormai diffusa in tutto il territorio nazionale, esclusivamente privata, salvo considerarla soluzione che si avvale del supporto pubblico in quanto i costi sono quasi sempre sostenibili grazie alle indennità di accompagnamento o ad altri contributi economici erogati dal settore pubblico. Il distretto può ben entrare in gioco con i percorsi di formazione di questo personale, cercando di diffondere l'acquisizione delle competenze minime, a tutela della qualità assistenziale. Esistono numerose esperienze di distretti in cui si sono svolti con successo questi corsi di formazione, che hanno contribuito ad elevare la capacità di fronteggiare

BOX 4 - PER ORIENTARSI: (s)punti essenziali sull'assistenza domiciliare

Per l'assistenza domiciliare attualmente le Asl spendono ca. l'1% dei propri budget. Si calcola che per “ADI” sia investito l'1% del PIL, cui si aggiunge lo 0,29% per i servizi domiciliari sociali (come riferimento generale, si ricorda che il 26% del PIL è dedicato a sanità e previdenza).

Circa il 5% della popolazione anziana è raggiunta da servizi domiciliari pubblici (varie tipologie).

In Italia nel 2009 sono stati trattate in ADI 450.000 persone (+ 70.000 vs 2007), ma con presenza discontinua e di bassa intensità.

1,5 milioni sono i lavoratori subordinati domestici (colf+“badanti”), di cui il 75% stranieri.

Circa 900.000 si pensa siano oggi le “badanti” in Italia, ma la cifra è ritenuta da molti sottostimata (in ogni caso, il valore è circa il doppio degli utenti di cure domiciliari o degli ospiti in residenze!). I costi, a totale carico delle famiglie, superano ormai i 10 miliardi di euro/anno (per indennità di accompagnamento lo Stato nel 2010 ne ha spesi 14).

Un cittadino ultra65enne su sei - dieci al Nord - dispone oggi di una “badante” (7% in media in tutto il Paese), valore che sale al 48% delle persone non autosufficienti; in media queste assistenti lavorano in casa per 5 hr/die.

a casa situazioni molto impegnative, a riprova di quanto flessibili ed innovative debbano essere le competenze distrettuali.

Per completezza, riportiamo “i titoli” di alcune riflessioni aggiuntive meritevoli di citazione, rimandando ad altre occasioni gli approfondimenti:

- è provato che in assistenza domiciliare non si fa meno che in assistenza residenziale;
- in una visione “terapeutica”, le cure domiciliari ben condotte sono sostanzialmente prive di “effetti collaterali”, con la sola eccezione di porre attenzione alle situazioni ad elevato rischio di istituzionalizzazione domestica a causa di protratto isolamento, esclusione sociale e solitudine;
- un circuito di cure domiciliari pubbliche è pienamente efficace (credibile) se, oltre ad essere globale e comprensivo, è in grado di offrire anche interventi in urgenza ed emergenza, sia per esigenze di tipo sanitario che sociale (Adi effettiva); per questo servono reti di attori ancora più sinergiche, appartenenti non solo a soggetti pubblici, ma comunque ben coordinate tra loro da un organismo unico, che nella nostra idea dovrebbe essere il distretto;
- è indispensabile intensificare la diffusione, anche sperimentale, delle tecnologie per la home care, che possono elevarne efficacia ed efficienza. Molti Paesi europei (ad es. Inghilterra, Danimarca, Svezia) stanno investendo ingenti risorse (dalle decine alle centinaia di milioni di euro) nel settore della telemedicina, teleassistenza, telemonitoraggio, teleinformazione, nell’idea che queste tecnologie possono arricchire (in parte

sostituire) gli interventi degli operatori del territorio, aumentando le possibilità di lunga permanenza a casa in sicurezza, riducendo i rischi di ricovero (in ospedale o casa di riposo) e le preoccupazioni dei familiari.

L’assistenza residenziale

L’assistenza residenziale è l’opzione assistenziale cui più spesso si pensa di ricorrere nella NA, sia da parte dei parenti sia di molti operatori. Non si conoscono dati attendibili se questa propensione coincida anche con le preferenze degli stessi soggetti anziani assistiti. Ovviamente tali scelte sono fortemente condizionate dall’offerta locale. Il distretto interviene in questo settore con molteplici attività, tutte rilevanti e complesse: a) nei confronti della persona attraverso le valutazioni pre-ingresso (in genere mediante UVD/UVG); b) per l’organizzazione del sistema, con la partecipazione alla programmazione dei fabbisogni, delle autorizzazioni o accreditamenti, alla stesura delle convenzioni con le strutture residenziali, strumento di gestione e garanzia della qualità assistenziale. Si richiama anche qui l’attenzione sulla necessità di disporre nel distretto di competenze all’altezza di queste funzioni; ove non esistenti, ovviamente la qualità delle azioni ne risente, con ripercussioni negative facilmente intuibili.

In genere si sente parlare di “ricovero in casa di riposo”: auspichiamo che questa dizione sparisca dal gergo sia degli operatori sia dei profani. Di gran lunga preferibile sarebbe pensare e agire in-

BOX 5 - PER ORIENTARSI: l’assistenza residenziale

I dati disponibili indicano che negli ultimi anni l’uso dell’assistenza residenziale è rimasto sostanzialmente invariato, è molto difforme tra le varie Regioni, anche per le notevoli disparità di offerta (con picchi speculari di eccesso o carenza-assenza di offerta).

Attualmente, nella popolazione anziana il tasso di utilizzazione della lungodegenza e della riabilitazione è, rispettivamente, 0,8% e 2,5%; quello delle residenze 1,2%. Nel 2005, 350.000 (valore arr.) anziani sono stati ospitati in 265.000 posti letto. Il tasso di utilizzo delle strutture per anziani era superiore al 90%.

Quanto a gestione e proprietà: nel 67% sono strutture private, 33% pubbliche; delle private il 22% apparteneva a imprese non profit, il 17% ad Enti religiosi; un ulteriore 18% a società private commerciali.

Il tasso di ricoverati per mille abitanti ultra65enni è del 18‰ (11‰ M, 25‰ F); la metà di essi presenta una demenza.

Il tasso di istituzionalizzazione in Italia è stabile da anni, attorno al 3% della popolazione totale. Alcuni fenomeni possono spiegare il dato: diffusione delle assistenti familiari (sono quasi un milione); alti costi a carico diretto delle famiglie (mediamente attorno ad almeno 15.000 €/anno; range 1.500- 2.550 €/mese); offerta variegata (da 0,7% p.l. in Val d’Aosta, a 50% in Friuli V. Giulia; incerta e reticente accettazione ad accogliere la crescente domanda di assistenza a persone con demenza.

Il 50-60% delle rette è a totale carico degli utenti o dei familiari; nel 35% vi è contribuzione pubblica alla copertura della spesa; solamente l’8% degli ospiti non paga nulla (indigenti).

vece in termini di “soggetto per il quale è adeguata l’assistenza residenziale”, ad evidenziare che non si tratta di offrire riposo (sfuggendo alla possibilità che diventi eterno) bensì un forte impegno di lavoro con finalità ricapacitative del soggetto. Nemmeno appropriato è il termine “ricovero”, in quanto l’ingresso in struttura residenziale non può essere evento assimilabile al ricovero ospedaliero. Piuttosto, consiste in un’accoglienza in un processo idealmente condiviso e attivo fin dalle fasi iniziali. Anche su questo si concentra il lavoro degli operatori del “buon” distretto, per verificare che esso sia inevitabile (giudizio che deve emergere dalla valutazione in UVD/UMP, a garanzia della persona), privo di “effetti collaterali” (sempre probabili, a differenza dell’Adi), parte di un programma finalizzato e personalizzato, inserito in un percorso continuativo in cui la permanenza o il rientro a domicilio devono essere sempre obiettivi primari. Preme infine sottolineare che gli operatori del distretto che vogliono collocare in una giusta prospettiva l’assistenza residenziale è bene tengano presenti tre nodi fondamentali:

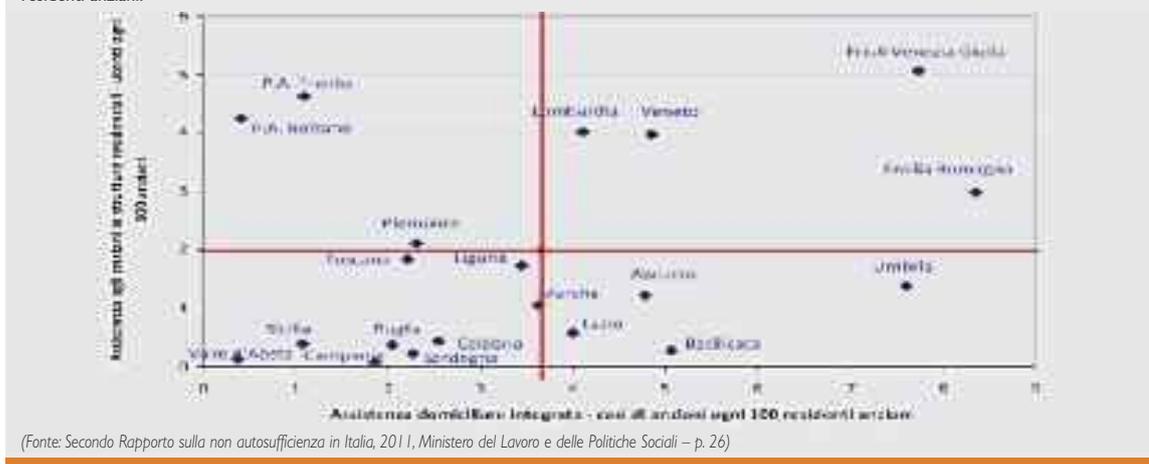
1. Chi si occupa della persona anziana non autosufficiente ha nelle sue mani la vita di questa persona. È dovere delle Istituzioni pubbliche tutelare questa vita sacra e assumersene la re-

sponsabilità, tanto più quanto più essa diviene fragile.

2. Serve un impegno comune per il rispetto dei diritti del soggetto fragile in struttura residenziale. Tra i compiti del distretto dovrebbe rientrare quello di organizzare un’offerta di elevata qualità il più possibile vicina ai luoghi di vita usuali dell’anziano, complementare e realmente paritaria rispetto all’alternativa domiciliare o semiresidenziale, contribuendo a rendere questi Lea opzioni parimenti attraenti e convenienti per la persona, per i familiari, per il sistema.
3. Costituisce priorità orientarsi verso una ospitalità temporanea, con l’obiettivo prioritario del rientro a casa grazie a programmi di recupero-riattivazione-riabilitazione, che non devono mai recedere anche nell’ipotesi di una permanenza definitiva, quantomeno per mantenere stabili le condizioni iniziali. In ogni caso, va condivisa fra tutti la consapevolezza che all’ospite si stanno imponendo condizioni di vita nuove e molto diverse. La buona assistenza accompagna questo cambiamento, per contrastare ed evitare lo scadimento della qualità della vita, il senso di solitudine o abbandono. Non può essere solamente compito del distretto trovare giusti equilibri tra le risposte di assisten-

FIGURA 1 - PER ORIENTARSI: residenzialità e domiciliarità nelle Regioni italiane

La figura correla l’assistenza agli anziani in strutture residenziali – utenti ogni 100 anziani – con l’assistenza domiciliare integrata – casi di anziani ogni 100 residenti anziani.



(Fonte: Secondo Rapporto sulla non autosufficienza in Italia, 2011, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – p. 26)

za domiciliare e residenziale, ma certamente dovrebbe sempre far sentire la sua voce e le giuste ragioni a chi porta le responsabilità supreme.

Nella figura 1 si riporta un'utile rappresentazione grafica in cui si possono vedere le comparazioni regionali tra assistenza residenziale o domiciliare. Si osserva come lo sviluppo dell'una o dell'altra presenti uno sviluppo armonico in poche realtà, a conferma che esistono dei pregiudizi ("ideologie"?), che un "buon" distretto potrebbe correggere, a vantaggio di tutto e di tutti.

L'assistenza semiresidenziale - i centri diurni

In Italia non è ancora pratica diffusa. Tuttavia, ultimamente stanno diffondendosi i centri diurni "assistiti" orientati all'accoglienza delle persone anziane con deficit cognitivo, tema secondo noi talmente rilevante da meritare pur breve citazione separata (vedi oltre, paragrafo successivo).

Il distretto dovrebbe farsi parte attiva per la diffusione e crescita dei centri diurni. Così come

in ogni distretto dovrebbe funzionare un servizio domiciliare medico-infermieristico almeno 12h/7, meglio se esteso 24h/7, nonché una gamma di offerta residenziale adeguata quali/quantitativamente alle esigenze dei residenti, a buona ragione a queste due opzioni assistenziali bisognerebbe aggiungere anche quella dell'assistenza semiresidenziale, che, senza lasciarsi fuorviare dal termine, va intesa come pratica rientrante tra quelle più vicine alla domiciliarità piuttosto che alla residenzialità.

Un freno alla loro diffusione e richiesta sta certamente nella scarsa attrattiva economica per gli ospiti, dato che generalmente i costi sono poco diversi da quelli di una residenzialità non intensiva. I vantaggi della frequentazione dei centri diurni si vanno via via però rendendo sempre più evidenti rispetto al rallentamento del decadimento cognitivo, ai comportamenti problematici, oltre che – è più intuitivo – costituire funzione di respiro per i familiari.

BOX 6 - I centri diurni integrati

In Italia nel 2006 erano stati censiti poco meno di 700 centri, per un totale di 12.000 posti e 16.000 utenti (123 giornate/utente). 85 erano dedicati a persone con M.di Alzheimer (1.680 posti).

LA DEMENZA

La demenza rappresenta oggi la più impegnativa espressione della NA della persona anziana.

Senza dilungarsi, si sottolinea qui che questo problema, sia per gli aspetti della difficoltà terapeutica (sostanzialmente assenza di farmaci efficaci) sia per quelli assistenziali – soprattutto per la lunga durata – è considerata da tutti, tecnici e familiari, la più temibile e gravosa forma di NA, in quanto sempre progressiva, dalle necessità assistenziali sempre crescenti, generatrice di carichi di sofferenza e impegno economico-assistenziale incrementali, fino a livelli schiacciati, sicuramente possibili quando la sua durata sia pluriennale.

Va riconosciuto che purtroppo le Istituzioni ita-

liane hanno iniziato ad accorgersi della dimensione del fenomeno quando era già esploso e a quel punto difficilmente gestibile. L'impreparazione del mondo dell'assistenza ha erroneamente alimentato le attese verso soluzioni medico-farmacologiche e confidato senza fondamento nelle competenze della scienza, senza giungere a considerare il problema, almeno fino a quando non esisteranno terapie veramente efficaci, come eminentemente proprio dell'assistenza sociale, che è visibilmente sottodotata rispetto al problema (vedi box 7). Le enormi restrizioni del fondo nazionale per la non autosufficienza testimoniano quanto lontano sia un approccio realistico ed equo della situazione.

BOX 7 - PER ORIENTARSI: gli interventi dei comuni

Nel 2008 i Comuni italiani, in forma singola o associata, hanno destinato agli interventi e ai servizi sociali 6 miliardi e 662 milioni di euro, un valore pari allo 0,42% del Pil nazionale. La spesa media pro capite è pari a 111 euro, ma le differenze territoriali sono significative: si va da un minimo di 30 euro in Calabria a un massimo di 280 nella provincia autonoma di Trento. Al di sopra della media nazionale si collocano tutte le regioni del Centro-Nord e la Sardegna, mentre il Sud (escluse le Isole) presenta i livelli più bassi di spesa media pro capite (52 euro), circa tre volte inferiore a quella del Nord-est (155 euro).

Senza ripetere quanto ampiamente disponibile in letteratura, il racconto di come in un distretto si possa vivere un caso ci sembra possa dare maggiore incisività all'esposizione (box 8).

BOX 8 - PER ORIENTARSI: il distretto per le persone i cui ricordi svaniscono - un racconto invece di altre parole

Giulia è una signora di 85 anni. Vedova da 15 anni, vive da sola con la sua pensione minima, in un piccolo appartamento in un caseggiato di edilizia popolare di periferia. Esce pochissimo di casa, solamente se accompagnata. Da circa tre anni, l'unica figlia (Anna, 58 anni) le fa visita un paio d'ore ogni giorno, non senza rimostranze dei suoi familiari (marito e 3 figli si sentono per questo trascurati), per evitarle totale solitudine e isolamento. Le tiene in ordine la casa, le porta la spesa, cucina, si assicura che mangi in modo adeguato almeno una volta al giorno, che assuma correttamente le medicine (tante). Giulia è dipendente per tutte le attività quotidiane. La sua storia per il distretto inizia tre anni fa, quando la figlia si era rivolta al medico di famiglia avendo osservato nella madre crescenti problemi di memoria, difficoltà a prendersi cura della casa, incapacità a cucinare; nel fare le spese aveva smarrito somme importanti di denaro. Giulia aveva anche iniziato a manifestare momenti di aggressività e disturbi comportamentali (inversione sonno-veglia, urla di notte). Il Mmg, su richiesta della figlia, l'aveva inviata al Centro Distrettuale per le demenze, ove le era stato diagnosticato: deterioramento cognitivo lieve di probabile tipo primario (MMSE 22/30); ridotta autonomia per gli atti strumentali (IADL 4/8), parzialmente conservata l'autosufficienza per gli atti quotidiani della vita (ADL 6/6). Gli specialisti del team Distrettuale (psicologo, neurologo, geriatra, infermiere esperto) avevano spiegato alla figlia che allo stato era improbabile l'ottenimento dell'indennità di accompagnamento. Per trovare sostegni alternativi era stata indirizzata al Punto Unico Integrato del Distretto per preparare insieme la domanda di ottenimento dei benefici economici connessi al fondo regionale per l'autonomia possibile e l'assistenza diretta dei servizi sociali del Comune. Inoltre, era stato contattato il Centro di salute mentale che, per l'insonnia e l'aggressività, aveva concordato con il Mmg una terapia con farmaci e programmato il monitoraggio trimestrale. A distanza di tre anni dal primo contatto con il distretto, Giulia ancora oggi vive a casa. Sono ben controllati (quasi risolti) i problemi comportamentali (prosegue la terapia con psicofarmaci), anche se all'ultima valutazione cognitiva – è rivalutata annualmente dal punto di vista cognitivo e neurologico – si è riscontrato un netto peggioramento delle capacità cognitive (MMSE 14/30), e scadimento degli atti di vita quotidiani (ADL 3/6 – non si lava più da sola, presenta occasionale incontinenza e la figlia deve provvedere anche al cambio d'abito). La figlia continua a partecipare 2-3 volte all'anno agli incontri distrettuali di gruppo di educazione terapeutica e di sostegno psico-emotivo, e occasionalmente riceve consulenza personale. Ultimamente il distretto l'ha aiutata a preparare la domanda di aggravamento per l'invalidità civile; ha ottenuto l'indennità di accompagnamento, grazie alla quale ha assunto una "badante", circa 5 ore al giorno per 5 giorni alla settimana, pagata grazie a questo beneficio e al contributo del fondo regionale (in totale circa 800 euro/mese). La figlia riesce così ad essere un po' più libera per prendersi cura di sé e della propria famiglia, ad aver qualche momento di respiro. Giulia, dopo una resistenza iniziale, ha tratto grande beneficio dalla relazione con la "sua badante"; il suo tono dell'umore è cresciuto e ha accettato la proposta degli operatori del distretto, che volevano rafforzare la sua socializzazione, di inserirsi nel Centro Diurno Assistito distrettuale. Questo consente, tra l'altro, di "coprire" i due giorni della settimana "scoperti" dall'assenza della "badante". La spesa è sostenuta grazie ad un ulteriore contributo economico collegato al budget di salute individuale distrettuale (pari circa a 140 euro/settimana, per la retta giornaliera e il servizio di trasporto). In prospettiva, la situazione sembra poter "tenere" e non sembrano probabili eventi imminenti in grado di alterare una situazione per ora stabilizzata.

DISTRETTO, INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA, NON AUTOSUFFICIENZA

L'integrazione sociosanitaria è indispensabile per affrontare le persone con problemi complessi, così numerose tra quelle in condizioni di NA e tali da richiedere risposte altrettanto complesse. A parte lo strumento della delega dei Comuni alle Aziende sanitarie, a nostro parere sono ancora insufficienti e imperfetti gli strumenti istituzionali per realizzare l'integrazione delle risorse delle due parti (sanitaria e sociale). Uno degli aspetti fondamentali del progetto sta nella definizione della mappa problemi-risorse e qui ci sembra interessante indicare possibili approcci innovativi per fondere tra loro le risorse di provenienza multi-istituzionale con quelle della persona, della famiglia, della comunità.

Se la metodologia del progetto personalizzato costituisce la forma più avanzata di trasferimento nella pratica del riconoscimento della complessità, i tempi sono maturi per introdurre strumenti coerenti. L'idea è far convergere le risorse dell'ambito sanitario e sociale in un'unica "dote" sociosanitaria della persona, per congiungere ciò che anche le norme identificano come prestazioni "indistinguibilmente e inscindibilmente" legate (prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria). Questo può avvenire sia a livello "macro-istituzionale" che "micro-individuale". Il primo - livello macro - contempla l'opportuni-

tà di creare un “Fondo nazionale sociosanitario”, “terza gamba” del sistema di welfare per la persona, da affiancare alle altre due, quella del fondo sanitario e del fondo sociale, da cui si dovrebbero estrarre quote da far confluire a questo scopo nel terzo fondo (ovviamente, ripartendolo tra le Regioni, secondo criteri nuovi di pesatura capitaria). Potrebbe consentire di superare le criticità delle “zone grigie” (di confine) delle prestazioni e competenze sanitarie/sociosanitarie o socioassistenziali, che spesso frenano o bloccano la realizzazione delle risposte integrate per i problemi complessi. Il secondo, a livello micro, è mirato direttamente alla persona con NA: si riferisce alla possibilità di costituire un “paniere” di risorse integrate personalizzate, di provenienza sanitaria e sociale, costituito da servizi e, molto meno, da contributi economici, che confluiscono nel “budget individuale di salute”, in cui sono posti in equilibrio gli obiettivi di salute del programma personalizzato con le risorse, correlate alle azioni per il raggiungimento di tali obiettivi in un dato arco temporale. Si tratta di agire a livello locale, molto decentrato, in prima ipotesi a livello di distretto/ambito. Azienda Sanitaria locale e Servizi Sociali dell’Ambito (Comune) trasferiscono alle unità decentrate (distretti, unità operative zonali dei SSC) una quota delle loro disponibilità attuali (e, in prospettiva, quelle future) sotto forma di budget annuale specifico, su cui gli operatori possono contare per una determinata serie di interventi ad alta integrazione, mirati sui casi più problematici. L’impatto di una simile iniziativa sarebbe positivo per qualità e tempestività delle risposte a favore delle persone con stati di NA ad elevata complessità, evitando agli operatori dispendio di energie per negoziare “chi paga cosa”. Ciò darebbe immediato impulso evolutivo all’integrazio-

ne professionale e gestionale, in discendenza da innovative modalità di integrazione istituzionale.

In sintesi, rimandando ad altre trattazioni per alcuni approfondimenti, questo “portafoglio congiunto” – in disponibilità al distretto/ambito – diviene lo strumento coerente con la mappa problemi-risorse collocata al centro del programma individualizzato. Ancora, in questa ipotesi appare vincente il fatto che si stimola la ricerca di “soluzioni alternative sostitutive ad isorisorse”, con responsabilità dei professionisti a riconvertire le risorse delle risposte “tradizionali” (ad es., spostando quelle impiegate per assicurare l’assistenza residenziale verso opzioni domiciliari, globalmente intese, sostitutive, di maggiore efficacia ed economicità), confezionando una sorta di “abito su misura”, evoluzione avanzata dell’auspicata “umanizzazione delle cure”. Ulteriore vantaggio è costituito dal fatto che in questo modo i contributi non sono più erogati alle strutture ma alle stesse persone assistite (leggi: non più finanziamenti standard a strutture o servizi, ad es. di tipo residenziale, bensì risorse legate direttamente alla persona, soluzione molto più flessibile e meno soggetta a sprechi).

Il budget di salute individualizzato così immaginato e agito valorizza un’altra risorsa molto importante, che va via via facendosi sempre più presente nella NA: l’amministratore di sostegno, che può così partecipare più attivamente alla costruzione del “paniere” e al monitoraggio del consumo di risorse e all’esito ottenuto.

Infine, la pratica del budget di salute genera la diffusione della valutazione degli esiti; può contribuire a rivedere le strategie di uso delle risorse, in primis le pratiche di assegnazione e utilizzo delle indennità di accompagnamento, oggetto di ampia riconsiderazione, che attualmente costituiscono il pilastro portante degli interventi pubblici per la NA (vedi box 9).

BOX 9 - PER ORIENTARSI: le indennità di accompagnamento

1,2 milioni sono i cittadini che percepiscono l’indennità di accompagnamento (+58% dal 2004 al 2010; nel decennio precedente +20%). La copertura è pari al 12,5%. Nel complesso il numero dei pensionati per invalidità e assegni sociali ammonta, al 31 dicembre 2010, a 4 milioni 480mila. Si tratta di circa 2 milioni 115mila maschi e 2 milioni 365mila femmine che vivono nel 15,9% dei casi nel Nord-Ovest, mentre il 19,9% risiede nel Nord-Est, il 21% nel Centro, il 28,9% nel Sud e il 13,7% nelle Isole. Per queste è impegnato oggi lo 0,56% del PIL (vs 0,49% per SSR, 0,13% per socioassistenziale) con un incremento + 0,14% negli ultimi 6 anni. Negli ultimi 10 anni la spesa è quasi raddoppiata (da 8 a 14 mil. € - valori arr.). Molti ritengono che, per le dimensioni raggiunte, non può più essere considerato strumento del tutto equo e di efficacia ottimale, rispetto all’investimento.

A nostro parere, per rafforzare questo istituto negli aspetti di equità ed efficacia, oltre che di efficienza, un'idea (con)vincente potrebbe essere quella di congiungere la visione medico-legale, propria delle commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile, con quella, ad orientamento clinico-assistenziale, delle équipes multidisciplinari (UVD, UMP, ecc.), in modo da ampliare la visione globale, le analisi di appropriatezza di assegnazione e uso, sostanzialmente con il fine di ricomporre un bilancio costi/benefici/equità. In altri termini, si tratta, a nostro avviso, di inserire questa indennità, indipendentemente dai criteri e vincoli per la sua assegnazione, nel programma personalizzato e in particolare tra le risorse disponibili, monitorando costantemente nel tempo i risultati ottenuti rispetto a quelli programmati.

La proposta nasce dall'osservazione che nelle "commissioni invalidi" sono spesso presenti professionisti del territorio e dei distretti, talora membri anche delle UVD/UMP, per cui, in pratica, si tratterebbe di fondere concretamente le due modalità di lavoro in un'unica operatività. Il tutto dovrebbe essere connesso alla possibilità di rimodulare nel tempo il beneficio secondo esigenze e andamento dell'attuazione del progetto individualizzato, quindi verso l'alto o verso il basso, in base allo sguardo congiunto verso la persona dell'UVD/UMP, opzione che ci pare molto più sensata e giovevole di quella di scovare gli illeciti. Tutto questo naturalmente è in palese contrasto con scelte che vanno nella direzione di accentuare i vincoli legali e burocratici del processo di valutazione ed attribuzione del beneficio.

Al termine di queste considerazioni sull'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale, esigenze di spazio consentono solamente di accennare al nodo dell'esternalizzazione di questi servizi.

Premesso che nel campo della NA "c'è posto per tutti", a nostro parere va riconosciuto lealmente che la delega totale di produzione esterna di questi servizi da parte del pubblico NON ha portato MAI i frutti sperati, anzi ha presentato svariati effetti sfavorevoli, purtroppo talora oggetto di clamorosi fatti ripresi dai media.

Il pregiudizio che il settore pubblico comporti inevitabilmente costi maggiori e minore qualità non è più sostenibile.

Un giusto mix pubblico-privato, ben governato da un ambito pubblico competente ed attento a fissare più che subire, regole e tariffe, rappresenta a nostro parere la scelta migliore, il cui valore si accresce quando i produttori appartengano ad imprese no profit ed all'impresa sociale in particolare.

La realizzazione di valide reti a sostegno delle persone e dei familiari richiede ingenti risorse e impegni, sinergie e collaborazioni multiple, che guadagna in efficacia ed efficienza se ben governata da regole chiare e da un'istituzione pubblica di garanzia. Quest'ultima, nella nostra convinzione, pensiamo debba essere il distretto. A ribadirne alcune ulteriori ragioni, oltre a quelle più volte espresse:

- a) è l'unica organizzazione territoriale di sistema in cui può coesistere l'attenzione rivolta alla persona ed al care giver, sui quali va tarata l'offerta complessiva dei servizi, e al governo dei soggetti esterni, negli aspetti quantitativi e qualitativi;
- b) la sua azione, complessivamente intesa, ha già solide basi di riferimento culturale (basti pensare alla vasta letteratura della primary health care, della community care), legislative e normative (nazionali e regionali);
- c) si presenta come la prima struttura operativa del mondo sanitario chiamata a favorire l'integrazione sociosanitaria ed intersettoriale.

IL DISTRETTO E L'EPIDEMIA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

La NA è considerata da molti oggi un' "epidemia", termine per molti versi ovviamente improprio, ma utile per sottolineare la dimensione e il trend di frequenza in crescita del fenomeno, nonché per richiamare l'attenzione sulla necessità di avviare azioni preventive volte a contrastarne o ritardarne la comparsa, non potendo il sistema sostenere e accontentarsi delle sole "misure di contenimento" (interventi di cura e assistenza).

Queste misure con finalità preventive possono riguardare vari aspetti del lavoro territoriale e distrettuale.

Uno, oggi trascurato, consiste nel mettere in campo maggiori iniziative volte a favorire l'invecchiamento in buona salute e in attività: stili di vita, comportamenti individuali e collettivi, circostanze e fattori ambientali rappresentano ambiti di intervento molto promettenti (si pensi ad esempio a quanto si può/deve fare per la prevenzione degli incidenti domestici e delle ca-

dute, che non richiede necessariamente l'impiego di personale sanitario). Un secondo aspetto, che va ulteriormente potenziato in quanto ha già ben contribuito ai grandi successi dell'allungamento della vita e all'aumento degli anni liberi da disabilità, è quello di rafforzare le azioni mediche di provata efficacia su alcune cause determinanti le condizioni di invalidità (basti pensare alle complicanze delle malattie cerebrovascolari e ai trattamenti ipotensivi nella quarta età, che hanno rovesciato il destino di moltissimi nostri anziani). Del tutto incerte, purtroppo, appaiono oggi le possibilità di prevenire la demenza.

Anche solo ritardare la comparsa delle manifestazioni che generano perdita dell'autonomia sarebbe già un grande successo (vedi box 10).

Il distretto, per la sua natura di struttura della community care e titolare delle forze della della primary health care potrebbe essere molto più coinvolto nella realizzazione di questi obiettivi.

BOX 10 - PER ORIENTARSI

Si stima che una diminuzione dell'incidenza della NA pari all'1% determini 190.000 casi in meno all'anno.

RICONOSCERE IL LAVORO DELLE FAMIGLIE

Chi opera nel distretto trova conferma ogni giorno di quanto riportato in letteratura, ovvero osserva che il peso della NA grava effettivamente oggi in larghissima parte sulle famiglie, che ne sopportano con preponderanza l'onere economico, psico-emotivo, e anche fisico, e interviene quale anello di congiunzione concreto tra il mondo del "dovere pubblico" e del "possibile privato". Si ribadisce qui quanto più volte già affermato, ovvero che il primo riconoscimento di questo lavoro da parte delle Istituzioni pubbliche sta nel sapere offrire servizi "forti", pre-requisito per invocare eventualmente maggiore solidarietà.

Inoltre, noi pensiamo che al distretto dovrebbe essere affidata esplicitamente con urgenza questa funzione, riassumibile - con i limiti del metodo - nel-

lo slogan, iperbolico ma efficace: *"la NA è un problema della famiglia e come tale va affidato alle competenze di chi delle famiglie è chiamato ad occuparsi: il distretto"*. Sul campo, tocchiamo con mano gli aspetti urgenti della questione: la presenza di un'offerta di soluzioni sempre carente, se non assente; l'enormità delle spese da sostenere, sempre più spesso incompatibili con i redditi disponibili (calanti); la conciliazione del tempo di cura ed i tempi e ritmi del lavoro (quando c'è). Capita sempre più spesso di essere consultati da care givers preoccupati del non poter evitare un calo di presenza al lavoro per assistere congiunti non autosufficienti. Ci accorgiamo sempre più spesso che i familiari - per lo più le donne - richiedono ai datori di lavoro contratti part time o riduzione delle ore lavorative; le do-

mande per il riconoscimento dell'invalidità civile includono quasi sempre anche quella per ottenere i benefici connessi alla legge 104, il cui impatto globale tuttavia non è stato sufficientemente valutato e chiarito, ma che alcune stime ufficiose indicano come più oneroso addirittura dell'intero ammontare delle indennità di accompagnamento.

In questi tempi di crisi osserviamo che cresce il numero di coloro che addirittura abbandonano il lavoro, trovando meno penalizzante la perdita del salario rispetto alle spese in un'assistenza privata. Non viene sufficientemente valorizzato il dato che i costi medi mensili di assistenza per una persona NA superano molto spesso i salari mensili medi di vaste fasce di lavoratori.

In tutto questo si inserisce il tema stringente, accennato nell'introduzione, delle disuguaglianze. Sono crescenti nel Paese quelle legate alle disparità territoriali di offerta di servizi; alla capacità di risposta ai bisogni nei diversi strati sociali della popolazione; alla povertà, in cui possono incorrere sia gli stessi soggetti colpiti dalla NA che i familiari.

In una visione di società solidale, tutto questo deve indurre a prendere in considerazione non tanto "se", ma "quanto" sia riconosciuto da parte del-

la comunità l'insieme di questi svantaggi, "come" cercare di ridurre queste disuguaglianze che interferiscono pesantemente con una vita dignitosa. Si sottolinea il termine: comunità, non solo collettività, per aprire una porta alla considerazione del ruolo "curativo di supporto" della comunità, la quale, oltre a ragioni etico-valoriali, potrebbe trovare conveniente (a fini di riduzione dei costi collettivi) contribuire in prima persona all'affrontamento e gestione della "epidemia".

Un esempio per tutti di una modalità di partecipazione-condivisione è rappresentato dalla eventuale diffusione della banca del tempo, in cui oltre al già noto fenomeno dello "scambio" di servizi (prestazioni scambiate tra soggetti/famiglie), si potrebbe inserire una formula di "accumulo di punti" equivalenti a diritti di accesso futuro a prestazioni, voucher o benefici. La partecipazione avverrebbe quindi in previsione di possibili situazioni analoghe che potrebbero presentarsi in futuro a chi oggi vuole impegnarsi a contribuire a rendere meno grama la vita altrui. Si potrebbe definire quindi una "generosità interessata", ma verosimilmente vantaggiosa per tutti. Tutto questo, a nostro parere, dovrebbe avvenire in stretto collegamento con i distretti e gli ambiti.

PENSARE OGGI AL FUTURO.

Occorre rivolgere uno sguardo più attento alle persone non autosufficienti con gli occhi dell'oggi e anche del domani.

Autorevoli organismi internazionali recentemen-

te hanno dedicato al tema interessanti contributi. Se ne citano solamente alcuni passi di Oecd-Ocse nel box 11.

BOX 11 - PER ORIENTARSI: cosa suggerisce l'OCSE per il nostro futuro

Secondo l'Ocse tre sono le direttrici future nella long term care in Italia:

1. sviluppo dei servizi e formazione;
2. identificare meglio il target che percepisce le indennità di accompagnamento;
3. adottare politiche per un welfare più ampio e per lo sviluppo degli interventi, con diffusione delle tecnologie di home care.

Verso la conclusione di questo articolo, rilanciamo l'immagine di un "new deal per la non autosufficienza", ovvero di uno sforzo eccezionale di generosità, che può alimentare iniziative pubbliche in tempi straordinari per costruire nuove infrastrutture sociali volte a realizzare più solide re-

ti di attività formali e solidali, a congiungerle con quelle informali, evitando che si trasformino in reti di pietra, ragnatele o labirinti i cui nobili intenti si disperdono e producono, all'opposto, insuccessi e situazioni controproducenti. Ne potrebbe uscire una società non certo più povera,

ma anzi più ricca, più pronta ad affrontare i decenni post 2030 i cui scenari nelle prospettive attuali sono ben più allarmanti di quelli tracciati, ad esempio, per gli aspetti demografici, economici e previdenziali.

Dato il tempo della crisi, un altro slogan di incitamento per uscire da una sorta di pensiero “unico” di sconfitta potrebbe essere: “*senza guardare più tanto ai soldi, pensiamo ai soli*”. In cui “soli” sono certamente tutte le persone NA, e molti di quelli che con loro o attorno a loro vivono, avvertendo il medesimo senso di solitudine.

Dobbiamo infatti essere sempre più convinti che se è giusto affidare le nostre speranze ai rimedi della medicina, al progresso delle tecnologie, magari anche all’espansione delle risorse disponibili in un futuro in cui lo sviluppo riprenderà, il vero progresso nell’affrontare il delicatissimo tema della NA consiste nel riconoscere la costante centralità del valore della persona non più autonoma, unica posizione che ci può portare a considerare il futuro non come da temere, ma come doverosamente da governare con un “ricamo” di interventi che portano ricchezza a tutti, avvicinamento intergenerazionale e alleanze di reciprocità.

Il distretto, nelle sue espressioni migliori, è anche luogo di partecipazione delle comunità. Lo stesso chronic care model, da molti preso a riferimento, espressamente prevede il contributo delle comunità per la gestione delle malattie di lunga durata. Non è facile trovare toni e modi giusti per condividere queste convinzioni con altri. In questa fase di crisi economica occorre costruire anche su questi temi patti sociali e intergenerazionali, giustamente oggi al centro dell’attenzione dell’azione riformatrice del nuovo Governo in altri campi. Non possono essere solamente le pensioni a dover preoccupare le generazioni future, ma anche lo stato di salute, di indipendenza e capacità di autosostentamento dei “propri vecchi”. Ciò che le persone non autosufficienti e i loro familiari attendono oggi dalle Istituzioni e dalla Collettività è maggiore certezza dei diritti,

non maggiori espressioni di solidarietà collettiva. Se è certo che anche nello scenario più ottimista e prudente le esigenze e la domanda di servizi aumenteranno enormemente nel volgere di pochi anni, noi tecnici non possiamo lasciarci travolgere dall’impreparazione. È già accaduto in passato, con ripercussioni pesantemente negative, quando troppe domande non accolte hanno trovato risposta nel mercato (basti pensare solo alle “case di riposo” e alle c.d. “badanti”), che oggi riusciamo a governare poco e male. Possiamo pensare bene al presente solo guardando al futuro, per non lasciare in eredità alle prossime generazioni (molto prossime!) un ulteriore fardello di difficoltà di vita.

In una prima fase, un soffio d’aria nuova potrebbe spirare verso il “new deal” anche senza incrementare l’attuale spesa. A riguardo, ci uniamo senz’altro a chi propone di procedere senza indugio (urgenza dettata proprio dal tempo di crisi, che non consente rinvii o temporeggiamenti) alla riconversione delle ingenti risorse oggi già in campo, molto frammentate e disperse, spesso mal impiegate; alla loro redistribuzione e riallocazione, in direzione di una maggiore equità ed efficacia, per ottenere da queste ultime anche migliore efficienza (e non viceversa).

Infatti, giova ricordare che se anziché dei soli costi ci preoccupassimo di valutare l’equilibrio costo/efficacia delle azioni troveremmo che nei servizi alla persona la vera efficacia ed equità si associa invariabilmente alla buona efficienza (soprattutto se si guarda lontano). Chi, come noi, opera nei distretti al servizio delle persone, in particolare dei soggetti deboli, non può non essere convinto che la massima attenzione di tutti va concentrata sull’esigenza indifferibile di realizzare per le persone e i familiari più vulnerabili una vasta gamma di servizi a baricentro pubblico, fortemente decentrati nell’erogazione, gestione e valutazione, in cui diritti e doveri delle parti siano condivisi e resi espliciti. Dall’attuale (straripante e per molti versi errata) preminente supremazia dell’erogazione di benefici monetari occorre pas-

sare a buone pratiche innovative di servizi di grande prossimità, “leggeri” per oneri gestionali e “pesanti” per le ricadute virtuose sulla qualità di vita delle persone e dei familiari.

Se tutto questo è avvertito non come retorica di belle parole, ma opportunità vera di attuazione di azioni concrete da mettere in campo, non si può evitare di decidere che occorre individuare un’organismo-organizzazione-struttura-agenzia-ente-soggetto istituzionale pubblico cui affidare questo onere, che va assunto con convinzione, passione e spirito di disciplina.

Riunificare la frammentazione è il primo obiettivo di una nuova politica di interventi per la NA. Pensiamo di non essere di parte nel riaffermare che al distretto può essere affidato questo mandato e il distretto può prendersene carico, con rigore per lo sviluppo. È già accaduto, sta accadendo. Il nostro auspicio e la nostra richiesta è che possa verificarsi in tutto il nostro Paese, in tutte le Regioni, in ogni territorio e comunità locale; sempre di più grazie alla valorizzazione del personale e alla crescita delle loro competenze.

Sostenere pertanto i distretti significa – a nostro avviso – rendere più probabile questo percorso.

Nel distretto, pensare al futuro della NA significa saper leggere il presente, con elevato spirito critico e con robuste capacità operative.

Chiudiamo con le parole del testo di presentazione dell’ultimo Forum sulla Non autosufficienza tenutosi nel mese di aprile a Bari, sotto il contributo e patrocinio di Agenas.

“La solidarietà e l’equità nell’accesso alle cure, la partecipazione dei cittadini e la centralità dei bisogni delle popolazioni, l’integrazione delle aree di assistenza ed infine la continuità assistenziale, mediante una visione complessiva ed indirizzo delle persone nelle adeguate sedi di cura-trattamento, sono i punti chiave per affrontare il tema della non autosufficienza, in linea del resto con i contenuti della Dichiarazione di Alma-Ata, confermati e ripresi, di recente, da altri documenti dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (tra cui la carta di Tallinn del 2008 e il report “Primary Health Care - Now More Than Ever” di Almaty, 2008).

L’assistenza agli anziani non autosufficienti può essere adeguata ed appropriata solamente se per principio rispettosa della dignità e libertà dell’individuo. Vanno costruite reti, a baricentro territoriale, con esplicito mandato di governo ad un’organizzazione unitaria, che oggi appare poter essere preferibilmente il distretto.”

LA RICERCA AGENAS

Valutazione dell'efficacia e dell'equità di modelli organizzativi territoriali per l'accesso e la presa in carico di persone con bisogni sociosanitari complessi

EXECUTIVE SUMMARY

La ricerca Agenas svolta negli anni 2010–2012 nasce dall'esigenza di misurare attraverso un approccio metodologico rigoroso alcuni aspetti di qualità del processo assistenziale di presa in carico dei soggetti non autosufficienti.

L'aspetto più innovativo ha riguardato la metodologia messa a punto attraverso l'utilizzo integrato, con procedure di record linkage, dei dati amministrativi derivanti da diversi flussi informativi NSIS, sia quelli più tradizionali (flussi relativi alle schede di dimissione ospedaliera e alle attività di pronto soccorso) sia di più recente attivazione afferenti al territorio (flusso SIAD sull'assistenza domiciliare e flusso FAR sull'assistenza residenziale e semiresidenziale).

Il processo assistenziale è stato analizzato tenendo conto delle sue fasi essenziali:

1. *accesso*, tale fase intercetta il bisogno di assistenza e consiste nel primo accesso del soggetto nel sistema, a seguito della segnalazione proveniente da attivatori diversi (Mmg, dimissione protetta ospedaliera, familiare, servizi sociali, ecc.) e nella decodifica della domanda dell'individuo stesso;
2. *valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni assistenziali e creazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI)*, la VMD rappresenta un importante momento di integrazione tra le necessità sociali e quelle sanitarie, seguita dalla predisposizione di un PAI;
3. *coordinamento attuativo*, tale fase viene esplicitata individuando ruoli (case manager) e meccanismi operativi (procedure organizzative e professionali, *audit*, ecc.) tra diversi operatori, e si occuperà di facilitare l'implementazione e lo sviluppo del percorso integrato di assistenza sociosanitario individuato;

4. *monitoraggio*, questa fase è caratterizzata da interventi di valutazione periodica delle condizioni dell'assistito, anche per una rimodulazione del piano di assistenza.

La definizione di indicatori che misurassero i quattro ambiti ha richiesto in particolare, una lettura critica delle informazioni raccolte nei flussi ministeriali SIAD (assistenza domiciliare) e FAR (assistenza residenziale e semiresidenziale), alla luce dell'effettiva disponibilità del dato nelle regioni, tenendo conto che i suddetti flussi sono stati approvati con Decreti Ministeriali 17 dicembre 2008 e sono a regime dal 1° gennaio 2012.

La ricerca si è articolata in diverse fasi:

- l'identificazione di un framework concettuale sul processo organizzativo di presa in carico per i soggetti non autosufficienti, che si è fondato sulla revisione della letteratura scientifica;
- la definizione di un set di indicatori relativo alle diverse fasi del processo organizzativo di presa in carico per gli anziani con bisogno sociosanitario complesso;
- la costruzione degli algoritmi per l'identificazione delle coorti degli assistiti e per il calcolo degli indicatori;
- il calcolo degli indicatori nei contesti oggetto della ricerca, alcuni dei quali prevedono lo svolgimento di analisi multivariabili e procedure di standardizzazione.

Per poter monitorare il processo di presa in carico sono stati identificati 36 indicatori, distribuiti tra i diversi ambiti di misurazione, che riguardavano l'accessibilità, la corrispondenza tra caratteristiche valutative e risposta erogata, l'erogazione del servizio e il monitoraggio. Tali indicatori sono stati discussi e con-

divisi dal gruppo di ricerca e ne sono infine stati selezionati 15, che hanno le caratteristiche di rilevanza e validità (*face validity*) e sono calcolabili anche nell'attuale fase di iniziale implementazione dei flussi SIAD e FAR.

Il sistema di indicatori è stato applicato in via sperimentale in 3 Aziende sanitarie locali (Asl di Milano, Ulss 6 Vicenza e Ulss 4 Alto Vicentino-Thiene) e 2 Società della Salute (SdS Fiorentina e SdS Pisana), appartenenti a 3 Regioni italiane (Lombardia, Toscana, Veneto). La popolazione osservata in queste realtà è quella dei residenti ultra64enni che accedono ai servizi durante il periodo 1 luglio 2010 - 30 giugno 2011, a seguito di una valutazione multidimensionale con esito di bisogno sociosanitario complesso.

Il progetto mette pertanto a disposizione dei decisori e degli operatori della rete dei servizi uno strumento in grado di:

- descrivere le modalità con cui la domanda di assistenza della popolazione anziana incontra la risposta fornita dai servizi a propria disposizione (in continuità assistenziale con l'ospedale, tramite medico di famiglia o assistente sociale, tramite la rete familiare, ecc.); descrivere il livello di copertura di questo bisogno da parte dell'offerta, secondo le diverse tipologie di presa in carico (residenziale, semiresidenziale o domiciliare) e, di conseguenza, una stima del bisogno inevaso o che ha trovato risposta tramite altri canali (propri o privati);
- valutare se l'esito della valutazione multidimensionale trova conferma nel piano assistenziale individuale in termini di appropriatezza e risorse impiegate;
- misurare il tempo intercorso per la presa in carico, dalla valutazione multidimensionale all'effettiva erogazione del servizio (ammissione in RSA o prestazione domiciliare);
- valutare l'effetto protettivo del processo di presa in carico nel ridurre il ricorso ai servizi ospedalieri o gli accessi impropri al pronto soccorso, da parte degli anziani durante il periodo di cura.

La proposta che emerge dalla ricerca e ne costituisce il valore principale è rappresentata dal framework metodologico che è stato costruito in forma condivisa

con tre regioni, accomunate da una tradizione positiva di rilevazione dei dati con valenza informativa dei fenomeni sociosanitari, mentre sono differenziate nei modelli organizzativi di long term care.

È utile ricordare che finora abbiamo avuto a disposizione solo alcune informazioni di tipo descrittivo sul dato di offerta in assistenza domiciliare integrata e in assistenza residenziale (es. 448.641 persone anziane in ADI/anno 2009; con 19 ore medie annue di assistenza). Con l'utilizzo dei nuovi flussi, seppur implementati in forma graduale e differenziata nelle regioni invece, è possibile cominciare a conoscere e misurare il livello di gravità del paziente e diversi altri aspetti che possono essere utili per la programmazione, l'organizzazione, il monitoraggio e il governo dei percorsi. Tali flussi solo ora si misurano sulla capacità di cogliere gli elementi essenziali di un sistema di cure e assistenza molto diversificato.

L'ottica è quindi quella di raccogliere progressivamente e secondo una logica di "processo" le informazioni relative ai contatti del singolo individuo con i diversi nodi della rete di offerta del Servizio sanitario nazionale e rendere disponibile, a livello sia nazionale sia regionale, un patrimonio condiviso di dati, centrato sull'assistito.

Questa idea è stata perseguita con un lavoro puntuale e critico, volto a evidenziare spunti di miglioramento ed elementi di incertezza su cui riflettere. Ne è risultato un sistema di monitoraggio che consente di identificare in maniera rigorosa e valorizzare in modo condiviso i punti in comune nelle tre regioni coinvolte rispetto ad ognuna delle fasi fondamentali del processo di presa in carico (segnalazione-accesso; valutazione multidimensionale-piano individuale di assistenza-coordinamento attuativo e monitoraggio-rivalutazione).

Questi strumenti di misurazione del processo assistenziale intendono apportare un contributo al lavoro già in essere presso diversi Tavoli istituzionali, dedicati sia allo sviluppo dei flussi informativi sia al monitoraggio dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nel nostro Paese, con un'attenzione specifica al corretto equilibrio tra attività e risorse assegnate al Lea ospedaliero e al Lea territoriale.

LA RICERCA AGENAS

La presa in carico degli anziani non autosufficienti

Il presente testo è stato redatto da Modesta Visca, Francesco Profili, Bruno Federico, Gianfranco Damiani, Paolo Francesconi, Paolo Fortuna, Anna Maria Maestroni, Mariadonata Bellentani con la collaborazione del gruppo della ricerca

Una delle sfide dei sistemi sanitari del mondo industrializzato consiste nel garantire assistenza integrata, efficace e appropriata per la presa in carico di persone con bisogno sociosanitario complesso.

L'Organizzazione mondiale della sanità e la Comunità Europea sostengono l'adozione di strategie volte ad assicurare l'accesso all'assistenza per tutti, un elevato grado di qualità e la sostenibilità finanziaria del sistema e, inoltre, la valorizzazione del ruolo della famiglia e della comunità nell'ambito delle politiche di long term care.

In Italia il fenomeno coinvolge circa tre milioni di persone, tre quarti dei quali sono anziani in condizioni di non autosufficienza parziale o totale ed è un problema che caratterizza lo scenario attuale e del prossimo futuro, come evidenziato dalle proiezioni Istat, 2011¹.

Inoltre, in base alle analisi svolte attraverso un sistema di indicatori socio-economici, negli ultimi tempi la popolazione anziana è interessata da importanti segnali di indebolimento delle condizioni sociali².

In sostanza, anche a fronte dei forti processi di crisi che a partire dal 2008 hanno interessato il

nostro Paese, le fasce d'età anziane sembrano distinguersi per un sensibile peggioramento delle condizioni di vita e per la crescita dei fenomeni di esclusione sociale. Particolarmente critico appare lo scenario attuale, che presenta equilibri generazionali inconsueti in quanto il sostegno primario viene fornito ancora oggi dalle famiglie; attualmente i familiari chiamati ad assumere la funzione di caregiver di anziani non autosufficienti, per l'allungamento generale della vita media, possono essere figli adulti-anziani di genitori "grandi-anziani".

Le politiche esistenti a livello nazionale e regionale affermano da anni la necessità che il sistema di welfare si riorganizzi sostanzialmente, dal punto di vista programmatico e operativo, tramite servizi specifici di supporto, di guida, di informazione per la persona non autosufficiente e la sua famiglia.

In diverse regioni italiane sono stati recentemente sviluppati alcuni modelli organizzativi con lo scopo di facilitare l'accesso ai servizi territoriali di persone con bisogni sociosanitari complessi e di garantirne la continuità nell'assistenza. Il Punto Unico d'Accesso o la Porta Sanitaria di Accesso alla rete dei servizi territoriali, le Unità territoriali di assistenza primaria, sono esempi di sperimentazioni condotte in alcune regioni (ad esempio Friuli Venezia Giulia, Puglia, Toscana, Veneto, Sardegna). L'obiettivo è mettere a punto servizi di cure a lungo termine, per affrontare non solo le problematiche strettamente sanitarie, ma anche

¹ Istat: Il futuro demografico del paese. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065. 28 Dicembre 2011.

² 45° Rapporto Censis sulla situazione sociale del paese. Anno 2011.

le difficoltà nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana.

Si sottolinea la dimensione di percorso, perché spesso l'autonomia psicofisica non si perde all'improvviso; tuttavia, la rete dei servizi pare farsi carico dei tratti conclusivi del percorso di perdita dell'autosufficienza, quando cioè la crisi della rete informale di sostegno dell'anziano è ormai divenuta totale e permanente e la famiglia non è più in grado di sostenere, da sola, la funzione di caregiver. Rispetto al sistema dell'offerta, inoltre, sia nelle politiche sociali degli attori pubblici e privati, sia nelle culture professionali delle figure coinvolte, si è progressivamente diffusa e rafforzata una convinzione che sia necessario predisporre un ventaglio di servizi corrispondente ai diversi gradi di non autonomia e ai diversi bisogni di supporto, privilegiando quanto più possibile la cura nel luogo abituale di vita della persona, per ricorrere al ricovero definitivo in struttura residenziale come ultima istanza. Mantenere l'anziano a casa propria, rispettando il suo bisogno di identità, di appartenenza, di salvaguardia del suo ambiente domestico, di relazione, di soddisfazione dei bisogni legati all'esistenza quotidiana, compresi quelli sanitari, sostenendo la famiglia in modo sistematico, è probabilmente l'unica via perseguibile per coniugare etica ed economia e per passare dalle enunciazioni di principio alla pratica.

La programmazione sanitaria nazionale sostiene da tempo (dal Psn 1998-2000 fino al Psn 2006-2008 e alla proposta di Psn 2011-2013) la scelta di garantire, per quanto possibile, alla persona non autosufficiente di rimanere nel proprio contesto di vita. L'assistenza a domicilio sembra soprattutto rispondere a un obiettivo di diversa qualità dei servizi, profondamente innovativo, collegato a un sistema di valori che pongono la persona al centro dei servizi.

La regia di questi sistemi, tuttavia, non sempre è ben delineata ed emerge di frequente una difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari territoriali, con tardivo riconoscimento dei bisogni di salute in-

dividuali. Ugualmente problematiche sono le fasi di individuazione del processo assistenziale più appropriato per rispondere ai bisogni di salute dell'individuo e del coordinamento organizzativo di tale processo.

Nell'obiettivo di migliorare l'efficacia e la qualità dell'assistenza è condivisa l'opportunità di orientarsi verso i sistemi che prevedano l'organizzazione del lavoro in team multidisciplinari e multiprofessionali, che siano organizzati sul percorso assistenziale del paziente e centrati sui principi di un'assistenza complessiva e integrata, che valorizzino in particolare il monitoraggio dei processi e i risultati delle attività in un'ottica di trasparenza e responsabilizzazione.

La letteratura internazionale ha dimostrato che i sistemi così sviluppati hanno dato risultati incoraggianti in termini di riduzione di ospedalizzazione o utilizzo del pronto soccorso; mantenimento del livello funzionale e cognitivo, riduzione dei costi, maggiore soddisfazione del paziente (Béland, 2011).

Per ottenere risultati efficaci ed efficienti, considerando quanto le risorse a disposizione siano limitate, è necessario comprendere i bisogni di coloro che ricevono i servizi socio-sanitari, quale requisito fondamentale per il processo decisionale di allocazione delle risorse stesse. In particolare, è necessario considerare che gli anziani hanno bisogno di risposte molto flessibili e differenziate in un percorso assistenziale individualizzato, che tenga conto della loro diversità e specificità.

Risulta necessario e inderogabile il ricorso tanto alla funzione di programmazione quale strumento per governare, per decidere, per gestire il sistema sanitario ai vari livelli istituzionali, quanto alla funzione di monitoraggio attraverso un sistema unico riproducibile di indicatori che controlli e verifichi i risultati in termini di produzione di salute, salvaguardando in tal modo la garanzia della tutela della salute dei cittadini, l'uniformità ed equità di accesso ai servizi che ne consegue.

Ad oggi mancano sistemi informativi consoli-

dati e banche dati sistematizzate sul territorio, quando invece un sistema informativo organizzato è un supporto indispensabile, per la valutazione qualitativa dell'attività erogata. Per tali finalità oltre all'esistenza di una base dati occorre che i dati siano affidabili, vi siano report accurati, definizioni standardizzate, una metodica di misura comune e informazioni riguardanti variabili di struttura.

A livello nazionale vi sono passi importanti verso una più approfondita conoscenza del territorio, che è segnata dal passaggio dai modelli di rilevazione tradizionali, basati su fattori produttivi, organizzazione e attività a livello aggregato (ad esempio FLS 21 su guardia medica, farmaceutica convenzionata, ADI, assistenza programmata; STS 24 su assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale) ai nuovi flussi informativi del territorio del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), tra cui:

- assistenza residenziale e semiresidenziale (flusso FAR, D.M. 17/12/2008);
- assistenza domiciliare (flusso SIAD, D.M. 17/12/2008);
- sistema informativo nazionale delle dipendenze (SIND, D.M. 11/06/2010);
- sistema informativo della salute mentale (SISM, D.M. 15/10/2010);
- prestazioni farmaceutiche in distribuzione diretta (D.M. 31/07/2007);
- flusso informativo sull'hospice (D.M. 06/06/2012).

Questi flussi hanno in comune l'ottica di raccogliere progressivamente e secondo una logica di "percorso" le informazioni relative ai contatti del singolo individuo con i diversi nodi della rete di offerta del Ssn e rendere disponibile, a livello sia nazionale sia regionale, un patrimonio condiviso di dati, centrato sull'assistito. Obiettivo generale è quello di migliorare l'accesso alle cure e la loro qualità ponendo l'assistito al centro del sistema, incrementando conseguentemente l'efficienza e l'efficacia dell'assistenza sanitaria.

Da diversi rapporti in materia, sappiamo tutta-

via che il sistema dei servizi territoriali è spesso ancora "fragile", soprattutto rispetto alle cure domiciliari e ben poco conosciuto, malgrado emerga unanimemente la necessità di testimoniare quanto si sta facendo, per darne conto ai cittadini, valorizzare l'impegno quotidiano di tanti operatori e rilevare le criticità per consentire il miglioramento. Sono ben pochi anche i parametri di riferimento nel sistema sociosanitario territoriale. Il Patto per la salute 2010-2012 prevedeva l'adozione di un atto di programmazione integrata in materia di organizzazione domiciliare e residenziale; tuttora emanato solo da alcune Regioni al loro interno. Rimane il riferimento previsto dal Quadro Strategico Nazionale 2007-2013, tra gli "Obiettivi di Servizio" per le Regioni del Mezzogiorno: entro il 2013 raggiungere una percentuale di anziani trattati in ADI rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre) pari al 3,5% (Codice S.06). Oltre a questo target, per tenere conto del fatto che l'aumento della popolazione assistita va accompagnato anche da un incremento dell'intensità delle prestazioni erogate allo scopo di migliorare la qualità del servizio offerto, è previsto che l'incidenza della spesa per l'assistenza domiciliare integrata risulti almeno pari a quella dell'anno considerato come baseline (a partire dal 2008) dal meccanismo generale.

In questo quadro complesso, che si muove a livello nazionale tramite un insieme di Gruppi di lavoro e Tavoli di raffronto, monitoraggio e verifica degli impegni assunti per garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, si può inserire anche la ricerca-pilota Agenas qui presentata, che ha cominciato a lavorare, con tre Regioni, su questo patrimonio informativo per conoscere il processo assistenziale della persona anziana non autosufficiente.

Il progetto costituisce un ulteriore sviluppo di una linea di ricerca in tema di primary health care (Guzzanti, 1985) sviluppato da tempo da Age-

nas con diversi progetti, alcuni dei quali³ avevano evidenziato diverse criticità in materia di presa in carico dei soggetti anziani non autosufficienti e di assistenza domiciliare, tra cui:

- discontinuità del processo di presa in carico dalla prima segnalazione del bisogno alla definizione e realizzazione degli interventi necessari;
- mancata periodica rivalutazione del caso e del grado di disabilità oltre che dell'efficacia degli interventi;
- frequente mancanza di un approccio multidimensionale e di integrazione socio-sanitaria;
- estrema differenziazione nelle risorse dedicate tra le regioni.

Il progetto è stato inserito nell'ambito del programma di ricerca autofinanziato Agenas nell'anno 2010, con il titolo “*Valutazione dell'efficacia e dell'equità di modelli organizzativi territoriali per l'accesso e la presa in carico di persone con bisogni sociosanitari complessi*”, poi sintetizzato in “Progetto P.I.C. – Presa In Carico”.

A tale progetto hanno partecipato tre Regioni

italiane (Lombardia, Veneto, Toscana) e altre Unità operative, quali l'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, l'Ars Toscana, il Dipartimento di Scienze Motorie e della Salute dell'Università di Cassino. La durata è di 18 mesi e il progetto è stato realizzato nel periodo 1 settembre 2010-1 marzo 2012.

Ai lavori del progetto si sono uniti anche alcuni rappresentanti del Ministero della salute – Direzione NSIS – che hanno accolto favorevolmente l'opportunità di condividere riflessioni su questa materia e di raccordare attività e studi che si stanno svolgendo in diversi ambiti. Va, infatti, rilevato che il Ministero della salute sta lavorando alla costruzione di indicatori di supporto alle analisi e ai confronti relativi alle performance sanitarie ed economiche-gestionali nell'ambito del Ssn, al fine di supportare il monitoraggio del bilanciamento Lea-costi.

OBIETTIVO DELLA RICERCA

L'obiettivo generale della ricerca è stato definire e sperimentare un sistema di indicatori per mo-

- 3 • Studio preliminare sul problema dell'assistenza agli anziani non autosufficienti e Progetto ASSI-Assistenza per gli anziani non autosufficienti in Italia (2002-2004);
 • “La condizione dell'anziano non autosufficiente. Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive” (2004-05);
 • “Rilevazione delle tipologie di assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti e sperimentazione di un sistema di rilevazione dei costi commisurato alla valutazione della non autosufficienza e alla condizione sociale” 2007-08;
 • Studio sui Fondi per la non autosufficienza nelle Regioni 2009-2010.

GRUPPO DELLA RICERCA

Il progetto è stato elaborato da Agenas nell'ambito del proprio programma di ricerca autofinanziata 2010 e svolto nell'arco di 18 mesi.

Coordinatore scientifico:

Mariadonata Bellentani, sezione Organizzazione Servizi Sanitari (OSS), Agenas.

Project Manager:

Modesta Visca, sezione OSS, Agenas (visca@agenas.it).

Hanno partecipato le Regioni:

ARS Toscana, Lombardia, Veneto; e le Università: **Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e Università di Cassino.**

Gruppo di lavoro:

Vanda Bacci, Gianfranco Damiani, Erica Falaschi, Bruno Federico, Paolo Fortuna, Paolo Francesconi, Fabiola Ganucci, Andrea Iacopini, Anna Maria Maestroni, Antonio Matteazzi, Francesco Profili, Matilde Razzanelli, Taddeo Mauro, Maria Concetta Verdina.

I contributi inerenti le strategie della Long Term Care regionali (Allegato 1) sono a cura di:

• **Regione Lombardia:**
Anna Maria Maestroni¹, Rosella Petrali²;
¹ Asl di Milano, Dipartimento Programmazione, Acquisito e Controllo, Direttore SC Controlli Area Socio Sanitaria.

² Regione Lombardia, Direzione Generale Assessorato Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale, Direttore Vicario.

• **Regione Toscana:**
Matilde Razzanelli¹, Erica Falschi², Fabiola Ganucci³, Andrea Iacopini⁴, Vanda Bacci⁵, Marco Giuntini⁶, Sabrina Biondi⁷, Sara Fagni⁸, Giuseppe Cecchi⁹;

^{1,2} Osservatorio di Epidemiologia, settore Epidemiologia dei servizi sociosanitari e dei percorsi assistenziali Agenzia Regionale di Sanità della Toscana.

³ Osservatorio sociosanitario SdS Firenze.

⁴ Sistemi Informativi Non Autosufficienza, Sociale e Sanità Territoriale per le SdS di Pisa, Pontedera, Volterra, Usl 5 di Pisa.

⁵ Sistema Informativo e Tecnologie Informatiche (settore sociosanitario), Regione Toscana.

⁶ Ufficio Programmazione Saff SdS Zona Pisana.

⁷ Ufficio Coordinamento Servizi Sociosanitari Zona Pisana.

⁸ Unità Funzionale Assistenza Sociale Territoriale Zona Pisana.

⁹ Società della Salute - Zona Pisana Azienda, Usl 5 di Pisa.

• **Regione Veneto:**
Antonio Matteazzi¹, Taddeo Mauro¹, Paolo Fortuna¹.

¹ Direzione dei servizi sociali, Ulss 6 di Vicenza.

Review board:
Nerina Dirindin, Marco Trabucchi, Gianfranco Damiani, Mimma Cosentino, Paolo Francesconi.

nitorare il processo organizzativo di presa in carico di persone di età pari o superiore a 65 anni con bisogno sociosanitario complesso, ossia di persone anziane con condizione di non autosufficienza⁴ rilevata da una valutazione multidimensionale⁵, attraverso l'utilizzo integrato di flussi informativi correnti afferenti al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), da quelli più tradizionali e consolidati (scheda di dimissione ospedaliera - SDO, pronto soccorso - PS) a quelli di più recente attivazione, in particolare il flusso dell'assistenza domiciliare (SIAD) e il flusso dell'assistenza residenziale e semiresidenziale (FAR).

IL PROCESSO ORGANIZZATIVO DI PRESA IN CARICO DEGLI ANZIANI CON BISOGNO SOCIO SANITARIO COMPLESSO DA PARTE DEL SISTEMA DI REGOLAMENTAZIONE: DEFINIZIONE

La presa in carico dell'anziano non autosufficiente richiede la convinta adesione a un approccio globale, indispensabile per migliorare la qualità di vita e ridurre il rischio di disabilità o di progressione della stessa verso i gradi più avanzati.

La promozione della continuità assistenziale, lo sviluppo della dimensione territoriale, l'attenzione per l'integrazione, rappresentano ormai linee di tendenza obbligate per il miglioramento degli outcome delle politiche sanitarie pubbliche. La capacità del sistema di garantire una effettiva presa in carico integrata, a fronte di una domanda di assistenza caratterizzata dalla crescita della complessità e delle legittime aspettative individuali, ha uno dei suoi snodi nel ribaltamento culturale e operativo del punto di vista attraverso il quale si costruiscono i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali. Tale punto di vista non può che es-

sero basato sui bisogni, e quindi sulla domanda, piuttosto che sull'offerta, al di fuori di ogni logica meramente prestazionale. I sistemi sanitari sono chiamati ad assicurare risposte alla richiesta crescente di qualità e tale richiesta trova la sua origine nella necessità di garantire efficienza e sostenibilità dei sistemi, ma anche nell'accresciuto e sempre più esigente bisogno dei cittadini di risposte efficaci, di presa in carico effettiva, di attenzione per la qualità della vita.

L'ospedale, che rappresenta tuttora la principale struttura sanitaria di riferimento, oltre a non essere stato concepito e realizzato, a livello architettonico, organizzativo e funzionale, per accogliere questa tipologia di pazienti, si trova in una fase di progressiva modificazione del proprio ruolo, sempre più orientato verso la cura dell'acuzie e verso gli interventi diagnostico-terapeutici ad alta tecnologia, mentre è scarsamente proteso verso pazienti con necessità di cura a lungo termine e/o ad elevata complessità clinico-gestionale.

Perciò sulla base di esperienze positive compiute in altri paesi si può affermare che la risposta più appropriata alle problematiche assistenziali legate alla cronicità, disabilità e fragilità sia rappresentata dalla realizzazione di un "sistema" in grado di garantire risposte tempestive ed efficaci ai bisogni complessi, sia sanitari sia sociali, molteplici e mutevoli nel tempo, attraverso un modello di presa in carico del paziente solido, ma al tempo stesso flessibile, che faccia da ponte tra l'ospedale e il territorio, che favorisca l'integrazione socio-sanitaria a tutti i livelli di assistenza.

Quindi si parla di una nuova concettualizzazione del sistema di garanzia della salute come "rete di servizi", dove le componenti sociali e sanitarie dell'assistenza sono strettamente correlate, ovve-

4 Si definisce non autosufficiente il soggetto che non è in grado di svolgere una o più attività della vita quotidiana -ADL (Activities of Daily Living) senza essere aiutato. Le ADL ovvero le attività della vita quotidiana corrispondono all'autonomia nel camminare, salire le scale, chinarsi, coricarsi, sedersi, vestirsi, lavarsi, fare il bagno, mangiare (OECD, 2007).

5 La valutazione multidimensionale è una parte fondamentale del processo di presa in carico globale della persona e si configura come un'operazione dinamica e continua che segue il soggetto non autosufficiente nel suo percorso dentro la rete dei servizi sociosanitari e ne rappresenta nel tempo l'evoluzione. Si tratta del momento valutativo che esplora le diverse dimensioni della persona nella sua globalità, ovvero la dimensione clinica, la dimensione funzionale, la dimensione cognitiva, la situazione socio-relazionale-ambientale. La finalità della VMD è la seguente: esplora in maniera sistematica le diverse dimensioni della persona sulle diverse problematiche; assicura maggiore appropriatezza ai successivi interventi di cura e riabilitazione; predisporre al coordinamento e all'integrazione tra interventi di carattere sanitario e interventi sociali nei confronti della persona inserita nella rete dei servizi sociosanitari per i soggetti non autosufficienti; predisporre alla individuazione della tipologia di servizio, struttura e intervento più appropriati a fronteggiare le esigenze della persona non autosufficiente; pone le condizioni per definire il progetto personalizzato. (Glossario integrazione socio sanitaria Siquas-Agenas)

ro un circuito assistenziale che accompagni l'evolversi dei bisogni dell'anziano e della sua famiglia, fornendo interventi diversificati, ma in continuità tra di loro. Per gli anziani fragili e non autosufficienti, piuttosto che interventi specifici e settoriali, è indispensabile prevedere dei percorsi di assistenza che garantiscano l'effettiva presa in carico globale, attraverso l'attivazione e il reale funzionamento di tutta la rete dei servizi socio-sanitari, con particolare attenzione all'efficienza non solo di ciascun servizio, ma anche dei meccanismi di collegamento.

Il processo organizzativo di presa in carico degli anziani con bisogno sociosanitario complesso dovrebbe prevedere lo sviluppo di quattro macro fasi, strategiche per ottenere la migliore risposta in termini di salute da parte della persona interessata: l'accesso al sistema, la valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali e la predisposizione del Piano di Assistenza Individuale, il coordinamento attuativo con azione di case management e infine il monitoraggio e rivalutazione.

■ La prima fase prende avvio con la segnalazione del bisogno, da parte della persona, dei suoi familiari o degli operatori sanitari o sociali; consiste nella rilevazione del bisogno e nella decodifica della domanda. Gli operatori coinvolti in questa fase possono essere un infermiere e/o un assistente sociale e/o un amministrativo, che, in via personale, telematica o per telefono, si preoccupano della registrazione del caso, con la compilazione di una scheda di contatto e una prima analisi del bisogno. Il paziente riceve le prime informazioni in merito alla rete dei servizi disponibile per il suo caso ed è orientato per le fasi successive.

■ Nella seconda fase si attiva una valutazione multidimensionale del bisogno dell'assistito. Questa può rappresentare un primo momento di integrazione tra le necessità sociali e quelle sanitarie. Tale valutazione può essere condotta secondo due modalità: strutturale o funzionale. Nel primo caso è prevista la presenza di un'unità dedicata alla ricomposizione delle varie dimensio-

ni del bisogno di salute, definite da vari professionisti (in diverse regioni italiane nota come Unità di Valutazione Multidimensionale). La seconda modalità prevede, invece, l'attivazione di procedure di valutazione multidimensionale direttamente nelle sedi di erogazione o attraverso l'azione del medico di medicina generale.

A seguito dell'analisi multidimensionale è prodotto un Piano di Assistenza Individuale (PAI) personalizzato e centrato sul bisogno sanitario e sociosanitario del soggetto.

■ La terza fase prevede l'attivazione di meccanismi di integrazione, facilitazione e coordinamento, indispensabili per la concreta realizzazione del PAI e per una effettiva continuità assistenziale. Il processo organizzativo deve prevedere il collegamento funzionale degli erogatori e dei professionisti coinvolti nel processo assistenziale.

I principali meccanismi di integrazione sono rappresentati da: analisi dei fabbisogni e delle risorse disponibili; contratti sostenibili con erogatori funzionali al soddisfacimento dei bisogni; attivazione di programmi inseriti in una logica di lungo-assistenza, che tenga anche conto di eventuali necessità di assistenza intermedia (*discharge planning*; standardizzazione della formazione dei professionisti coinvolti; standardizzazione delle regole professionali attraverso audit clinici e applicazione delle logiche della Evidence Based Medicine all'interno di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali).

Un momento importante è l'individuazione di una funzione di case manager per il singolo assistito (Kanter 1989), che si occuperà di facilitare l'implementazione e lo sviluppo del percorso di assistenza socio-sanitario individuato. Il case manager è spesso un infermiere che segue tutta la parte organizzativa e facilita i contatti della persona assistita con gli operatori e con le strutture organizzative di riferimento.

■ La quarta fase prevede la rivalutazione – a livello individuale – delle condizioni di salute della persona assistita, attraverso l'intervento di pro-

TABELLA 1 - Le quattro fasi del processo di presa in carico dell'anziano non autosufficiente da parte del sistema sanitario

Fasi	Chi	Attività
1. Accesso: <ul style="list-style-type: none"> • Intercettazione del bisogno/accesso • Decodifica iniziale del bisogno di assistenza 	Infermieri/Operatori sanitari di Assistenza e/o Assistenti sociali e/o Amministrativi. Può avvenire in via personale, telematica o per telefono.	<ul style="list-style-type: none"> • registrazione del caso con la compilazione di una scheda di contatto; • prioritizzazione del bisogno: prima analisi del bisogno; • informazione e orientamento del paziente alle fasi successive.
2. Valutazione Multidimensionale del bisogno e produzione di un Piano Assistenziale Individuale	<ul style="list-style-type: none"> • Modalità strutturale: presenza di una unità dedicata alla ricomposizione delle varie dimensioni del bisogno. • Modalità funzionale: procedure di valutazione multidimensionale nelle sedi di erogazione. 	<ul style="list-style-type: none"> • valutazione multidimensionale; • definizione del PAI.
3. Coordinamento attuativo tra erogatori e azione di case management	Case Manager; clinici; professionisti della salute e strutture sanitarie coinvolte.	<ul style="list-style-type: none"> • individuazione del Case Manager; Coordinamento, gestito dal Case Manager, rivolto a clinici e a strutture di riferimento; • definizione di meccanismi di coordinamento per il collegamento funzionale degli erogatori e dei professionisti coinvolti al fine di realizzare interventi integrati sull'intera popolazione bersaglio.
4. Monitoraggio e rivalutazione	Professionisti sanitari specificamente individuati per questa funzione (Mmg; Geriatra; Infermiere etc.).	<ul style="list-style-type: none"> • valutazione delle condizioni di salute dell'assistito; • valutazione a livello di sistema per la verifica e l'indirizzo della continuità assistenziale.

fessionisti sanitari e sociali specificamente identificati per questa funzione (Mmg, geriatra, infermiere, assistente sociale, ecc.) e la valutazione – a livello di sistema – dell'effettiva attivazione della continuità assistenziale (valutazione dei programmi di committenza; valutazione della formazione dei professionisti coinvolti; valutazione del grado di attivazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali sulla popolazione assistita).

Le quattro fasi del processo organizzativo di presa in carico istituzionale sono sinteticamente rappresentate nella tabella 1.

METODI

Inizialmente il gruppo di ricerca ha condiviso alcune definizioni operative riguardanti l'assistenza domiciliare integrata e l'assistenza residenziale e semiresidenziale, tenendo conto dei decreti ministeriali dei flussi informativi⁶ e di altri documenti programmatori di riferimento (vedi Box 1). Tali definizioni non sono ovvie, infatti sono ben note le diversità presenti nei modelli regionali per quanto concerne l'“assistenza domicilia-

re integrata” e le diverse tipologie di assistenza residenziale, nonostante lo sforzo di razionalizzazione operato dal Programma Mattoni del Ssn e da successivi documenti della Commissione Lea. Si fa riferimento, in particolare, al documento dell'ottobre 2006 sulla caratterizzazione delle cure domiciliari e al documento del 2007 con le categorie di residenze riprese poi nel flusso informativo FAR (categorie R1, R2, R2D, R3, SR1, SR2).

Va evidenziata la scelta di fondo della ricerca, che ha inteso rilevare l'ADI erogata direttamente dalle aziende sanitarie locali tramite servizi pubblici e privati accreditati. A tale definizione si riconducono anche i casi di erogazione dei servizi ADI da parte di strutture pubbliche e private accreditate, alle quali il cittadino si rivolge a seguito di attribuzione di un credit o un voucher di tipo sociosanitario. Non si prendono in considerazione, nella ricerca, i sostegni di tipo economico, quali gli assegni di cura, le indennità di accompagnamento, che non sono oggetto della rilevazione dei flussi ministeriali considerati. L'apporto di tipo sociale, familiare o professionale, è

6 D.M. 17 dicembre 2008.

stato misurato in alcuni indicatori, nei limiti strettissimi considerati dai flussi SIAD e FAR.

Fonte dei dati

Fonte dei dati sono alcuni dei flussi amministra-

tivi correnti: SDO (schede di dimissione ospedaliera), PS (pronto soccorso), FAR (prestazioni residenziali e semiresidenziali) e SIAD (monitoraggio dell'assistenza domiciliare). In aggiunta le regioni hanno fornito un codice identificativo uni-

BOX 1 - Definizione assistenza domiciliare integrata e assistenza residenziale

Le cure domiciliari rilevate dal flusso SIAD rilevano la parte più strettamente sanitaria dell'assistenza domiciliare con alcuni elementi dell'area socio-assistenziale. Essa si incardina sulla famiglia (tenuta alla cura, alla custodia e alla fornitura degli alimenti), sui servizi sociali (domiciliari, economici e residenziali), sulla rete vicinale e sul volontariato, che nel loro insieme costituiscono la rete socio-assistenziale. Pertanto all'assistenza sanitaria possono concorrere anche la famiglia, l'assistenza privata a pagamento e altri componenti della rete socio-assistenziale (ad esempio: Operatori Socio-Sanitari del Comune o del Distretto).

Il flusso informativo SIAD rileva il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate in forma programmata da operatori afferenti al Ssn a persone assistite presso il proprio domicilio in coerenza con il decreto attuativo del suddetto sistema, di cui al D.M. 17 dicembre 2008, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 6 del 9 gennaio 2009 (Da: Specifiche Funzionali dei tracciati SIAD, dicembre 2011, e Mattone 13 - Assistenza primaria e prestazioni domiciliari pubblicato sul sito internet www.nsis.salute.gov.it).

Il flusso, previsto come obbligatorio a partire dal 1° gennaio 2012 quale requisito vincolante per l'accesso ai fondi del finanziamento integrativo a carico dello Stato, in generale è finalizzato a:

- dare conto dei problemi di salute e assistenza a soggetti in regime domiciliare, compresi i malati in cure palliative;
- iniziare a misurare l'integrazione socio-sanitaria attraverso l'inserimento di alcuni elementi (es. presenza del supporto sociale);
- documentare l'attività della VMD effettuate dai servizi distrettuali o da altri organismi secondo i modelli regionali - la valutazione dell'assistito in cure domiciliari è una delle principali innovazioni del flusso, che va a rendere conto non soltanto di "quanto" si è fatto nel periodo di competenza, ma anche del "perché" lo si è fatto.

ADI

L'assistenza domiciliare integrata è la forma di assistenza domiciliare che richiede diverse competenze professionali sanitarie e sociali al fine di rispondere ad un bisogno complesso di persone, in condizioni di non autosufficienza parziale o totale e che necessitano di un'assistenza continuativa di tipo sociosanitario.

Lo scopo è garantire l'assistenza presso il domicilio dell'assistito o, per favorire le dimissioni, completare trattamenti complessi eseguiti in ospedale o in struttura residenziale. Si realizza tramite l'erogazione coordinata e continuativa di diverse prestazioni tra loro integrate, sia sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa) sia socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche) al domicilio, da parte di diverse figure professionali.

La responsabilità clinica è attribuita al medico di medicina generale e la sede organizzativa è nel distretto. L'attivazione dell'ADI richiede una volta intercettato il bisogno, la valutazione multidimensionale e la definizione di un piano personalizzato di assistenza, con individuazione degli obiettivi di cura e dei tempi di recupero, delle tipologie di intervento e della frequenza degli accessi. La valutazione è effettuata con diversi professionisti: Mmg, infermiere, terapeuta della riabilitazione, assistente sociale, specialista di riferimento dell'azienda sanitaria e, se necessario, lo psicologo.

Assistenza residenziale e semiresidenziale

L'assistenza residenziale e semiresidenziale è definita come l'insieme di interventi, procedure e attività sanitarie e sociosanitarie erogate a persone non autosufficienti e non assistibili a domicilio, in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, all'interno di idonee strutture "accreditate" per la specifica funzione. Per unità d'offerta accreditata si intende un'unità organizzativa di risposta assistenziale di carattere residenziale e/o semiresidenziale.

Il flusso FAR

Il flusso FAR monitora l'assistenza residenziale e semiresidenziale. Le informazioni rilevate sono riconducibili principalmente a:

- dati anagrafici dell'assistito;
- contenuti informativi associati alle strutture erogatrici e alla tipologia di prestazioni erogate;
- dati relativi all'ammissione e alla dimissione dell'assistito dalla singola struttura;
- valutazione;
- conclusione dell'assistenza.

Le prestazioni in assistenza residenziale e semiresidenziale sono state raggruppate in tipologie omogenee per livelli assistenziali, malgrado non tutte le regioni rispettino la classificazione ministeriale condivisa dal Programma Mattoni - Mattone 12 e sancita nel DM 17 dicembre 2008.

Codice Tipologie di Prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone anziane (flusso FAR)

R1 Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali intensive a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale, essenziale per il supporto alle funzioni vitali e in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (riferiti a persone in condizione di stato vegetativo o coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, persone terminali ecc.).

R2 Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde, ecc.).

R2D Trattamenti erogati a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività (Unità d'offerta Residenziali).

R3 Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità d'offerta Residenziali di Mantenimento).

SR1 Trattamenti Semiresidenziali - trattamenti di riabilitazione e di mantenimento per anziani erogati in Unità d'offerta o in centri diurni.

SR2 Trattamenti Semiresidenziali Demenze - trattamenti di cure estensive per persone con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale erogate in Unità d'offerta o in centri diurni.

voco anonimo a livello regionale e la data di segnalazione del bisogno assistenziale da parte dell'utente (non prevista nei tracciati ministeriali FAR e SIAD, ma raccolta in sede regionale). L'identificativo univoco è la chiave di linkage utilizzata per collegare le informazioni dell'utente contenute nei diversi flussi.

La richiesta dati ai referenti regionali del progetto è avvenuta specificando i criteri di estrazione record per ogni flusso (tabella 2).

Sono state, inoltre, create tre variabili, identificate dal Gruppo della ricerca, sulla base di opportuni algoritmi che tengono conto degli assi fondamentali della valutazione del bisogno (autonomia, aspetti cognitivi, disturbi del comportamento, supporto sociale, mobilità) presenti nei flussi SIAD e FAR. Le tre variabili sono

- **asse funzionale:** *proxy* della condizione motorio-funzionale dell'anziano;
l'asse funzionale, determinato dalla combinazione del profilo autonomia funzionale e del grado di mobilità, è stato definito sommando i valori ottenuti dalle due variabili (1 = lieve, 2 = moderato, 3 = grave) e classificando la variabile su tre livelli (lieve: punteggio 2-3, moderato: punteggio 4, grave: punteggio 5-6);
- **asse sanitario:** *proxy* della condizione sanitaria dell'anziano;

l'asse sanitario si basa su tre livelli di gravità crescente ed è stato determinato sulla base di un algoritmo che considera tre variabili: assistenza infermieristica, potenziale riabilitativo e prevenzione trattamento da decubiti (si veda Allegato 2 in coda alla ricerca);

- **Charlson Index⁷:** indice di comorbilità dell'anziano;

l'Indice di Charlson è un indice sintetico di comorbilità, che assume valori 0 (nessuna comorbilità), 1 (bassa comorbilità), 2 (comorbilità grave); si calcola applicando un algoritmo alle diagnosi (primarie e secondarie) da dimissione ospedaliera ricavate da tutti i ricoveri effettuati dal soggetto in un dato periodo di tempo (tre anni precedenti alla data di rilevazione dell'Indice di Charlson).

Sono state, inoltre, raccolte informazioni della popolazione ultra sessantaquattrenne residente nei territori oggetto dell'indagine.

Al termine di queste operazioni è stato creato un unico database a livello centrale.

Definizione delle patologie target

La popolazione target è costituita dai residenti ultra sessantaquattrenni con esito di bisogno socio-sanitario complesso a seguito della valutazione multidimensionale, presi in carico in assi-

7 D'Hoore W, Scotte C, Tilquin C, 1993: Risk adjustment in outcome assessment: the Charlson comorbidity index. *Methods of Information in Medicine* [1993, 32(5):382-7].

TABELLA 2 - Campi richiesti per ogni flusso

Flusso	Selezione	Estrazione
FAR	01/07/2010 ≤ Data dimissione ≤ 30/06/2011 o data dimissione non valorizzata	Tutto il tracciato record
SIAD	01/07/2010 ≤ Data conclusione presa in carico ≤ 30/06/2011 o data conclusione presa in carico non valorizzata	Tutto il tracciato record
SDO	30/06/2007 ≤ Data dimissione ≤ 01/10/2011	Data ammissione Data dimissione Reparto ammissione Reparto dimissione Diagnosi di dimissione principale Diagnosi di dimissione secondarie DRG
PS	01/04/2010 ≤ Data accesso ≤ 01/10/2011	Data accesso Codice triage
Dati aggiuntivi		Identificativo univoco Data segnalazione

stenza residenziale/semiresidenziale o assistenza domiciliare integrata, in data antecedente al 1 luglio 2011.

Per alcuni indicatori l'analisi è limitata ai soggetti presi in carico in data compresa nel periodo di riferimento (1 luglio 2010 - 30 giugno 2011), mentre per altri indicatori sono stati presi in esame tutti coloro per i quali viene rilevato almeno un giorno di presa in carico durante il periodo di riferimento, anche se la presa in carico è stata antecedente al 1 luglio 2010.

Processo di definizione degli indicatori

La scelta degli indicatori è stata effettuata tenendo conto prioritariamente della loro fruibilità in termini di scelte programmatiche e dalla disponibilità dei dati dei flussi informativi.

In generale, i criteri qualitativi che hanno guidato la definizione degli indicatori sono

- **Rilevanza:** livello di soddisfazione dei bisogni conoscitivi reali da parte dell'informazione statistica.
- **Accuratezza:** capacità dell'informazione statistica di descrivere correttamente i fenomeni. Può essere inficiata da
 - elevata percentuale di missing;
 - disomogeneità nella codifiche adottate.
- **Tempestività:** tempo che intercorre tra il verificarsi dell'evento e la disponibilità del dato;
- **Interpretabilità:** facilità di interpretazione degli esiti. Può essere coadiuvata dalla disponibilità di informazioni supplementari e/o metadati.
- **Continuità:** disponibilità dell'informazione statistica senza interruzioni temporali.

Il set di indicatori è stato definito seguendo idealmente il processo organizzativo di Presa In Carico (PIC) da parte del sistema di regolamentazione (tabella 3).

Definiti gli indicatori, alcuni sono stati in seguito scartati a causa della scarsa qualità del dato.

Le cause principali che hanno determinato questa scelta sono state le seguenti:

- nel processo di presa in carico regionale non è prevista azione e, di conseguenza, il relativo campo del flusso non è valorizzato sistematicamente;
- i dati presenti nei flussi informativi non descrivono accuratamente l'attività erogata, a causa di problematiche organizzative legate all'inserimento dati o della scarsa tempestività nella disponibilità del dato;
- elevata percentuale di dati mancanti nella compilazione del campo.

Il periodo di riferimento per il calcolo dell'indicatore va dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2011.

Disponibilità dei dati nelle Regioni

Le tabelle che seguono mostrano, per area geografica indagata e per ambito assistenziale (assistenza domiciliare integrata e assistenza residenziale/semiresidenziale) l'effettiva disponibilità, nel periodo di riferimento, dei dati derivanti dai flussi informativi SIAD e FAR utili a monitorare le fasi di presa in carico [+ dati disponibili; - dati non disponibili; + (dati aggiuntivi) indica che le informazioni sono ricavate da dati aggiuntivi regionali/aziendali].

segue a pag. 156 ►

TABELLA 3 - Ambiti di misurazione per la definizione del set di indicatori

Fasi del processo di Presa In Carico (PIC)	Ambiti di misurazione
Accesso	Accessibilità
Valutazione multidimensionale e Piano Assistenza Individuale	Corrispondenza tra caratteristiche valutative e servizi erogati
Coordinamento attuativo e azione di case management	Erogazione del servizio
Monitoraggio e rivalutazione	Rivalutazione

Assistenza domiciliare integrata - anziani (≥ 65)

NB: i dati tra parentesi in neretto si riferiscono ai nomi campo del tracciato del flusso ministeriale

Macrofase 1: ACCESSO

Microfase 1a) segnalazione

	Asl Milano	Sds Firenze e Pisa	Ulss Alto Vicentino e Ulss Vicenza
data	-	+ (dati aggiuntivi)	+ (dati aggiuntivi)
chi segnala (presa in carico/soggetto richiedente)	+	+	+
servizio richiesto	-	-	-

Note microfase 1a): Il cittadino o chi per lui segnala un bisogno (cittadino/familiare - ospedale - Mmg - sociale). La Lombardia non ha i dati aggiuntivi

Microfase 1b) prima lettura del bisogno e attivazione percorso valutativo

	Asl Milano	Sds Firenze e Pisa	Ulss Alto Vicentino e Ulss Vicenza
data attivazione percorso valutativo (presa in carico/data)	+ (data di primo accesso)	+ (data segnalazione 1a)	+ (data segnalazione 1a)

Note microfase 1b): Tale fase è svolta da chi riceve la segnalazione (Punto insieme in Toscana - Mmg in Lombardia - Mmg, ass. sociale, distretto in Veneto); si valuta se il bisogno è semplice o complesso, si decide se attivare il percorso

Macrofase 2: VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E PIANIFICAZIONE

Microfase 2a) valutazione multidimensionale

	Asl Milano	Sds Firenze e Pisa	Ulss Alto Vicentino e Ulss Vicenza
data di valutazione (valutazione/data)	+	+	+
dati valutativi (valutazione/patologia/disturbi/ alimentazione/trattamenti riab/ tutti dati valutativi)	+	+	+
Dati valutativi aggiuntivi (sono stati utilizzati per la validazione di algoritmi per la definizione del profilo di livelli assistenziali sulla base di dati comuni)	Intensità assistenziale del profilo di cura	Intensità assistenza tutelare (livello isogravità)	Intensità assistenziale del profilo di cura

Note Microfase 2a): La data della valutazione è la data della seduta collegiale conclusiva della UVM (in Lombardia corrisponde al primo accesso al domicilio)

Macrofase 3: COORDINAMENTO ATTUATIVO TRA EROGATORI E AZIONE DI CASE MANAGEMENT

Microfase 3a) erogazione dei servizi

	Asl Milano	Sds Firenze e Pisa	Ulss Alto Vicentino e Ulss Vicenza
dati di erogazione (erogazione: • Dati obbligatori: data accesso/tipo operatore • Dati facoltativi: numero accessi/tipo prestazioni/ numero prestazioni)	+ (dati obbligatori e facoltativi)	+ (solo dati obbligatori)	+ (eccetto "numero e tipo prestazioni")

Macrofase 4: MONITORAGGIO E RIVALUTAZIONE

Microfase 4a) rivalutazione

	Asl Milano	Sds Firenze e Pisa	Ulss Alto Vicentino e Ulss Vicenza
data di rivalutazione (rivalutazione/data)	+	+	+
motivo (rivalutazione/motivo)	+	+	+
dati valutativi (valutazione/conferma precedente/ nuovi dati valutativi)	+	+	+

Microfase 4b) sospensione

	Asl Milano*	Sds Firenze e Pisa	Ulss Alto Vicentino e Ulss Vicenza
data inizio (data inizio)	+	+	+
data fine (data fine)	+	+	+
Motivo (motivo)	+	+	+

*Note microfase 4b) La Lombardia registra la sospensione solo per ricovero ospedaliero < 16 gg

Microfase 4c): conclusione

	Asl Milano	Sds Firenze e Pisa	Ulss Alto Vicentino e Ulss Vicenza
Motivo (conclusione / motivazione)	+	+	+
data conclusione	+	+	+
dati valutativi (in caso di dimissione da vivo)	+	+	+

► segue da pag. 154

Algoritmi di calcolo degli indicatori

Per ogni indicatore sono stati definiti gli opportuni numeratori, denominatori, variabili dipendenti o indipendenti, tramite specifici algoritmi di calcolo. Alcuni algoritmi si

basano su linkage tra le informazioni dei vari flussi.

Ai fini del calcolo degli indicatori I1, I1 bis, I1 ter si è proceduto, in primo luogo, all'identificazione dei non autosufficienti nei dati multiscope⁸. In tale indagine il soggetto è classificato come non

8 Istat 2007: Indagine 2004-2005 Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari Anno 2005. http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070302_00/testointegrale.pdf

Assistenza residenziale e semiresidenziale - anziani (≥ 65)

NB: i dati tra parentesi in neretto si riferiscono ai nomi campo del tracciato del flusso ministeriale

Macrofase 1: ACCESSO

Microfase 1a) segnalazione

	Asl Milano	Sds Firenze e Pisa	Uiss Alto Vicentino e Uiss Vicenza
data	-	+ (dati aggiuntivi)	+ (dati aggiuntivi)
chi segnala (richiesta inserimento/ iniziativa)	+	+	+
servizio richiesto	-	-	-
provenienza (ammissione/tipo struttura provenienza)	+	+	+

Note microfase 1a): Il cittadino o chi per lui segnala un bisogno (cittadino - ospedale - Mmg - sociale...). La Lombardia non ha i dati aggiuntivi

Microfase 1b) prima lettura del bisogno e attivazione percorso valutativo

	Asl Milano	Sds Firenze e Pisa	Uiss Alto Vicentino e Uiss Vicenza
data attivazione percorso valutativo	+ (data di ammissione)	+ (data segnalazione 1a)	+ (data segnalazione 1a)

Note microfase 1b): tale fase è svolta da chi riceve la segnalazione (Punto insieme in Toscana - Mmg in Lombardia - Mmg, ass. sociale, distretto in Veneto); si valuta se il bisogno è semplice o complesso, si decide se attivare il percorso

Macrofase 2: VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E PIANIFICAZIONE

Microfase 2a) valutazione multidimensionale

	Asl Milano	Sds Firenze e Pisa	Uiss Alto Vicentino e Uiss Vicenza
data di valutazione (valutazione/data)	+	+	+
dati valutativi (valutazione/dati valutativi)	+	+	+
motivazione (richiesta inserimento/ motivazione (vedi tracciato 1))	+	+	+

Note microfase 2a): La data della valutazione è la data della seduta collegiale conclusiva della UVM

Macrofase 3: COORDINAMENTO ATTUATIVO TRA EROGATORI E AZIONE DI CASE MANAGEMENT

Microfase 3a) erogazione dei servizi

	Asl Milano	Sds Firenze e Pisa	Uiss Alto Vicentino e Uiss Vicenza
erogatore (codice Asl/codice struttura)	+	+	+
data ammissione (ammissione/data)	+	+	+
tipologia prestazione (prestazione/tipo)	+	+	+
tariffa prestazione	+	+	+
data dimissione (dimissione/data)	+	+	+
motivo (dimissione/tipologia)	+	+	+

Macrofase 4: MONITORAGGIO E RIVALUTAZIONE

Microfase 4a) rivalutazione

	Asl Milano	Sds Firenze e Pisa	Uiss Alto Vicentino e Uiss Vicenza
data di rivalutazione (valutazione/data se tipo valutazione = rivalutazione (2/3))	+	+	+
motivo (rivalutazione/tipo)	+	+	+
dati valutativi (rivalutazione/nuovi dati valutativi)	+	+	+

Microfase 4b) conclusione dimissione

	Asl Milano	Sds Firenze e Pisa	Uiss Alto Vicentino e Uiss Vicenza
data di dimissione (dimissione/data)	+	+	+
motivo (dimissione/tipologia)	+	+	+

autosufficiente se presenta la modalità “solo con l’aiuto di qualcuno” in almeno uno dei seguenti item:

- può mettersi e alzarsi da letto da solo;
- può sedersi e alzarsi da una sedia da solo;
- può vestirsi e spogliarsi da solo;
- può lavarsi le mani e il viso da solo;
- può mangiare da solo, anche tagliando il cibo da solo.

Altresì sono considerati non autosufficienti tutti coloro che hanno risposto “Sì” all’item: “Costretto sempre a letto anche disponendo dell’aiuto di qualcuno per alzarsi” (indipendentemente dalle risposte fornite agli altri item).

Una volta classificati i soggetti non autosufficienti, ai fini del calcolo della prevalenza attesa, sono state calcolate le prevalenze strato-specifiche (età e genere) di non autosufficienza sui dati multiscopo. Tali prevalenze sono state applicate alla struttura per età e genere regionale ottenendo il numero dei soggetti prevalenti attesi.

Per il calcolo dell’incidenza attesa i soggetti non autosufficienti prevalenti attesi sono divisi per le stime di sopravvivenza della non autosufficienza da letteratura (2,9 anni per gli uomini e 5 anni per le donne)⁹.

Per ogni indicatore è stato definito il dominio, la definizione, il significato e le modalità di calcolo,

ecc. come riportato a titolo esemplificativo in tabella 4.

Il calcolo degli indicatori

Gli indicatori possono essere definiti secondo quattro macro-categorie.

Rapporto

Definito un numeratore e un denominatore, la formula di calcolo prevede il rapporto numeratore/denominatore. In alcuni casi il risultato è espresso con un coefficiente moltiplicativo percentuale.

Tasso

Si tratta di un rapporto (numeratore/denominatore) nel quale il denominatore misura anche la componente temporale legata all’esposizione. Quindi al denominatore non si trova la semplice sommatoria dei soggetti, ma la sommatoria dei periodi di esposizione di ogni soggetto (tempo-persona). Nel nostro caso il denominatore è rappresentato dalla somma delle giornate di presa in carico effettuate da ogni anziano. Il coefficiente moltiplicativo del tasso può essere espresso in giorni-persona, mesi-persona o anni-persona.

Sia per il tasso sia per il rapporto, la standardiz-

⁹ Keeler E., Guralnik J.M., Tian H., Wallace R. B., Reuben D. B., 2010. The Impact of Functional Status on Life Expectancy in Older Persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2010 July; 65(7):727-733.

TABELLA 4 - Esempio di scheda indicatore

Id Indicatore	Nome dell'indicatore
Dominio	Descrive il dominio del processo di presa in carico nel quale si inserisce l'indicatore
Definizione	Descrive l'indicatore, i casi definiti e come questi si combinano tra loro tramite l'algoritmo di calcolo
Significato	Individua ciò che l'indicatore intende misurare e la sua interpretabilità
Numeratore (o Variabile dipendente)	Riporta l'algoritmo di selezione dei casi che costituiscono il numeratore (o la variabile dipendente)
Denominatore (o Variabile indipendente)	Riporta l'algoritmo di selezione dei casi che costituiscono il denominatore (o la variabile indipendente)
Formula matematica	Riporta la formula di calcolo dell'indicatore, che indica come si combinano tra loro numeratore e denominatore (o variabile dipendente e indipendente)
Standardizzazione (o aggiustamenti)	Indica le eventuali variabili per le quali l'indicatore è standardizzato o aggiustato
Fonti	Fonte del dato
Note	Riporta osservazioni derivanti dal calcolo e le peculiarità delle aree di studio

zazione per altre variabili presuppone l'applicazione dei tassi/rapporti strato-specifici regionali ad una struttura strato-specifica standard, comune alle tre Regioni. Tramite la standardizzazione il confronto tra regioni non risentirà più dell'effetto delle variabili per le quali si è standardizzato.

Indice di correlazione

Si valuta la correlazione tra due variabili, delle quali almeno una è di tipo quantitativo. La misura utilizzata è il coefficiente di correlazione di *Spearman*. Valori prossimi allo 0 indicano un'assenza di correlazione tra le due variabili; valori vicini a +1 una forte correlazione positiva; valori vicini a -1 una forte correlazione negativa. Ad esempio alcuni degli indicatori valutano quanto il profilo valutativo è correlato con la tipologia del processo di presa in carico.

Oltre alla stima puntuale, l'indice ha o meno una significatività statistica (individuata da un valore del $p < 0.05$ nelle tabelle dei risultati), in assenza della quale la correlazione tra le due variabili può dirsi casuale, non vera.

In alcuni casi l'indice è stato aggiustato per altre variabili, ottenendo così una misura di correlazione che non risente dell'effetto di queste ultime.

In sede di presentazione dei risultati, viene sempre inserita una tabella descrittiva dei diversi valori della variabile dipendente per ogni modalità (livello) di quella indipendente.

Indice di associazione (Odds Ratio)

Si valuta l'associazione tra due variabili, entrambe di tipo qualitativo. La variabile dipendente è sempre di tipo binomiale, presenta cioè due sole modalità (ad esempio Sì/No).

L'*Odds Ratio* varia tra 0 e $+\infty$, il valore 1 indica assenza di associazione tra le due variabili, un valore < 1 indica che al variare della variabile indipendente diminuisce la probabilità che la variabile dipendente assuma la modalità individuata come "caso", un valore > 1 viceversa in-

dica un aumento in questa probabilità. Naturalmente valori crescenti indicano associazioni più forti.

L'esempio tipico del nostro studio è quello in cui si desidera misurare la variazione nella probabilità che l'anziano sia inserito in un percorso (ad esempio residenziale vs domiciliare) all'aggravarsi (o al miglioramento) di una dimensione valutativa (ad es. livello di mobilità o presenza di rete sociale).

L'*Odds Ratio* aggiustato, calcolato tramite modello di regressione logistica, fornisce una misura dell'associazione in studio priva del possibile effetto confondente di altre variabili. L'intervallo di confidenza (IC) è calcolato al 95%.

Anche l'*Odds Ratio*, in sede di presentazione dei risultati, è sempre accompagnato da una tabella descrittiva, che riassume come si combinano tra loro le modalità della variabile dipendente e indipendente.

RISULTATI

La popolazione oggetto di studio risulta distribuita in territori diversi: di tipo metropolitano per la Asl di Milano e la Società della Salute di Firenze, prevalentemente urbano per la Società della Salute Pisana e per la Ulss di Vicenza, di tipo extraurbano per l'Ulss Alto-Vicentino (tabella 5).

Gli anziani ultra sessantaquattrenni rappresentano il 17% circa nelle Ulss Venete, il 26,8% nella Società della Salute di Firenze, il 24,3% nella Società della salute Pisana e il 23,4% nella Asl di Milano (tabella 5).

Nel periodo di riferimento, sono stati identificati 7.759 record nei flussi FAR e SIAD, corrispondenti a 7.237 persone prese in carico di età ≥ 65 anni e residenti nelle realtà locali delle tre regioni coinvolte. Il 47% dei soggetti ha una età ≥ 85 anni e il 65% circa sono donne.

Nel flusso FAR i soggetti con età ≥ 85 anni sono il 53,0% con valori che oscillano dal 42,5% nelle Ulss Venete al 56,3% della Asl di Milano (tabella 6). In tutte le realtà studiate le donne

hanno un'età media superiore a quella degli uomini.

Nel flusso SIAD i soggetti con età ≥ 85 anni sono il 39,9% con valori che variano dal 24,9% nel-

le Ulss Venete al 49,1% delle Società della Salute Toscane (tabella 7). Come per il flusso FAR in tutte le realtà studiate le donne hanno un'età media superiore a quella degli uomini.

TABELLA 5 - Informazioni demografiche

	Area di studio				
	Asl Milano	SdS Firenze	SdS Pisa	Ulss Alto Vicentino	Ulss Vicenza
Distretti	7	1	1	2	4
Popolazione totale della Asl/SdS	1.593.400	368.901	195.473	188.265	318.436
Popolazione >64 anni nella Asl/SdS	372.782	98.861	47.414	32.573	54.378
% Popolazione > 64 anni della Asl/SdS sul totale della popolazione della Regione	18,9	8,2	3,9	3,3	5,6
% Popolazione > 64 anni nella Asl/SdS	23,4	26,8	24,3	17,3	17,1

Distribuzione (%) della Popolazione >64 anni delle Asl/SdS nelle diverse tipologie di territorio	Area di studio				
	Asl Milano	SdS Firenze	SdS Pisa	Ulss Alto Vicentino	Ulss Vicenza
Area Metropolitana	100	100	0	0	0
Area Urbana	0	0	94,5	36,0	36,3
Area Extraurbana	0	0	5,5	47,3	63,7
Area Montana	0	0	0	16,8	0

TABELLA 6 - Distribuzione per età e genere dei nuovi assistiti in strutture residenziali e semiresidenziali nel periodo di riferimento - flusso FAR

Area di studio	Genere	FAR			
		N	65-74 %	75-84 %	85+ %
Asl Milano	M	876	12,1	42,7	45,2
	F	2.255	6,1	33,3	60,6
	TOT	3.131	7,8	35,9	56,3
SdS Firenze-SdS Pisa	M	47	21,3	31,9	46,8
	F	121	10,7	37,2	52,1
	TOT	168	13,7	35,7	50,6
Ulss Alto Vicentino - Ulss Vicenza	M	280	20,0	53,6	26,4
	F	643	9,5	41,0	49,5
	TOT	923	12,7	44,8	42,5
Totale	M	1.203	14,3	44,8	40,9
	F	3.019	7,1	35,0	57,9
	TOT	4.222	9,1	37,9	53,0

TABELLA 7 - Distribuzione per età e genere dei nuovi assistiti in domiciliare, nel periodo di riferimento - flusso SIAD

Area di studio	Genere	SIAD			
		N	65-74 %	75-84 %	85+ %
Asl Milano	M	1.253	20,7	45,7	33,6
	F	1.545	14,4	40,4	45,2
	TOT	2.798	17,3	42,7	40,0
SdS Firenze-SdS Pisa	M	147	17,0	39,5	43,5
	F	295	10,8	37,3	51,9
	TOT	442	12,9	38,0	49,1
Ulss Alto Vicentino - Ulss Vicenza	M	151	31,1	47,0	21,9
	F	146	32,2	39,7	28,1
	TOT	297	31,7	43,4	24,9
Totale	M	1.551	21,4	45,2	33,4
	F	1.986	15,2	39,8	45,0
	TOT	3.537	17,9	42,2	39,9

La tabella 8 mostra la distribuzione della tipologia di assistenza erogata in ambito domiciliare e residenziale/semiresidenziale; nelle aree di studio toscane circa tre quarti degli assistiti ricevono assistenza domiciliare, mentre il 25% è ospite di strutture per riabilitazione e mantenimento (R3). Nella Asl di Milano gli assistiti a domicilio sono il 47,2%, mentre poco più della metà sono ospiti di strutture a bassa necessità di tutela sanitaria (R2). Infine nelle Ulss venete il 24,3% riceve assistenza domiciliare, il 46,8% è ospite di strutture in R2 e il 23,4% in strutture R3. Dal confronto delle tabelle 9 e 10 si osserva che le persone anziane assistite in ambito residenziale presentano una maggiore gravità nel livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana (88,9% con dipendenza moderata/grave) e han-

no una ridotta mobilità (91,3% con dipendenza moderata/grave) rispetto alle persone anziane in assistenza domiciliare (rispettivamente 85,3% e 81,7%). Esiste a riguardo una notevole variabilità tra gli ambiti territoriali analizzati, considerato il diverso approccio nella presa in carico della persona non autosufficiente, che riflette peculiarità organizzative tipiche dei contesti esaminati. Nel flusso FAR il 41,2% dei presi in carico ha disturbi del comportamento, mentre nel flusso SIAD il 31,2% presenta disturbi classificati come moderati o gravi.

Per quel che concerne il supporto sociale circa il 50% degli ospiti di strutture residenziali non ha un sostegno socio-familiare; mentre il 18,5% degli assistiti a domicilio è in tale condizione (tabella 9).

TABELLA 8 - Distribuzione per tipologia di assistenza dei nuovi assistiti in domiciliare e residenziale/semiresidenziale nel periodo di riferimento per percorso - Flusso SIAD e FAR

Area di studio	Flusso SIAD e FAR						ADI	Totale
	R1	R2	R2D	R3	SR1	SR2		
Asl Milano	0,9 %	51,5 %	0,3 %	-	-	-	47,2 %	5.929
SdS Firenze - SdS Pisa	-	-	0,3 %	25,4 %	0,7 %	1,1 %	72,5 %	610
Ulss Alto Vicentino - Ulss Vicenza	-	46,8 %	0,8 %	23,4 %	3,7 %	1,0 %	24,3 %	1.220
Totale	56	3.626	32	440	50	18	3.537	7.759

TABELLA 9 - Distribuzione per variabile di valutazione dei nuovi assistiti in assistenza residenziale e semiresidenziale, nel periodo di riferimento - Flusso FAR

Area di studio	Autonomia (%)	Disturbi Cognitivi (%)	Disturbi del Comportamento (%)	Grado di Mobilità (%)	Supporto sociale (%)	Asse funzionale (%)
Asl Milano N. 3.131	1	13,8	36,6	47,8	7,2	13,4
	2	31,5	34,5	52,2	35,7	21,0
	3	54,7	28,9	-	57,1	65,6
SdS Firenze - SdS Pisa N. 168	1	4,8	19,6	56,0	26,8	17,3
	2	20,2	52,4	44,0	14,3	16,1
	3	75,0	28,0	-	58,9	23,8
Ulss Alto Vicentino - Ulss Vicenza * N. 923	1	2,6	31,3	96,6	10,4	11,4
	2	58,6	50,5	3,4	15,9	24,9
	3	38,8	18,2	-	73,7	59,4
Totale ** N. 4.222	1	11,1	34,8	58,8	8,7	13,1
	2	36,7	38,7	41,2	30,5	19,5
	3	52,2	26,5		60,8	67,4

* Nelle aree Ulss Alto Vicentino - Ulss Vicenza il totale dei casi presi in carico che hanno ricevuto una valutazione multidimensionale per autonomia e asse funzionale è N.871; per supporto sociale è N. 690.

** Il totale di tutte le aree di studio per autonomia e asse funzionale è N. 4.170; per il supporto sociale è N. 3.989.

LEGENDA Tabella 9

	Autonomia	Disturbi Cognitivi	Disturbi del Comportamento	Grado di Mobilità	Supporto sociale	Asse funzionale
1	Autonomo	Assenti/lievi	Assenti	Assenti/lievi	Presente	Lieve
2	Parzialmente autonomo	Moderati	Presenti	Moderati	Parziale/Temporaneo	Moderato
3	Totalmente dipendente	Gravi		Gravi	Assente	Grave

Differenze si riscontrano per il livello cognitivo e i disturbi del comportamento (quindi chi ha un disturbo di tipo cognitivo è più probabile che abbia un disturbo nel comportamento). Non vi è correlazione tra mobilità e il livello cognitivo (tabella 11). Esiste una moderata correlazione tra dipendenza in termini di autonomia e livelli di mobilità per i soggetti rilevati nel flusso FAR, men-

tre la correlazione risulta più elevata nei soggetti in assistenza domiciliare (tabella 11).

Per poter monitorare il processo di presa in carico sono stati identificati 36 indicatori, distribuiti tra i diversi ambiti di misurazione, che riguardavano l'accessibilità, la corrispondenza tra caratteristiche valutative e risposta erogata, l'erogazione del servizio e il monitoraggio.

TABELLA 10 - Distribuzione per variabile di valutazione dei nuovi assistiti nel periodo di riferimento in assistenza domiciliare - Flusso SIAD

Area di studio		Asse sanitario° (%)	Autonomia (%)	Disturbi Cognitivi (%)	Disturbi del Comportamento (%)	Grado di Mobilità (%)	Supporto sociale (%)	Asse funzionale (%)
Asl Milano N.2.798	1	72,1	10,0	54,1	66,6	12,6	0,2	12,5
	2	20,2	60,6	22,8	15,2	36,6	99,8	35,9
	3	7,7	29,4	23,1	18,2	50,8	-	51,6
SdS Firenze - SdS Pisa N. 442	1	56,1	8,4	25,4	62,3	20,1	54,8	15,7
	2	27,4	15,6	47,5	33,9	6,8	34,8	7,2
	3	16,5	76,0	27,1	3,8	73,1	10,4	77,1
Ulss Alto Vicentino - Ulss Vicenza * N. 297	1	54,2	72,6	83,6	99,7	71,1	90,7	75,5
	2	38,7	17,9	7,7	-	7,6	8,0	6,6
	3	7,1	9,5	8,7	0,3	21,3	1,3	17,9
Totale ** N. 3.537	1	68,6	14,7	52,9	68,8	18,3	13,0	17,8
	2	22,6	51,6	24,6	16,3	30,5	85,6	29,9
	3	8,8	33,7	22,5	14,9	51,2	1,4	52,3

* Nelle aree Ulss Alto Vicentino - Ulss Vicenza il totale dei casi presi in carico che hanno ricevuto una valutazione multidimensionale per autonomia e asse funzionale è N.274; per disturbi cognitivi, disturbi del comportamento e grado di mobilità è N. 287; per supporto sociale è N. 225.
 ** Il totale di tutte le aree di studio è per autonomia e asse funzionale N.3514; per disturbi cognitivi, disturbi del comportamento e mobilità è N. 3.527; per supporto sociale è N. 3.465.
 ° cfr Allegato 2

LEGENDA Tabella 10

	Asse sanitario* (%)	Autonomia (%)	Disturbi Cognitivi (%)	Disturbi del Comportamento (%)	Grado di Mobilità (%)	Supporto sociale (%)	Asse funzionale (%)
1	Lieve (bassa)	Autonomo	Assenti/lievi	Assenti/lievi	Assenti/lievi	Presente	Lieve
2	Moderato (intermedia)	Parzialmente autonomo	Moderati	Moderati	Moderati	Parziale/ Temporaneo	Moderato
3	Grave (elevata)	Totalmente dipendente	Gravi	Gravi	Gravi	Assente	Grave

TABELLA 11 - Correlazione di Spearman tra le variabili della valutazione, aggiustata per età e genere

		Area di studio	Autonomia	Disturbi Cognitivi	Grado di Mobilità
FAR	Disturbi Cognitivi	Asl Milano	0,45***	-	-
		SdS Firenze - SdS Pisa	0,14	-	-
		Ulss Alto Vicentino - Ulss Vicenza	0,38***	-	-
	Grado di Mobilità	Asl Milano	0,57***	0,27***	-
		SdS Firenze - SdS Pisa	0,63***	0,01	-
		Ulss Alto Vicentino - Ulss Vicenza	0,44***	0,03	-
SIAD	Disturbi Cognitivi	Asl Milano	0,52***	-	-
		SdS Firenze- SdS Pisa	0,31***	-	-
		Ulss Alto Vicentino - Ulss Vicenza	0,70***	-	-
	Grado di Mobilità	Asl Milano	0,70***	0,42***	-
		SdS Firenze- SdS Pisa	0,67***	0,24***	-
		Ulss Alto Vicentino - Ulss Vicenza	0,91***	0,70***	-

Legenda Tabella 11: *p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

Tali indicatori sono stati discussi e condivisi dal gruppo di ricerca e ne sono, infine, stati selezionati 15, che hanno le caratteristiche di rilevanza e validità (*face validity*), calcolabili anche nella attuale fase di iniziale implementazione dei flussi SIAD e FAR.

Di seguito si riportano le caratteristiche e i risultati dei principali indicatori sviluppati, descritti in schede per ambiti di misurazione.

Per quel che concerne l'equità, sono stati identificati tre indicatori trasversali a tutti gli altri indicatori; l'equità è riconducibile all'effetto del livello di istruzione (presente sia nel flusso SIAD sia nel FAR), alla condizione economico-reddituale (presente solo nel flusso FAR) e all'indice di deprivazione a livello di sezione censimento, sulle diverse dimensioni indagate. In questa ricerca, la valutazione dell'equità non è stata possibile per incompleta disponibilità dei dati necessari per il calcolo degli indicatori.

ACCESSIBILITÀ

Indicatore I; I Bis; I Ter

Con il fine di valutare se la domanda di servizi di assistenza per l'anziano non autosufficiente è stata soddisfatta nelle tre realtà coinvolte nel progetto, è stato calcolato il numero atteso di anziani non autosufficienti nel periodo di riferimento di un anno. Sulla base dei dati di attività rilevati, nella Asl di Milano è stato preso in carico l'81,6% dei non autosufficienti attesi (*Indicatore I1 Ter*). In particolare il 39,7% ha avuto un piano di assistenza domiciliare (*Indicatore I1*) e il 42,9% un inserimento in struttura residenziale o semiresidenziale (*Indicatore I1Bis*). Circa quattro non autosufficienti su cinque, quindi, trovano assistenza da parte dei servizi territoriali o residenziali. Resta insoddisfatto poco meno del 20% della domanda, del quale non siamo in grado di conoscere la tipologia ed il livello di assistenza.

Il valore dell'indicatore non è disponibile (n.d.) in Toscana e Veneto.

Indicatore I	
Id Indicatore	I I
Dominio	Accessibilità.
Definizione	Rapporto (percentuale) tra numero di anziani non autosufficienti assistiti in ambito domiciliare e numero stimato di anziani non autosufficienti nel periodo di riferimento.
Significato	Indica il grado di accessibilità da parte dell'anziano non autosufficiente al sistema di assistenza domiciliare integrata.
Numeratore	Numero di nuovi anziani non autosufficienti (≥ 65 anni) assistiti in ADI nel periodo di riferimento (data valutazione valorizzata e campo rivalutazione nullo).
Denominatore	Numero di nuovi anziani non autosufficienti (≥ 65 anni) attesi nel periodo di riferimento.
Formula matematica	$(\text{Numeratore}/\text{Denominatore}) \times 100$.
Fonti	Flusso SIAD; Istat.
Note	

Indicatore I	Nuovi anziani non autosufficienti		Oss/Att (%)
	Osservati	Attesi	
Area di studio			
Asl Milano	2.744	6.906	39,7
SdS Firenze – SdS Pisa	n.d.	n.d.	-
Ulss Alto Vicentino – Ulss Vicenza	n.d.	n.d.	-

Indicatore I Bis

Id Indicatore	I I Bis
Dominio	Accessibilità.
Definizione	Rapporto (percentuale) tra numero di anziani non autosufficienti assistiti in ambito residenziale/semiresidenziale e numero stimato di anziani non autosufficienti nel periodo di riferimento.
Significato	Indica il grado di accessibilità da parte dell'anziano non autosufficiente al sistema di assistenza residenziale e semiresidenziale.
Numeratore	Numero di nuovi anziani non autosufficienti (≥ 65 anni) ospiti in strutture residenziali/semiresidenziali nel periodo di riferimento (data valutazione valorizzata e campo rivalutazione nullo).
Denominatore	Numero di nuovi anziani non autosufficienti (≥ 65 anni) attesi nel periodo di riferimento.
Formula matematica	$(\text{Numeratore}/\text{Denominatore}) \times 100$.
Fonti	Flusso FAR; Istat.
Note	

Indicatore I Bis

Area di studio	Nuovi anziani non autosufficienti		Oss/Att (%)
	Osservati	Attesi	
Asl Milano	2.963	6.906	42,9
SdS Firenze – SdS Pisa	n.d.	n.d.	-
Ulss Alto Vicentino – Ulss Vicenza	n.d.	n.d.	-

Indicatore I Ter

Id Indicatore	I I Ter
Dominio	Accessibilità.
Definizione	Rapporto (percentuale) tra numero di anziani non autosufficienti assistiti in ambito residenziale/semiresidenziale e domiciliare e numero stimato di anziani non autosufficienti nel periodo di riferimento.
Significato	Indica il grado di accessibilità da parte dell'anziano non autosufficiente all'assistenza domiciliare diretta, semiresidenziale e residenziale.
Numeratore	Numero di nuovi anziani non autosufficienti (≥ 65 anni) assistiti in ambito residenziale/semiresidenziale e domiciliare nel periodo di riferimento (data valutazione valorizzata e campo rivalutazione nullo).
Denominatore	Numero di nuovi anziani non autosufficienti (≥ 65 anni) attesi nel periodo di riferimento.
Formula matematica	$(\text{Numeratore}/\text{Denominatore}) \times 100$.
Fonti	Flusso FAR; flusso SIAD; Istat.
Note	

Indicatore I Ter

Area di studio	Nuovi anziani non autosufficienti		Oss/Att (%)
	Osservati	Attesi	
Asl Milano	5.632	6.906	81,6
SdS Firenze – SdS Pisa	n.d.	n.d.	-
Ulss Alto Vicentino – Ulss Vicenza	n.d.	n.d.	-

Indicatore 2

I soggetti che attivano il processo organizzativo di presa in carico sono costituiti, prevalentemente, dalla “rete utente” per l’area di studio lombarda; “rete utente” e “servizi sociali” per quelle toscane; per le aree di studio venete sono costituiti da soggetti provenienti dalla “rete ospedaliera” per l’ambito domiciliare e dalla “rete utente” per l’ambito residenziale. Questo dato è strettamente correlato al modello organizzativo scelto dalle singole regioni; ad esempio, nella Regione Veneto l’ADI rilevata dal flusso SIAD appartiene prevalentemente al livello c.d. “ADI-MED” di media/alta gravità e di provenienza per lo più ospedaliera.

Le differenze sui soggetti “attivatori” ci consentono, tramite uno studio sul processo assistenziale, di conoscere più analiticamente le diverse forme di assistenza domiciliare che le regioni hanno sviluppato e che confluiscono nel flusso SIAD. Per la Regione Lombardia, la prevalenza dell’attivazione da parte della “rete utente” è coerente con il modello “consumer choice” o, meglio, con la scelta di incentrare il sistema sul bisogno e la richiesta del cittadino. Per la Regione Veneto la parte pubblica indirizza e controlla la scelta in ambito sociosanitario. Per la Toscana, il modello ad alta integrazione sociosanitaria rende la componente sociale particolarmente attiva nella promozione del servizio.

Indicatore 2

Id Indicatore	I 2 (I 2 a; I 2 b; I 2 c; I 2 d)
Dominio	Accessibilità.
Definizione	Proporzione di assistiti che accedono al sistema di presa in carico su segnalazione ospedaliera (I 2 a), dei servizi sociali (I 2 b), medica (I 2 c) o del familiare/utente (I 2 d) sul totale degli assistiti.
Significato	Esprime la capacità dell’ospedale (I 2 a), dei servizi sociali (I 2 b), del Mmg (I 2 c) o del familiare/utente stesso (I 2 d) di segnalare il bisogno determinando l’attivazione del processo di presa in carico istituzionale, sia esso in assistenza domiciliare sia in assistenza residenziale/semiresidenziale.
Numeratore a	Totale segnalazioni da rete ospedaliera (SIAD: presa in carico/soggetto richiedente=3,4 + FAR: richiesta inserimento/iniziativa=6) nel periodo di riferimento.
Numeratore b	Totale segnalazioni da servizi sociali (SIAD: presa in carico/soggetto richiedente=1 + FAR: richiesta inserimento/iniziativa=4) nel periodo di riferimento.
Numeratore c	Totale segnalazioni da medico (SIAD: presa in carico/soggetto richiedente=2 + FAR: richiesta inserimento/iniziativa=5) nel periodo di riferimento.
Numeratore d	Totale segnalazioni da rete familiare o utente (SIAD: presa in carico/soggetto richiedente=6 + FAR: richiesta inserimento/iniziativa=1,2,3) nel periodo di riferimento.
Denominatore a,b,c,d	Totale assistiti nel periodo di riferimento.
Formula matematica	(Numeratore / Denominatore) x 100.
Standardizzazione	Età, genere.
Fonti	Flusso SIAD; FAR.
Note	* In Regione Toscana la voce Altro corrisponde alla rete utente. ** In Regione Veneto la voce Altro corrisponde alla rete ospedaliera. *** Trattandosi di casi presi in carico, la stessa persona può essere contata più di una volta.

Indicatore 2

Area di studio	Segnalatore	assistiti	%	% standardizzata
Asl Milano N. 5.929	Rete ospedaliera	113	1,9	1,9
	Servizi sociali	14	0,2	0,2
	Medico	2.121	35,8	35,9
	Rete utente	3.529	59,5	59,3
	Altro	152	2,6	2,6
SdS Firenze - SdS Pisa N. 610	Rete ospedaliera	6	1,0	1,0
	Servizi sociali	181	29,7	29,3
	Medico	61	10,0	9,8
	Rete utente	44	7,2	7,2
	Altro*	318	52,1	52,8
Ulss Alto Vicentino - Ulss Vicenza N. 341	Rete ospedaliera	0	0,0	0,0
	Servizi sociali	11	3,2	3,3
	Medico	30	8,8	6,6
	Rete utente	89	26,1	29,7
	Altro	211	61,9	60,4

CARATTERISTICHE VALUTATIVE ED EROGAZIONE DEL SERVIZIO

Indicatore 3

La dimensione sociale, misurata tramite il livello di copertura fornito dalla rete sociale (assente, temporaneo o presente), è una possibile discriminante tra percorso domiciliare/semiresidenziale e residenziale, a parità di compromissione funzionale dell'anziano.

In Toscana l'assenza di copertura sociale rispetto alla presenza aumenta di circa cinque volte la probabilità di accedere ad un percorso residenziale piuttosto che ad un'assistenza domiciliare o semiresidenziale (*Odds Ratio* aggiustato

per età, genere ed asse funzionale è 4,77, IC 95% 2,78-8,17). Anche in Veneto la componente sociale si conferma come determinante nella scelta del piano assistenziale. L'assenza della copertura da parte della rete aumenta la probabilità di accedere ad una struttura residenziale di ben 38 volte (*Odds Ratio* aggiustato per età, genere ed asse funzionale pari a 38,38, IC 95% 18,90-77,91).

Entrambe le Regioni quindi, a parità di gravità funzionale, età e genere emersa in sede di valutazione, propendono verso il percorso residenziale nei casi di scarsa copertura sociale dell'anziano non autosufficiente.

Indicatore 3	
Id Indicatore	I3
Dominio	Corrispondenza tra caratteristiche valutative ed erogazione del servizio.
Definizione	Misura dell'associazione tra livello di copertura sociale (presente, temporaneo, assente) e tipologia di assistenza erogata (residenziale, diversa da residenziale) nel periodo di riferimento.
Significato	Indica quanto aumenta la probabilità che un anziano non autosufficiente sia preso in carico in assistenza residenziale nelle tipologie con necessità di tutela sanitaria (R2-R3), invece che in assistenza semiresidenziale o domiciliare, al diminuire della copertura sociale. L'assenza di un supporto informale è stata identificata nella letteratura come un fattore di rischio significativo che contribuisce all'istituzionalizzazione degli anziani fragili e delle persone con disabilità che altrimenti avrebbero potuto essere assistiti al domicilio.
Variabile dipendente	Tipologia di risposta nel periodo di riferimento: residenziale (RSA R2/R3) vs altro = 1 (variabile prestazione/tipo da FAR = R2 o R3) = 0 (variabile prestazione tipo da FAR = SR1, SR2 o record SIAD)
Variabile indipendente	Livello di copertura sociale nel periodo di riferimento (Assente, Temporaneo, Presente) = 0 presente (SIAD valutazione/supporto sociale = 1; FAR livello fragilità/sociale = 1) = 1 temporaneo (SIAD valutazione/supporto sociale = 2; FAR livello fragilità/sociale = 2) = 2 assente (SIAD valutazione/supporto sociale = 3; FAR livello fragilità/sociale = 1)
Formula matematica	Regressione logistica.
Standardizzazione (covariate)	Asse funzionale, Età, Genere.

Indicatore 3					
Copertura sociale		R2,R3	ADI, SR1, SR2	OR grezzo (IC 95%)	OR aggiustato (IC 95%)
		N	N		
SdS Firenze e	presente	43	250	1	1
SdS Pisa (N. 608)	temporaneo	73	157	2,70 (1,76-4,14)	2,69 (1,75-4,14)
	assente	39	46	4,93 (2,89-8,42)	4,77 (2,78-8,17)
Urss Alto Vicentino,	presente	80	202	1	1
Urss Vicenza (N.841)	temporaneo	118	52	5,73 (3,78-8,69)	1,97 (1,12-3,48)
	assente	374	15	62,96 (35,34-112,15)	38,38 (18,90-77,91)

Indicatore 4

Nel valutare l'aderenza tra valutazione e risposta erogata, è stata inoltre misurata l'associazione tra quest'ultima e le diverse dimensioni della valutazione: grado di mobilità, autonomia funzionale, deficit cognitivo, disturbi del comportamento.

In Toscana il determinante principale nella scelta della tipologia di assistenza sembra essere la componente sociale. Le altre dimensioni infatti non mostrano un'associazione statisticamente significativa con la risposta erogata (residenziale vs semiresidenziale/domiciliare).

In Lombardia si rileva invece una moderata associazione tra il grado di mobilità dell'anziano e la probabilità di accedere ad una struttura residenziale, così come tra quest'ultima e il livello di autonomia funzionale, il profilo cognitivo e i disturbi del comportamento. Una grave compromissione motoria rispetto ad una lieve aumenta la pro-

babilità di risposta residenziale del 69% (*Odds Ratio* 1,69, IC 95% 1,40-2,04), del 24% (*Odds Ratio* 1,24, IC 95% 1,04-1,48) invece all'aggravarsi della compromissione funzionale. Un deficit cognitivo grave rispetto al lieve aumenta del 62% la probabilità (*Odds Ratio* 1,62, IC95% 1,42-1,84), mentre la presenza di disturbi del comportamento raddoppia la probabilità (*Odds Ratio* pari a 2,12, IC 95% 1,90-2,37).

In Veneto le varie dimensioni della valutazione incidono tutte quante sul ricorso alla residenzialità. In particolare la compromissione nell'autonomia funzionale (*Odds Ratio* 129,30 IC 95% 68,70-243,37) e il grado di compromissione motoria (*Odds Ratio* 35,10, IC 95% 23,84-51,68). Determinante è anche il livello di deficit cognitivo (*Odds Ratio* 3,92, IC 95% 2,59-5,93), così come la presenza di disturbi del comportamento (*Odds Ratio* 3,59, IC 95% 1,04-12,44).

Indicatore 4

Id Indicatore	I4
Dominio	Corrispondenza tra le caratteristiche valutative ed erogazione del servizio.
Definizione	Misura dell'associazione tra caratteristiche funzionali, cognitive e comportamentali e tipologia di assistenza erogata (residenziale, diversa da residenziale) nel periodo di riferimento.
Significato	Indica quanto aumenta la probabilità che un anziano non autosufficiente sia assistito in assistenza residenziale, invece che semiresidenziale o domiciliare, al peggiorare delle sue caratteristiche funzionali, cognitive e comportamentali.
Var dipendente	Tipologia di risposta nel periodo di riferimento: residenziale (RSA R2/R3) vs altro = 1 (variabile prestazione/tipo da FAR = R2/R3) = 0 (variabile prestazione tipo da FAR = SR1,SR2 o record SIAD)
Var indipendente a	Grado di mobilità (SIAD: valutazione/grado mobilità; FAR: livello fragilità/mobilità) nel periodo di riferimento.
Var indipendente b	Autonomia nella vita quotidiana (SIAD: valutazione/autonomia; FAR: livello fragilità/vita quotidiana) nel periodo di riferimento.
Var indipendente c	Profilo cognitivo (SIAD: disturbi/cognitivi; FAR: livello fragilità/cognitivo) nel periodo di riferimento.
Var indipendente d	Disturbi comportamentali (SIAD: disturbi/comportamentali; FAR: livello fragilità/disturbi comportamentali) nel periodo di riferimento.
Var indipendente e	Rete sociale.
Formula matematica	Regressione logistica.
Aggiustamento	Età, Genere.
Fonti	Flusso FAR; Flusso SIAD.
Note	Trattandosi di casi presi in carico, la stessa persona può essere contattata più di una volta.

Indicatore 4				
	Grado di mobilità	R2, R3	ADI, SRI, SR2	OR aggiustato (IC 95%)
Asl Milano (N. 5.383)	lieve	219	352	I
	moderato	1.089	1.025	1,52 (1,25-1,84)
	grave	1.747	1.421	1,69 (1,40-2,04)
SdS Firenze e SdS Pisana (N. 608)	lieve	38	96	I
	moderato	23	30	1,94 (1,00-3,78)
	grave	94	327	0,73 (0,47-1,14)
Ulss Alto Vicentino, Ulss Vicenza (N. 1.200)	lieve	57	234	I
	moderato	135	33	16,94 (10,32-27,79)
	grave	664	77	35,10 (23,84-51,68)
	Autonomia	R2, R3	ADI, SRI, SR2	OR aggiustato (IC 95%)
Asl Milano (N. 5.383)	lieve	219	352	I
	moderato	1.089	1.025	0,36 (0,31-0,43)
	grave	1.747	1.421	1,24 (1,04-1,48)
SdS Firenze e SdS Pisana (N. 608)	lieve	8	37	I
	moderato	30	73	1,86 (0,77-4,46)
	grave	117	343	1,57 (0,71-3,47)
Ulss Alto Vicentino, Ulss Vicenza (N. 1.136)	lieve	17	203	I
	moderato	454	98	55,55 (31,92-96,68)
	grave	334	30	129,30 (68,70-243,37)
	Profilo cognitivo	R2, R3	ADI, SRI, SR2	OR aggiustato (IC 95%)
Asl Milano (N. 5.383)	lieve	1.132	1.514	I
	moderato	1.053	637	2,07 (1,82-2,35)
	grave	870	647	1,62 (1,42-1,84)
SdS Firenze e SdS Pisana (N. 608)	lieve	33	112	I
	moderato	85	213	1,32 (0,83-2,11)
	grave	37	128	0,96 (0,56-1,65)
Ulss Alto Vicentino, Ulss Vicenza (N. 1.200)	lieve	273	256	I
	moderato	427	54	6,32 (4,50-8,88)
	grave	156	34	3,92 (2,59-5,93)
	Disturbi del comportamento	R2, R3	ADI, SRI, SR2	OR aggiustato (IC 95%)
Asl Milano (N. 5.383)	assenti	1.463	1.865	I
	presenti	1.592	933	2,12 (1,90-2,37)
SdS Firenze e SdS Pisana (N. 608)	assenti	91	278	I
	presenti	64	175	1,09 (0,75-1,59)
Ulss Alto Vicentino, Ulss Vicenza (N. 1.200)	assenti	834	341	I
	presenti	22	3	3,59 (1,04-12,44)
	Rete sociale	R2, R3	ADI, SRI, SR2	OR aggiustato (IC 95%)
SdS Firenze e SdS Pisana (N. 608)	presente	43	250	I
	temporanea	73	157	2,69 (1,75-4,12)
	assente	39	46	4,86 (2,84-8,32)
Ulss Alto Vicentino, Ulss Vicenza (N. 905)	presente	104	207	I
	temporanea	129	59	3,95 (2,65-5,88)
	assente	390	16	45,10 (25,79-78,85)

Indicatore 5

Con riferimento a tutti i presi in carico nel percorso residenziale durante il periodo di riferimento, è stata valutata l'appropriatezza in merito all'accesso a strutture per dementi da parte di anziani con disturbi del comportamento. L'analisi si è limitata al sottogruppo di popolazione con un deficit cognitivo moderato o grave.

L'appropriatezza organizzativa è molto buona. In Lombardia l'86% dei presi in carico in strutture per dementi presenta effettivamente disturbi del

comportamento. In Toscana tale percentuale arriva al 100%, mentre in Veneto al 70% (*Indicatore I 5 A*).

Sono state evidenziate difficoltà invece nel grado di copertura del bisogno degli anziani con disturbi del comportamento. Le tre Regioni non sembrano avere risorse sufficienti per il soddisfacimento della domanda. In Lombardia l'1,4% degli anziani con disturbi del comportamento è stato inserito in strutture per dementi, in Toscana il 3,4%, in Veneto il 25% (*Indicatore I 5 B*).

Indicatore 5

Id Indicatore	I 5
Dominio	Corrispondenza tra caratteristiche valutative ed erogazione del servizio.
Definizione	5A Percentuale di anziani non autosufficienti assistiti in strutture R2d che presentano profilo cognitivo medio grave e disturbi del comportamento, sul totale degli assistiti in strutture R2d nel periodo di riferimento. 5B Percentuale di anziani non autosufficienti assistiti in strutture R2d con profilo cognitivo medio grave e disturbi del comportamento, sul totale di anziani con deficit cognitivi e disturbi del comportamento assistiti in strutture residenziali nel periodo di riferimento.
Significato	5A Indica, tra gli anziani non autosufficienti ospiti nelle strutture residenziali per dementi (R2d), coloro assistiti appropriatamente, in quanto teoricamente eleggibili per questo percorso assistenziale (R2d); valori elevati indicano che l'offerta assistenziale in strutture per dementi (R2d) è erogata ai soggetti che necessitano di questa tipologia di assistenza. 5B Indica la percentuale di anziani non autosufficienti ospiti di struttura residenziale teoricamente eleggibili in strutture per soggetti con "disturbi del comportamento" e deficit cognitivi (R2d), effettivamente ospiti in queste strutture; valori elevati indicano che molti soggetti affetti da disturbi del comportamento e deficit cognitivi ricevono un'offerta assistenziale in strutture a loro dedicate (R2d).
Numeratore*	Totale degli assistiti in percorso R2d con disturbi del comportamento=2 nel periodo di riferimento (variabile prestazione/tipo da FAR = R2d).
DenominatoreA*	Totale ospiti in percorso R2d.
Denominatore B*	Totale ospiti con disturbi del comportamento nelle strutture residenziali.
*Si selezionano solo i casi con variabile livello di fragilità/disturbo cognitivo=2,3.	
Formula matematica	Numeratore/Denominatore x 100.
Standardizzazione	Età, Genere.
Fonti	Flusso FAR.
Note	Trattandosi di casi presi in carico, la stessa persona può essere contata più di una volta.

Indicatore 5A

Area di studio	Anziani con profilo cognitivo medio-grave e disturbi del comportamento	Anziani assistiti in strutture R2d	%
Asl Milano	18	21	85,7
SdS Firenze e SdS Pisa	2	2	100,0
Ulss Alto Vicentino, Ulss Vicenza	7	10	70,0

Indicatore 5B

Area di studio	Anziani con profilo cognitivo medio-grave e disturbi del comportamento	Anziani con disturbo del comportamento assistiti in strutture residenziali	%
Asl Milano	18	1.256	1,4
SdS Firenze e SdS Pisa	2	58	3,4
Ulss Alto Vicentino, Ulss Vicenza	7	28	25,0

Indicatore 6

Nell'ambito della domiciliarietà è stata valutata la quota di erogazione destinata a soggetti che, sulla base della valutazione multidimensionale, non risultavano essere in una situazione di bisogno, in quanto hanno una lieve problematicità sanitaria, una lieve compromissione motoria e un'ottima copertura sociale.

In Toscana circa 8 casi su 100 accedono ai percorsi domiciliari pur essendo in una situazione di questo tipo, in Veneto circa un caso su due, mentre in Lombardia non si rilevano casi con queste caratteristiche.

Tale indicatore, al momento, risente della non piena capacità dell'asse sanitario di rilevare il bisogno sanitario dalle informazioni presenti nel flusso SIAD.

Indicatore 6	
Id Indicatore	I 6
Dominio	Corrispondenza tra caratteristiche valutative ed erogazione del servizio.
Definizione	Proporzione di anziani con bassa complessità di bisogno (mobilità e asse sanitario) e con supporto sociale presente assistiti in ambito domiciliare sul totale degli anziani assistiti in assistenza domiciliare.
Significato	Indica il volume dell'offerta domiciliare (%) erogata a soggetti che non necessitano della stessa in quanto dai dati valutativi risulta che hanno un bisogno lieve (Mobilità e Asse sanitario) e una copertura socio-familiare.
Numeratore	Numero di assistiti in domiciliare nel periodo di riferimento con asse sociale I, asse sanitario I (dalle schede di transcodifica allegato 2) e valutazione/grado mobilità=1 (da SIAD).
Denominatore	Numero di assistiti in domiciliare nel periodo di riferimento.
Formula matematica	(Numeratore/Denominatore) x 100.
Standardizzazione	Età, Genere.
Fonti	SIAD; schede transcodifica per asse sanitario (allegato 2).
Note	Trattandosi di casi presi in carico, la stessa persona può essere contata più di una volta.

Indicatore 6				
Area di studio	Anziani in ADI con bassa complessità del bisogno	Assistiti in ADI	% grezza	% standardizzata
Asl Milano	1	2.798	0,0	0,0
SdS Firenze - Sds Pisa	37	442	8,4	8,4
Ulss Alto Vicentino - Ulss Vicenza	113	225	50,2	53,8

Indicatore 7

Limitatamente ai percorsi semiresidenziali, è stato valutato se la presa in carico in presenza di un deficit cognitivo moderato/grave fosse avvenuta in centri diurni dedicati alle persone con demenza (SR2), piuttosto che in centri diurni di mantenimento o riabilitativi (SR1).

In Toscana il ricorso al primo tipo di assistenza diurna è maggiore. In presenza di deficit cognitivo due casi su tre accedono al centro diurno per demenza. In Veneto la situazione è invertita, solamente quattro casi su dieci accedono in centri diurni per demenza, molto probabilmente a cau-

sa di una mancanza di offerta da parte dei servizi. In Lombardia non sono stati rilevati accessi ai percorsi semiresidenziali da parte di anziani con un profilo valutativo come quello analizzato.

Il risultato di tale indicatore è condizionato, oltre che dal modello organizzativo regionale, anche dalla capacità di offerta nelle singole regioni e nei singoli territori. Inoltre, in Lombardia non è previsto specificatamente l'accreditamento di centri diurni per dementi/Alzheimer, pur risultando che diversi centri diurni erogano assistenza dedicata a questa tipologia di pazienti.

Indicatore 7	
Id Indicatore	I7
Dominio	Corrispondenza tra caratteristiche valutative ed erogazione del servizio.
Definizione	Rapporto tra il numero di anziani con deficit cognitivo assistiti in centri diurni per dementi (SR2) e il numero di anziani con deficit cognitivo assistiti in centri diurni per trattamenti di riabilitazione e mantenimento (SR1).
Significato	Esprime il grado di utilizzo dei centri diurni per demenza (SR2) da parte di soggetti con deficit cognitivi. La presenza in strutture semiresidenziali per trattamenti di riabilitazione e mantenimento (SR1) di soggetti che hanno deficit cognitivi indica un'offerta poco appropriata, probabilmente dovuta ad un'inadeguata disponibilità di posti ospite in strutture SR2.
Numeratore	Numero assistiti nel periodo di riferimento con: *profilo deficit cognitivo moderato grave (FAR: livello fragilità/cognitivo=2,3) Si selezionano solamente FAR: prestazione tipo SR2
Denominatore	Numero assistiti nel periodo di riferimento con: *profilo deficit cognitivo moderato grave (FAR: livello fragilità/cognitivo=2,3) Si selezionano solamente FAR: prestazione tipo SR1
Formula matematica	Numeratore/Denominatore
Note	Dato non disponibile per la Lombardia. Trattandosi di casi presi in carico, la stessa persona può essere contata più di una volta.

Indicatore 7			
Area di studio	Anziani con deficit cognitivo medio grave assistiti in centri diurni		Rapporto
	SR2	SR1	
SdS Firenze – SdS Pisa	7	4	1,8
Ulss Alto Vicentino – Ulss Vicenza	12	29	0,4

EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA E MONITORAGGIO

Indicatore 8

Tramite procedure di *record linkage* con i dati ospedalieri è stata misurata, a parità di asse funzionale, la tempestività con la quale un anziano dimesso vivo da un ricovero ospedaliero accede ai servizi in percorso residenziale/semiresidenziale (prima ammissione in struttura) o domiciliare (primo accesso domiciliare da parte di un operatore).

Al percorso domiciliare si accede mediamente in 8 giorni in Lombardia, in 13 giorni in Toscana e in 7 in Veneto.

L'accesso al percorso residenziale è più veloce, probabilmente in funzione della maggior gravità della situazione socio-sanitaria dell'anziano dimesso. Nell'area lombarda avviene mediamente in 4 giorni, nelle aree toscane in 4-5 giorni, nelle aree venete, dove le situazioni a maggior complessità non vengono inserite in lista d'attesa, entro un giorno dalla dimissione. Le ragioni di variabilità tra le Regioni su questo indicatore richiedono approfondimento, potendo dipendere da: meccanismi di dimissione protetta, capacità e tipologia dell'offerta sul territorio e criteri di eleggibilità.

Indicatore 8	
Id Indicatore	I 8
Dominio	Erogazione del servizio.
Definizione	Tempo medio intercorso tra dimissione ospedaliera in regime di ricovero ordinario ed erogazione del servizio.
Significato	Esprime la tempestività con cui è avvenuta l'erogazione del servizio programmato in strutture residenziali e/o domiciliari dalla dimissione dall'ospedale in regime di ricovero ordinario. È un indicatore di continuità assistenziale tra l'ospedale e i servizi di comunità, valori ridotti sono sinonimo di continuità di cura.
Numeratore	Giorni trascorsi dalla data di dimissione da ospedale (variabile data-dim da SDO) alla data di prima erogazione del servizio (SIAD: erogazione data accesso; FAR: ammissione/data) per i dimessi da ospedale in regime di ricovero ordinario, assistiti in ADI o strutture residenziali entro 30 giorni dalla dimissione, durante il periodo di riferimento.
Denominatore	Totale dimessi da ospedale in regime di ricovero ordinario nel periodo di riferimento, assistiti in ADI o strutture residenziali entro 30 giorni dalla dimissione.
Formula matematica	Numeratore/Denominatore.
Standardizzazione	Asse funzionale.
Stratificazione	SIAD; FAR.
Fonti	SIAD, FAR, SDO.
Note	Trattandosi di casi presi in carico, la stessa persona può essere contata più di una volta.

Indicatore 8							
Flusso	Area di studio	Dimessi	Tempo (gg.)				
			media	media standardizzata	Mediana	25 perc.le	75 perc.le
SIAD	Asl Milano	649	8,1	8,0	5	1	13
	SdS Firenze – SdS Pisa	123	12,8	13,4	11	4	20
	Ulss Alto Vicentino – Ulss Vicenza	217	6,8	6,6	4	1	10
FAR	Asl Milano	1.132	3,8	5,1	0	0	0
	SdS Firenze – SdS Pisa	29	4,6	2,8	0	0	3
	Ulss Alto Vicentino – Ulss Vicenza	140	1,2	3,0	0	0	0

Indicatore 9

Al fine di valutare la tempestività nell'erogazione dell'assistenza è stato valutato il tempo intercorso tra la valutazione multidimensionale e il primo accesso alle prestazioni assistenziali (primo accesso di un operatore in assistenza domiciliare o ammissione in struttura residenziale/semiresidenziale).

Dato il modello organizzativo a centralità della richiesta della persona, nel quale la valutazione è effettuata contestualmente alla presa in carico in struttura residenziale/semiresidenziale, l'indicatore in Lombardia è stato calcolato esclusivamente per il percorso domiciliare. In Lombardia a circa 2 giorni dalla valutazione multidimensionale avviene il primo accesso al domicilio dell'anziano, in Toscana avviene mediamente in 90 giorni, in Veneto i giorni sono 31. Un caso su due in Toscana riceve assistenza entro il primo mese dalla valutazione, mentre in Veneto entro 5 giorni.

In struttura residenziale/semiresidenziale si entra mediamente dopo 54 giorni in Toscana, 45 giorni in Veneto. Un anziano su due entra in struttura entro 10 giorni dalla valutazione in Veneto, mentre in Toscana entro 38 giorni.

Anche questi risultati richiedono uno specifico approfondimento non solo per l'iniziale e parziale im-

plementazione dei flussi informativi, ma anche per le modalità di valutazione multidimensionale, per i diversi assetti della rete di offerta e per i diversi criteri di elegibilità degli assistiti.

Ad esempio nella Regione Toscana esistono diversi percorsi di accesso immediato in assistenza domiciliare e residenziale, legati alla gravità del bisogno e all'urgenza, che non transitano per l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) in quanto gestiti da altre modalità che rispondono più tempestivamente alla necessità assistenziale (alcuni casi di dimissione protetta, le urgenze, ecc.). La restante casistica rilevata dai flussi, che transitava in UVM, era quindi meno urgente con conseguenti maggiori tempi nell'erogazione dell'assistenza.

Le informazioni, considerato il periodo di riferimento, sono risultate incomplete in tutte le Regioni comprendendo solo una parte della casistica; il flusso era, infatti, in un periodo di sperimentazione e la rilevazione dei dati era in fase di adeguamento alle specifiche funzionali dei flussi ministeriali. Considerata la fase di sperimentazione dei flussi ministeriali, sono stati rilevati problemi di qualità del dato che possono aver inficiato la valorizzazione del riferimento temporale (ad es. la data di valutazione).

Indicatore 9	
Id Indicatore	I 9
Dominio	Erogazione del servizio.
Definizione	Tempo medio intercorso tra la data di valutazione multidimensionale e la data erogazione del servizio.
Significato	Esprime la tempestività dell'erogazione del servizio (assistenza domiciliare o assistenza residenziale/semiresidenziale) a seguito di valutazione multidimensionale. Valori elevati indicano tempi di attesa elevati per l'erogazione del servizio in assistenza residenziale e in assistenza domiciliare integrata.
Numeratore	Sommatoria dei giorni trascorsi dalla data di valutazione multidimensionale (SIAD valutazione/data; FAR valutazione/data) alla data di erogazione del servizio (SIAD: erogazione/data accesso; FAR: ammissione/data) nel periodo di riferimento.
Denominatore	Totale assistiti con erogazione del servizio nel periodo di riferimento.
Formula matematica	Numeratore/Denominatore.
Standardizzazione	Asse funzionale.
Fonti	SIAD; FAR.
Note	In Lombardia la data della valutazione e dell'erogazione coincidono. Trattandosi di casi presi in carico, la stessa persona può essere contattata più di una volta.

Indicatore 9		Tempo (gg.)				
Flusso	Area di studio	Tempo (gg.)				
		media	media standardizzata	mediana	25 perc.le	75 perc.le
SIAD	Asl Milano N. 1.911	1,7	1,8	0	0	2
	SdS Firenze - SdS Pisa N. 319	89,9	100,8	33	5	106
	Ulss Alto Vicentino - Ulss Vicenza N. 182	31,4	23,0	5	0	33
FAR	Asl Milano N. 3.131	0,0	0,0	0	0	0
	SdS Firenze - SdS Pisa N. 114	53,6	62,8	38	18	75
	Ulss Alto Vicentino - Ulss Vicenza N. 871	45,5	75,4	10	6	26

Indicatore 10 e 10 Bis

Rispetto all'erogazione del servizio da parte delle diverse figure professionali sulla base del bisogno assistenziale derivato dall'asse sanitario (ottenuto dalla pesatura di alcune informazioni presenti nel flusso SIAD), il numero giorni al mese con almeno un accesso della figura infermieristica non è risultato correlato al bisogno assistenziale in tutte le realtà osservate. Nel-

le aree venete e nell'area lombarda il dato di accesso medio mensile non varia significativamente al variare del profilo valutativo, risultando pari a circa 3 giorni medi mensili in Lombardia e a meno di un giorno al mese in Veneto. Nelle aree toscane i giorni medi mensili della figura infermieristica passano da 1,1 giorni per il livello di bisogno lieve, a 2,3 per il livello moderato, a 3,3 per quello grave (*In-*

Indicatore 10	
Id Indicatore	I 10
Dominio	Erogazione del servizio.
Definizione	Correlazione tra numero di giorni/mese con almeno un accesso infermieristico al domicilio e bisogno sanitario, a parità di copertura sociale.
Significato	Esprime la relazione tra l'impiego di personale infermieristico in assistenza domiciliare e il bisogno sanitario dell'anziano non autosufficiente, a parità di supporto socio-familiare dell'assistito. All'aumentare del bisogno dovrebbe corrispondere un aumento del numero di accessi medi della figura professionale.
Variabile dipendente	Somma dei giorni al mese con almeno un accesso infermieristico (variabile erogazione/tipo operatore=3 ed erogazione/data accesso) nel periodo di riferimento.
Variabile indipendente	Profilo bisogno di prestazione infermieristica (derivato dall'asse sanitario) nel periodo di riferimento.
Formula matematica	Coefficiente di correlazione.
Standardizzazione	Copertura sociale (variabile valutazione/supporto sociale), asse funzionale, età, genere.
Fonti	SIAD.
Note	Trattandosi di casi presi in carico, la stessa persona può essere contattata più di una volta.

Indicatore 10				
Area di studio	Livello	Media giorni con almeno un accesso al mese	IC 95%	N
Asl Milano	Lieve	2,85	(2,77-2,92)	2.005
	Moderato	3,22	(3,07-3,37)	566
	Grave	2,93	(2,71-3,17)	213
SdS Firenze – SdS Pisa	Lieve	1,09	(0,95-1,24)	203
	Moderato	2,30	(2,00-2,64)	92
	Grave	3,34	(2,87-3,87)	53
Ulss Alto Vicentino – Ulss Vicenza	Lieve	0,79	(0,65-0,96)	133
	Moderato	0,83	(0,62-1,08)	65
	Grave	n.d.	-	14
Correlazione di Spearman tra numero medio di giorni con almeno un accesso e asse sanitario				
Area di studio	Coeff corr. Adj	IC 95%	p	N
Asl Milano	-0,05	(-0,10 0,00)	0,032	2.784
SdS Firenze – SdS Pisa	0,22	(0,10 0,34)	0,000	348
Ulss Alto Vicentino – Ulss Vicenza	-0,05	(-0,16 0,05)	0,298	212

dicatore I 10). Il dato non varia se si standardizza per Indice di comorbidità di Charlson (*Indicatore I 10 Bis*).

Questo indicatore, che deve essere consolidato, è sicuramente utile da un punto di vista della programmazione per rendere più appropriata l'offerta di assistenza; deve essere interpretato tenendo conto della molteplicità delle variabili in gio-

co, prima di tutto di carattere organizzativo (ad esempio attività e tempi lavoro di queste figure professionali). L'importanza dell'asse sanitario, validato attualmente solo con specifici strumenti di valutazione multidimensionale, richiederebbe nel prossimo futuro la necessità di aggiungere alcune informazioni ai flussi attuali per renderlo più robusto.

Indicatore I 10 Bis	
Id Indicatore	I 10 Bis
Dominio	Erogazione del servizio.
Definizione	Correlazione tra numero di giorni/mese con almeno un accesso infermieristico al domicilio e bisogno sanitario, a parità di copertura sociale e indice di comorbidità di Charlson.
Significato	Esprime il grado di adeguatezza/coerenza tra l'impiego di personale infermieristico in assistenza domiciliare e il bisogno di assistenza infermieristica derivato dall'asse sanitario, a parità di supporto socio-familiare dell'assistito e di Indice di comorbidità di Charlson.
Variabile dipendente	Somma dei giorni al mese con almeno un accesso infermieristico (variabile erogazione/tipo operatore=3 ed erogazione/data accesso) nel periodo di riferimento.
Variabile indipendente	Profilo bisogno di prestazione infermieristica (derivato dall'asse sanitario) nel periodo di riferimento.
Formula matematica	Coefficiente di correlazione.
Standardizzazione	Copertura sociale (variabile valutazione/supporto sociale), Charlson Index, età, genere.
Fonti	SIAD.
Note	Il dato non è disponibile per la Lombardia. Trattandosi di casi presi in carico, la stessa persona può essere contata più di una volta.

Indicatore I 10 Bis				
Area di studio	Livello	Media giorni con almeno un accesso al mese	IC 95%	N
SdS Firenze – SdS Pisa	Lieve	1,09	(0,95-1,24)	203
	Moderato	2,30	(2,00-2,64)	92
	Grave	3,34	(2,87-3,87)	53
Ulss Alto Vicentino – Ulss Vicenza	Lieve	0,73	(0,60-0,89)	143
	Moderato	0,81	(0,61-1,05)	67
	Grave	n.d.	-	15
Correlazione di Spearman tra numero medio di giorni con almeno un accesso e asse sanitario				
Area di studio	Coeff corr.Adj	IC 95%	p	N
Sds Firenze – SdS Pisa	0,24	(0,12 0,35)	0,000	348
Ulss Alto Vicentino – Ulss Vicenza	- 0,07	(- 0,17 0,03)	0,194	225

Indicatore II

I due percorsi, domiciliare o residenziale/semiresidenziale, si distinguono per quanto riguarda il ricorso ai servizi ospedalieri da parte dei loro assistiti, durante il periodo di presa in carico. Mediamente tra gli anziani in assistenza residenziale/semiresidenziale della Lombardia il 15,3% viene ricoverato in ospedale durante la permanenza in struttura, il 4,5% tra gli anziani della Toscana, il 3,8% tra quelli del Veneto. Il ricovero è più frequente tra gli assistiti al domicilio: 35,5% in Lombardia, 25% in Toscana, 50% in Veneto. Mediamente, in un anno di presa in carico da par-

te dei servizi residenziali, il ricovero ospedaliero dura 2,5 giorni in Lombardia, 0,8 giorni in Veneto, 1 giorno in Toscana.

La degenza ospedaliera media degli anziani assistiti al domicilio è maggiore. In un anno di presa in carico si rilevano mediamente 13,5 giorni di degenza in Lombardia, 7,5 giorni in Veneto, 3,8 giorni in Toscana.

Evidentemente la struttura residenziale è un ambiente più protetto, in grado di evitare il ricorso al ricovero ospedaliero da parte dell'anziano, così come l'eventuale accesso improprio al pronto soccorso.

Indicatore II	
Id Indicatore	III
Dominio	Erogazione del servizio (tempistica).
Definizione	Totale pro-capite dei giorni di ricovero (Aggregate Bed Day Rate) nel periodo di riferimento, per DRG chirurgico o medico, da parte degli ospiti in strutture residenziali (codice R1, R2, R2d, R3 da flusso FAR) e anziani in assistenza domiciliare integrata.
Significato	È una misura del ricorso al ricovero in ospedale da parte degli anziani assistiti in strutture residenziali e in assistenza domiciliare integrata espressa in giorni medi di degenza nel periodo di riferimento.
Numeratore	Somma dei giorni di degenza nel periodo di riferimento (SDO: datdim - datamm) effettuati da soggetti durante l'assistenza in ADI o RSA (SIAD: sospensione/motivazione=1 e sospensione/data inizio compresa nel periodo di riferimento; FAR: prestazione/tipo=R1,R2,R2d,R3 e dimissione/tipologia=3 e dimissione/ data compresa nel periodo di riferimento) per ricoveri ordinari.
Denominatore	Totale anni - persona in assistenza domiciliare - assistenza residenziale R1, R2, R2d, R3 durante il periodo di riferimento.
Formula matematica	Numeratore/Denominatore.
Standardizzazione I	Età, Genere.
Standardizzazione II	Età, Genere, Charlson Index.
Fonti	SDO, FAR, SIAD.
Note	Trattandosi di casi presi in carico, la stessa persona può essere contata più di una volta.

Indicatore II						
Flusso	Area di studio	Assistiti ricoverati	Totale (prevalenti) assistiti	% Ricoverati	Tasso standardizzato I ('anno-persona)	Tasso standardizzato II ('anno-persona)
SIAD	Asl Milano	987	2.784	35,5	13,5	n.d.
	SdS Firenze - SdS Pisa	187	747	25,0	3,8	4,9
	Ulss Alto Vicentino - Ulss Vicenza	377	754	50,0	7,5	7,3
FAR	Asl Milano	959	6.251	15,3	2,5	n.d.
	Sds Firenze - SdS Pisa	8	178	4,5	1,0	1,1
	Ulss Alto Vicentino - Ulss Vicenza	53	1.388	3,8	0,8	1,0

Indicatore 12

Dalla valutazione del ricorso improprio al pronto soccorso (PS) considerando gli accessi al PS con codice triage bianco o verde effettuati da anziani in

carico ai servizi domiciliari è emerso che per ogni cento assistiti in ADI risultano 21,6 accessi impropri al pronto soccorso nell'area di studio lombarda, 48,7 nelle aree toscane, 23,0 nelle aree venete.

Indicatore 12	
Id Indicatore	I 12
Dominio	Erogazione del servizio.
Definizione	Numero di accessi al pronto soccorso per codice bianco e verde (trriage accesso) senza successivo ricovero degli anziani non autosufficienti in assistenza domiciliare nel periodo di riferimento.
Significato	Indica il livello di utilizzo inappropriato del pronto soccorso da parte degli anziani non autosufficienti assistiti in assistenza domiciliare e quindi il bisogno di copertura sanitaria non soddisfatto con l'assistenza domiciliare.
Numeratore	Numero di accessi al PS con codice bianco/verde (data accettazione al PS compresa nel periodo di riferimento) effettuati da soggetti durante l'assistenza in ADI, nel periodo di riferimento.
Denominatore	Totale soggetti in assistenza domiciliare durante il periodo di riferimento.
Formula matematica	$\text{Numeratore}/\text{Denominatore} \times 100$.
Fonti	SIAD, flusso del pronto soccorso.
Note	Trattandosi di casi presi in carico, la stessa persona può essere contattata più di una volta.

Indicatore 12		
Area di studio	Numeri accessi al PS	%
Asl Milano (N. prevalenti 2.784)	602	21,6
SdS Firenze – SdS Pisa (N. prevalenti 747)	364	48,7
Ulss Alto Vicentino – Ulss Vicenza (N. prevalenti 754)	174	23,1

Indicatore 12 Bis

Mediamente in un anno, un assistito al domicilio effettua 0,7 accessi impropri nella area di studio lombarda e in quelle toscane, 0,3 accessi nelle aree di studio venete. Tale indicatore, come del resto l'I 12, ci fornisce

indirettamente informazioni sulla stabilità del Piano di Assistenza Individuale domiciliare (ad esempio si pensi ai casi in cui il paziente è clinicamente instabile con una rete assistenziale poco adeguata non in grado di interpretare la sintomatologia).

Indicatore 12 Bis	
Id Indicatore	I 12 Bis
Dominio	Erogazione del servizio.
Definizione	Tasso di accesso al pronto soccorso per codice bianco e verde (trriage accesso) senza successivo ricovero degli anziani non autosufficienti in assistenza domiciliare nel periodo di riferimento.
Significato	Indica il livello di utilizzo inappropriato del pronto soccorso da parte degli anziani non autosufficienti assistiti in assistenza domiciliare e quindi il bisogno di copertura sanitaria insoddisfatto con l'assistenza domiciliare.
Numeratore	Numero di accessi al PS con codice bianco/verde (data accettazione al PS compresa nel periodo di riferimento) effettuati da soggetti durante l'assistenza in ADI, nel periodo di riferimento.
Denominatore	Totale anni-persona in assistenza domiciliare durante il periodo di riferimento.
Formula matematica	$\text{Numeratore}/\text{Denominatore}$.
Standardizzazione	Età, Genere, Charlson Index.
Fonti	SIAD, flusso del pronto soccorso.
Note	Trattandosi di casi presi in carico, la stessa persona può essere contattata più di una volta.

Indicatore 12 Bis				
Area di studio	Numeri accessi al PS	Tasso (*anno-persona)	Tasso stand per età e genere (*anno-persona)	Tasso stand per età, genere e Indice di Charlson (*anno-persona)
Asl Milano (N. prevalenti 2.784)	602	0,7	0,7	n.d.
SdS Firenze - SdS Pisa (N. prevalenti 747)	364	0,6	0,7	0,7
Ulss Alto Vicentino - Ulss Vicenza (N. prevalenti 754)	174	0,3	0,4	0,3

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il tema degli anziani non autosufficienti in Italia è stato trattato da tempo e da molti punti di vista. La ricerca Agenas, svolta in collaborazione con esperti e con tre Regioni che hanno banche dati informative consolidate, è stata rivolta a fornire un contributo utile per la definizione e sperimentazione di un sistema in grado di trasformare i dati individuali trasmessi con i flussi del NSIS (in particolare flusso SIAD e flusso FAR) in informazioni, sotto forma di indicatori, essenziali per la programmazione, organizzazione e *governance* dei servizi di assistenza domiciliare, semi-residenziale e residenziale per gli anziani non autosufficienti. La raccolta di informazioni quantitative in questo progetto pilota è stata indirizzata a sperimentare un sistema in grado di misurare l'appropriatezza del processo di presa in carico (tanto in termini di accessibilità che di continuità assistenziale), in ciascun ambito territoriale studiato.

Si era consapevoli che questi flussi sono recenti e innovativi e che cominciano ora a indagare i servizi del territorio, affrontando così un ambito ancora molto inesplorato e difficile da raccogliere in valori sintetici per la varietà delle esperienze e la specificità di interventi personalizzati.

Spiegare il valore di questi flussi esula da questa ricerca, ma è utile ricordare che finora abbiamo a disposizione solo alcune informazioni di tipo descrittivo sul dato di offerta in assistenza domiciliare integrata e in assistenza residenziale (es. 448.641 persone anziane in ADI/anno 2009; con 19 ore medie annue di assistenza). Con l'utilizzo dei nuovi flussi NSIS, seppur implementati in forma graduale nelle diverse Regioni invece, è possibile cominciare a conoscere e misurare il livello di gravità del paziente e diversi altri aspetti che possono essere utili per la programmazione, l'organizzazione, il monitoraggio e il governo dei percorsi. Tali flussi solo ora si misurano sulla capacità di cogliere gli elementi essenziali di un sistema di cure e assistenza molto diversificato. Un'attività di conoscenza del sistema territoriale che tiene conto dei riferimenti nazionali di par-

tenza condivisi da diversi Tavoli di lavoro (tra cui Commissione Lea; Programmi Mattoni del Ssn; Gruppi di lavoro sui flussi SIAD e FAR).

I flussi SIAD e FAR e gli indicatori che qui si propongono, riguardano:

- dati individuali (caratteristiche clinico-funzionali, cognitivo-comportamentali e socio-relazionali degli anziani che hanno segnalato il bisogno e sono stati valutati, caratteristiche dei PAI definiti, servizi erogati, proxy di esiti, ad esempio, utilizzo ospedale tramite linkage con SDO);
- dati di sintesi (caratteristiche della popolazione di anziani che hanno segnalato il bisogno/sono stati valutati, caratteristiche dei PAI definiti, servizi erogati, utilizzo PS/Ospedale a livello Regionale/aziendale/distrettuale).

L'ottica è quindi quella di raccogliere progressivamente e secondo una logica di "processo" le informazioni relative ai contatti del singolo individuo con i diversi nodi della rete di offerta del Servizio sanitario nazionale e rendere disponibile, a livello sia nazionale sia regionale, un patrimonio condiviso di dati, centrato sull'assistito.

Questa idea è stata perseguita con un lavoro puntuale e critico, volto a evidenziare spunti di miglioramento ed elementi di incertezza su cui riflettere. Ne è risultato un sistema di monitoraggio che consente di identificare in maniera rigorosa e valorizzare in modo condiviso i punti in comune nelle tre Regioni coinvolte rispetto ad ognuna delle fasi fondamentali del processo di presa in carico (segnalazione-accesso; valutazione multidimensionale-piano individuale di assistenza-coordinamento attuativo e azione di case management e monitoraggio-rivalutazione).

Questa attività è stata arricchita dal coinvolgimento di professionisti sanitari e sociali nelle diverse realtà locali partecipanti che, tramite il loro lavoro sul campo, sono stati capaci di apportare contributi nella ricostruzione del complesso filo che unisce ogni nodo del processo assistenziale nella rete ospedale-territorio, oltre a fornirci elementi di interpretazione degli indicatori che si stavano costruendo.

Al contempo, è stato sviluppato un questionario semi-strutturato mirato a leggere le caratteristiche organizzative dei sistemi regionali, per approfondire le scelte che ogni Regione ha operato per dare risposta ai cittadini, indagando diversi aspetti (es. tempi di attesa, livello di informatizzazione, operatori coinvolti nella valutazione multidimensionale, finanziamenti regionali). Interessante rilevare che ogni Regione si sta orientando verso modalità per costruire il processo assistenziale insieme alla persona e alla sua famiglia, incoraggiando la persona ad un ruolo attivo verso la sua malattia. Tuttavia le stesse Regioni evidenziano che questo percorso è ancora da arricchire e rilevare con indagini mirate.

È opportuno chiarire che non vi era un'ipotesi di ricerca da verificare (ad esempio il grado di miglioramento delle condizioni di salute rispetto all'offerta dei servizi domiciliari e residenziali), in quanto il grado di completezza delle informazioni afferenti al flusso non consente tali prospettive. Il lavoro si è basato, invece, sul tentativo di sperimentare un modello di monitoraggio della presa in carico in grado di trasformare in informazioni una mole notevole di dati che talora rischiano di essere raccolti soltanto per soddisfare un debito informativo.

La proposta che emerge dalla ricerca e ne costituisce il valore principale è rappresentata dal framework metodologico che è stato costruito in forma condivisa con tre Regioni, accomunate da una tradizione positiva di rilevazione dei dati con valenza informativa dei fenomeni sociosanitari, mentre sono differenziate nei modelli organizzativi di long term care.

La ricerca con un approccio culturalmente innovativo, oltre a condividere principi di fondo relativi al processo di presa in carico da parte del sistema di Welfare, ha utilizzato in modo integrato dati amministrativi per produrre informazioni utili all'organizzazione e al governo locale dei servizi, superando la logica tradizionale della raccolta dei dati esclusivamente per soddisfare debiti informativi.

Inoltre, la conoscenza dei dati integrati sul processo assistenziale, prodotti a livello locale e aggregabili a livello regionale e nazionale, consente di supportare meccanismi di policy making basati sulle evidenze. In tal modo è possibile organizzare strategie specifiche a tutela dei soggetti anziani non autosufficienti, affrontando un problema emergente e talora sottovalutato. Il punto centrale, come già evidenziato in diversi atti programmatici, è un'organizzazione di servizi centrata sui bisogni della persona, nella complessità del suo percorso assistenziale.

Ciò è in linea con quanto affermato dal DPCM 14 febbraio 2001 sull'integrazione sociosanitaria e declinato nei più recenti documenti di caratterizzazione dei Lea domiciliari e residenziali e di programmazione sanitaria (dal Psn 1998-2000 fino alla proposta di Psn 2011-2013).

Alcuni requisiti per la governance, su cui il progetto ha lavorato:

- condivisione del processo assistenziale per la presa in carico;
- condivisione obiettivi;
- disponibilità dati individuali sistematicamente raccolti e registrati;
- possibilità di trasformazione di dati individuali in informazioni su adesione percorsi / livello raggiungimento obiettivi;
- informazioni valide e che permettano confronti nel tempo e nello spazio;
- capacità di leggere e interpretare le informazioni.

L'aver riportato i valori di alcuni indicatori in diversi ambiti (come, ad esempio, l'indicatore relativo ai tempi di attesa intercorrenti tra la valutazione multidimensionale e l'erogazione dell'assistenza) rappresenta un tentativo di evidenziare la fattibilità di un unico sistema di monitoraggio in contesti diversi, mentre non ha, in questa fase, alcuna finalità di confronto e interpretazione affrettata. Infatti si è ben consapevoli che ogni confronto tra realtà diverse richiede non solo un maggiore consolidamento della base informativa, ma anche un'analisi approfondita di

una serie di fattori di tipo organizzativo e assistenziale.

La ricerca ha evidenziato quanto sia importante un lavoro comune tra esperti, rappresentanti regionali e professionisti impegnati quotidianamente nell'assistenza, per promuovere un miglioramento delle modalità di rilevazione dei flussi, tenendo conto di ciò che l'esperienza dimostra: i flussi si alimentano in termini di completezza e affidabilità solo sulla consapevolezza, da parte del soggetto che li raccoglie, della loro utilità per il miglioramento dell'attività assistenziale.

In quest'ottica la proposta di monitoraggio dell'intero processo assistenziale delle persone anziane non autosufficienti intende contribuire alle scelte di priority setting. Infatti le esigenze di sostenibilità economica e la contingente crisi finanziaria acuiscono la necessità di effettuare un reale priority setting con regole di sistema, per evitare diseguaglianze di accesso e trattamenti offerti da un sistema di Welfare. Si rafforza, in questo modo, anche l'indicazione di valorizzare economicamente l'intero programma di assistenza, accessibile e realizzato con criteri di appropriatezza organizzativa, e non la somma delle singole prestazioni.

Questa indicazione è coerente con quanto previsto dalla normativa vigente, all'art. 8-sexies del D.lgs. 502/92 e successive modificazioni, laddove chiarisce la necessità di remunerare programmi di assistenza *“a forte integrazione tra area ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento all'assistenza per patologie croniche di lunga durata”*; nonché *“programmi di assistenza a elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona”*. Secondo questa norma, i processi, una volta conosciuti nelle loro fasi fondamentali, saranno *“remunerati in base al costo standard di produzione del programma di assistenza”*.

Analogamente, la proposta di ridefinizione dei livelli essenziali di assistenza del 2008 suggeriva di orientare il sistema all'intero processo assi-

stenziale e non alle singole prestazioni, per riuscire a garantire accessibilità e continuità assistenziale.

Riteniamo che un impegno volto a rilevare il lavoro compiuto in molte zone del nostro Paese a favore degli anziani non autosufficienti abbia un grande valore civile, perché è la risposta migliore alle denunce di “mala assistenza” che rischiano di comprendere in modo acritico tutte le realtà, anche quelle più virtuose. In particolare si valorizza il lavoro di molte migliaia di operatori che svolgono un lavoro di alto livello spesso in condizioni difficili, i quali sono pesantemente frustrati da affermazioni che non rispettano il loro ruolo professionale, l'impegno profuso, l'intelligente generosità. Sono questi stessi professionisti che hanno interesse a confrontarsi e lavorare sia sugli aspetti critici che sulle potenzialità di questi nuovi strumenti, per passare da un concetto di “debito informativo” a quello di uno strumento di governo clinico, più o meno raffinato, ma base essenziale e comune, da utilizzare ed eventualmente migliorare in forma condivisa.

Va rilevato che i servizi per la non autosufficienza sono ancora fragili e che quindi la misurazione dei loro risultati rappresenta un passo avanti molto significativo. Infatti le strutture ospedaliere ad alta tecnologia sono da anni coinvolte in atti di rilevazione degli outcome, attraverso l'utilizzazione di precisi indicatori, mentre i servizi domiciliari e residenziali sono sempre stati autoreferenziali, quasi ci fosse un'inconscia incertezza sul loro ruolo e sulla loro efficacia. Se nel recente passato non hanno avuto lo sviluppo quantitativo e qualitativo che sarebbe stato necessario è anche conseguenza della crisi culturale che li ha accompagnati: la ricerca di Agenas si pone in controtendenza e mira a mettere “le carte in tavola”, offrendo ai programmatori di tutti i livelli dati utili per il governo dei servizi, al fine di compiere scelte fortemente innovative. Peraltro gli indicatori rilevati sono la testimonianza della qualità dei ser-

vizi forniti nelle tre Regioni prese in considerazione, qualità che permette di utilizzare in futuro i risultati come punti di riferimento anche per altre realtà.

Le informazioni Agenas possono essere utilmente interpretate tramite un sistematico confronto tra ciò che viene osservato, ad esempio, la correlazione tra le caratteristiche valutativo progettuali degli anziani presi in carico e la tipologia/quantità dei servizi erogati e l'atteso ossia i bisogni stimati, standard condivisi, medie regionali, differenze rispetto al pregresso, etc.

Gli indicatori rilevati nello studio non riguardano direttamente le aree della cura, cioè non misurano cambiamenti di condizione del fruitore dei diversi servizi domiciliari e residenziali. Si deve però rilevare che molti dei dati analizzati hanno ricadute di fatto sullo stato di salute e sulla qualità della vita; devono quindi essere considerati dei proxy di grande significato anche in questo ambito. Si pensi, ad esempio, al tasso di ospedalizzazione di persone in assistenza domiciliare o ospite di residenze; infatti il trasferimento in ospedale di anziani che potrebbero ricevere un trattamento anche nel luogo naturale di vita comporta un forte stress psicologico, accompagnato dai ben noti rischi dell'ospedalizzazione (infezioni, delirium, immobilizzazione, etc.). Un altro esempio, tra i molti e significativi offerti dalla ricerca, è il tasso di presa in carico appropriata di persone affette da demenza e da disturbi del comportamento. È una delle condizioni che maggiormente gravano sulla famiglia e sulla sua possibilità di condurre una vita normale; servizi adeguati in quest'area hanno quindi una incisiva ricaduta sulla vita della famiglia stessa, con conseguenze sulle modalità assistenziali e sulla possibilità di evitare circuiti viziosi a danno della persona ammalata.

Eventuali differenze tra una Regione e l'altra rispetto ai vari indicatori potranno essere rilevate in una fase successiva, a seguito di un maggiore consolidamento dei flussi informativi e

del sistema di indicatori. Tali differenze potranno essere interpretate in due modi. Il primo considera la diversa struttura della rete dei servizi per le persone non autosufficienti e le ovvie conseguenze a livello di alcuni risultati; a questo proposito sarà necessaria nel prossimo futuro una valutazione in grado di analizzare i diversi percorsi e quindi di indicare quali sono più razionali ed efficaci, collegando le variabili di servizio ai risultati ottenuti. Il secondo invece potrebbe suggerire che alcuni servizi sono meno efficaci di altri nel garantire un buon livello di assistenza alle persone anziane fragili e che quindi vanno modificati nelle loro modalità operative. Ovviamente la caratteristica di fondo deve essere l'apertura a nuove prospettive, evitando arroccamenti che spesso sono la naturale conseguenza della mancata esposizione ai confronti.

Il sistema di monitoraggio presentato nella ricerca rappresenta un contributo per l'assunzione delle decisioni dei programmatori e per la formazione degli operatori. In queste aree troppo spesso hanno prevalso criteri teorici che, seppure utili, hanno portato a costruire modelli poco realistici e alla formazione di operatori che non sono in grado di collegare le nozioni ricevute con la prassi di tutti i giorni. Invece l'utilizzazione degli indicatori permette di costruire "ponti" tra la teoria e la pratica, con risultati molto significativi sull'espletamento quotidiano dei servizi.

Una ricaduta importante di una conoscenza via via più approfondita del processo assistenziale, potrebbe essere, per il prossimo futuro, la costruzione di linee di indirizzo a livello nazionale, che permettano di orientare le scelte operative delle singole Regioni e offrano strumenti di controllo non repressivi, ma volti al miglioramento della qualità. In questa prospettiva si valorizza l'autonomia regionale, che potrebbe contare su una base conoscitiva indiscussa, sulla quale costruire le specificità dei propri provvedimenti.

In conclusione, i risultati prodotti possono essere utilizzati a supporto di azioni di evidence based *policy making* a livello nazionale e regionale e potenzialmente rappresentano uno strumento di governance a livello aziendale e locale.

La prospettiva è quella di mettere a regime sistemi di calcolo automatici degli indicatori definiti in alcuni ambiti aziendali con produzione di reportistiche periodiche ad esempio a livello di distretto, considerando anche lo stato di deprivazione socioeconomica; sperimentare, inoltre, l'utilizzo di reportistiche prodotte con finalità di organizzazione e governo dei servizi socio-sanitari per anziani non autosufficienti.

Questi strumenti di misurazione del processo assistenziale intendono apportare un contributo al lavoro già in essere presso diversi Tavoli istituzionali, come specificato in premessa, dedicati sia allo sviluppo dei flussi informativi, sia al monitoraggio dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nel nostro Paese, con un'attenzione specifica al corretto equilibrio tra attività e risorse assegnate al Lea ospedaliero e al Lea territoriale.

Per meglio rispondere ai bisogni delle persone

non autosufficienti le indicazioni programmatiche anzitutto sono rivolte a:

- affermare principi universalistici nell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie da parte di persone che hanno subito una perdita permanente (parziale/totale) dell'autonomia, delle abilità fisiche, sensoriali, cognitive, relazionali. Perdita, questa, che porta a un'incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone;
- individuare, per il cittadino, livelli di certezza nelle modalità di accesso, presa in carico e nelle tipologie di offerta assistenziale appropriate per la risposta al bisogno accertato;
- definire le nuove modalità di compartecipazione degli assistiti e/o dei loro familiari al costo delle prestazioni socio-sanitarie privilegiando l'assistenza a domicilio;
- introdurre elementi di omogeneità territoriale e di equità nella compartecipazione delle persone ai costi dei servizi, garantendo risorse regionali aggiuntive a quelle di provenienza sanitaria e sociale già destinate;
- sostenere ed estendere il sistema pubblico dei servizi socio-sanitari integrati a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane.

BIBLIOGRAFIA

- Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, I fondi e le politiche per la non autosufficienza nelle regioni, novembre 2009.
- Arcà S, Magni C, Ditta G, Giacomini D, Bandoni F, La presa in carico delle condizioni di fragilità e di non autosufficienza, marzo 2009.
- Bargna E, Compagni A, Frisone E, Team infermieristici di comunità ed empowerment: studio di tre casi nella realtà italiana, in *Mecosan* No 77. 2011, pp 9-28.
- Béland F, Hollander M, Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives, in *Gac. Sanit.* 2011, 548 no. page 9.
- Béland F et al, 2006, A System of Integrated Care for Older Persons with Disabilities in Canada: Results from a Randomized Control Trial, in *The Journals of Gerontology; Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 361-374 (61;4).
- Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, Rubenstein LZ, Carbonin PU, Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community, in *BMJ* 1998; vol 316;1348-1351.
- Bolin K et al. (2007). Informal and Formal Care Among Single-Living Elderly In Europe.
- Censis-ASSR. (2004, settembre 23). Indagine Censis-ASSR Anziani alla conquista della salute. Agenzia Sanitaria Italiana, p.n° 39.
- Coda Moscarola F, (2003), L'assistenza di lungo termine agli anziani non autosufficienti (LTC). Un'analisi comparativa e prospettica con un'applicazione alla regione Piemonte, Rapporto CeRP.
- Coleman EA, 2003. Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs. *JAGS* 51:556-557.
- Coleman K, Reid RJ, Johnson E, Hsu C, Ross TR, Fishman P, Larson E, 2010. Implications of Reassigning Patients for the Medical Home: A Case Study. *Annals of Family medicine*, 8 (6), pp 493-498.

- Corsalini E, Vendramini E, Integrare la rete dei servizi territoriali. Contenuti, forme e risultati delle best practice in Italia, Egea 2010.
- D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, San Martin-Rodriguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in health care organizations. *BMC Health Serv Res.* 2008 Sep 21; 8:188.
- Damiani G, Farelli V, Anselmi A, et al. Patterns of Long Term Care in 29 European countries: evidence from an exploratory study. *BMC Health Services Research* 2011, Nov. 18, 11:316.
- Damiani G, Ricciardi W, Manuale di Programmazione e Organizzazione Sanitaria, Idelson Gnocchi; 2010.
- Di Stanislao F, Visca M, Caracci M, Moirano M, 2011, Integrated systems and continuity in health care: a navigation through the concepts and models, in *Int. Jour. Care Path.* 15 (3) pp.82-89.
- Fine M, Thomson C, 1995, Factors affecting the outcome of Community care service interventions. A Literature Review, Aged and community Care Service Development and Evaluation Reports N0.20, commonwealth department of Human Services and Health) AGPS, Camberra.
- Foglietta F, (2004), L'assistenza domiciliare nei livelli essenziali socio sanitari e sociali, Studi Zancan, politiche e servizi per le persone.
- Fried L, Walston JD, Ferrucci L, Chapter 52. Frailty, in *Hazard's Geriatric Medicine and Gerontology*, Sixth Edition, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME et al eds, Mc Grow Hill, New York, 2009:631-645.
- Fried L et al, (2004), Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care, *Journal Gerontology A. Biol. Sci. Med. Sci.*, 255-263 (59).
- Giordano A, Rozzini R, Trabucchi M, La fragilità nell'anziano: una prospettiva clinica, *G Gerontol.* 2007; 55:2-6.
- Grammenos S, (2005), Implications of Demographic Ageing in the Enlarged EU in the Domains of Quality of Life, Health Promotion and Health Care, Brussels.
- Guzzanti E, Longhi T, 1985, Medicina di base e medicina ospedaliera. *Federazione medica*; 9: 1005-1011 editoriale.
- Guzzanti E, L'Assistenza Primaria in Italia. Dalle condotte mediche al lavoro di squadra, Edizioni Iniziative sanitarie, 2009.
- Guzzanti E, Mastrobuono I, Bova D, Le forme integrative di assistenza sanitaria e sociosanitaria in Italia: le ragioni e la evoluzione di un programma di interventi per il loro sviluppo, in *Organizzazione Sanitaria* 4/2008, 3-30.
- Guzzanti E et al, (2002), Gli anziani e la non autosufficienza: una sfida sanitaria, sociale e finanziaria, in *Igiene e sanità pubblica*, 393-400 58(6).
- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R, Continuity of care: a multidisciplinary review, in *BMJ.* 2003 Nov 22; 327(7425):1219-21.
- Hébert R, Dubois MF, Rayche M, Dubuc N, PRISMA-Estrie Group, The effectiveness of the PRISMA integrated service delivery network: preliminary report on methods and baseline data, in *International Journal of Integrated Care*, Vol. 8, 11 February 2008 – ISSN 1568-4156 – <http://www.ijic.org/>.
- Hjortdahl P, (1990), Ideology and reality of continuity of care, in *Family Medicine*, 361-364 (22).
- Hogan D et al, (2003), Models, definitions, and criteria of frailty, in *Aging clinical and experimental research*, 1-29 15(3).
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW, Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function, in *JAMA*, Vol. 185, No. 12, Sept 21, 1963.
- Keeler E., Guralnik J. M., Tian H., Wallace R. B., Reuben D. B., 2010., The Impact of Functional Status on Life Expectancy in Older Persons, in *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2010 July; 65(7):727-733.
- Kodner DL, Spreeuwenberg C, Integrated Care: Meaning, Logic, Applications and Implications – A Discussion Paper, in *International Journal of Integrated Care* Vol. 2 (October-December), 2002.
- Kodner DL, Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons, in *Health and Social Care in the Community* 14 (5), 384-390, 2006.
- Lamura G et al, (2010), Migrant workers in the long-term care sector: lessons from Italy, in *Health and Ageing*, 8-12 (22).
- Lattanzio et al, 2011, Health care for older people in Italy: the U.L.I.S.S.E. project (Un Link Informatico sui Servizi Sanitari Esistenti per l'anziano – a computerized network on health care services for older people), in *Giornale di gerontologia* 2011, 59:3 (147-154).
- Lawrence P, Lorsch J, 1967, Differentiation and Integration in Complex Organizations, in *Administrative Science Quarterly*; 12: 1-30.
- Leichsenring K, (2004), Developing integrated health and social care services for older persons in Europe, in *International Journal of Integrated Care*, 1-15 4 (3).
- Leutz, Five Laws for integrating medical and social Services: Lessons from the United States and United Kingdom, *Leutz. The Milbank Quarterly*, Vol. 77, No 1, 1999.
- Leveille et al, 1998, Preventing disability and managing Chronic illness in frail older adults: a randomized trial of a community based partnership with primary care, in *J. Am. Geriatr. Soc* 46; 1191-1198.
- Lilford R, Mohammed M, Spiegelhalter D, Inpatient safety III, Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma, in *Lancet* 2004; 363: 1147-54.
- MacAdam M, Frameworks of integrated care for the elderly: a systematic review, *CPRN research report*, april 2008.
- MacAdam M, Moving toward health service integration: provincial progress in system change for seniors, *CPRN Research Report*, may 2009.
- Mant J, 2001, Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care, in *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 13 (6), 475-480.
- Masso M, Owen A, Linkage coordination and integration: Evidence from rural palliative care, in *Australian Journal of Rural Health*, Volume No 17, issue 5, October 2009, pp 263-267.
- Mauri L, Pozzi A, Le politiche di Long Term in Italia: i principali nodi del dibattito, in *Mutamento Sociale*, No 17 Ottobre 2007, pp 1-19.
- Ministero della Salute (2010, nov-dic), Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano, Quaderni del Ministero della Salute.
- Mollica R, Aging and disability resource centers, *Toolbox. Rutgers/NASHP Community living exchange collaborate.* October 2003.
- Punto unico di accesso, presa in carico, continuità assistenziale, *Monitor* 2008, Rivista trimestrale dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, 2° supplemento al No 21..

- Naylor MD, Transitional Care: Moving patients from one care setting to another, in American Journal of Nursing; No 108 (9 Suppl), September 2008, pp 58-63.
- Network non autosufficienza, L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009, Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per l'Agenzia nazionale per l'invecchiamento, Maggioli editore, 2009.
- Organizzazione Mondiale della Sanità, ICF/ Classificazione

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge 8 novembre 2000, n. 328. Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.
- Legge 16 novembre 2001, n. 405. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria.
- Legge 30 dicembre 2004, n.311. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005).
- Legge 5 maggio 2009, n. 42. Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione.
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- Decreto Legislativo 18 febbraio 2000, n. 56. Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133.

SITOGRAFIA

- EU 2008 http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication_summary6656_en.htm
- OECD 2007. Long-term care: a complex challenge. OECD Observer 2007. www.oecd.org
- OECD, 2007. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications.
- OECD, 2011. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. www.oecd.org.
- La spesa per Long Term Care , cap 4, pp 103-123, Agg. 2011, Ministero dell'Economia e delle Finanze
- United Nations, 2001. World Population Ageing 1950-2050. www.who.int
- WHO, 2001. International Classification of functioning, disability and health. www.who.it
- WHO, 1980. The international classification of impairment, disabilities and handicaps. Geneva.
- European Commission. (2006). European Demography Forum. Brussels: <http://ec.europa.eu>
- Istat 2007: Indagine 2004-2005 Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari Anno 2005 http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/2

Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della salute, Erickson, Trento, 2002.

- Pesaresi F, Gori C, Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa, Tendenze Nuove, 4-5, luglio-ottobre, 2003.
- Prince MJ, (2008), Organizing healthcare delivery systems for persons with ongoing care needs and their families, in Healthcare quarterly, 45-54.
- Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998. Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000.
- Decreto Presidente Consiglio Ministri 14 febbraio 2001. Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie.
- Decreto Presidente Consiglio Ministri 29 novembre 2001. Definizione dei livelli essenziali di assistenza.
- Ministero del Lavoro e delle politiche sociali. DM 4 ottobre 2010. Ripartizione delle risorse finanziarie assegnate al fondo per le non autosufficienze.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. DM 17 dicembre 2008. Flusso Informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare.
- Documento Commissione LEA del 18 ottobre 2006 "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio".
- Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009-Patto per la Salute 2010-2012.
- Accordo Stato-Regioni 25 marzo 2009 sugli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009.
- Accordo Stato-Regioni 8 luglio 2010 sugli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2010.
- Piano sanitario Nazionale 2011-2013 - Documento approvato dalla Conferenza Unificata il 22 settembre 2011 - ad oggi all'esame delle commissioni parlamentari.

0070302_00/testointegrale.pdf

- ISTAT 2008. Previsioni demografiche nazionali 1° gennaio 2005-1° gennaio 2050.
- ISTAT <http://demo.istat.it>
- ISTAT 2008. Condizioni di salute e utilizzo dei servizi sanitari, Anni 2004-2005. www.istat.it/sanita.
- ISTAT 2011. L'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni Anno 2008, www.istat.it
- ISTAT 2011. Il futuro demografico del paese. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065. <http://dati.istat.it>
- Ministero della Salute. Annuario statistico 2009. (2012). Attività gestionali ed economiche delle Asl e aziende ospedaliere.
- Ricerca corrente 2009, Rilevazione dell'attuale spesa pubblica per l'assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard (Resp. Scientifico Prof. Cislaghi 2009) www.agenas.it
- I Fondi e le Politiche per la Non Autosufficienza nelle Regioni. Novembre 2009 www.agenas.it
- Anno 2012: Anno europeo dell'invecchiamento attivo: www.invecchiamentoattivo.politicheperlafamiglia.it

ALLEGATO I

Il contesto regionale di riferimento delle aree di studio

184

i Quaderni di **MORJIOR**

LE STRATEGIE REGIONALI PER LA LONG TERM CARE IN REGIONE LOMBARDIA

L'attuale modello di Welfare, ispirato al principio della sussidiarietà, nasce da una sostanziale semplificazione della struttura organizzativa, caratterizzata da alcuni elementi essenziali tra cui la tutela della centralità del cittadino e la sua libertà di scelta all'interno del sistema. La ristrutturazione del sistema ha portato in via prioritaria ad un'importante revisione e qualificazione della rete d'offerta nel settore sociosanitario e sociale attraverso l'introduzione dell'accreditamento regionale, posto come condizione imprescindibile per l'esercizio dell'attività erogativa per conto del FSR nel rispetto di specifici requisiti basati sulla qualità delle prestazioni, e sulla definizione di criteri per l'accesso ai servizi.

Le trasformazioni demografiche ed epidemiologiche avvenute in questi anni hanno fatto emergere la necessità di un ulteriore sviluppo della politica di welfare regionale, non più basata su aggiustamenti settoriali, ma sul rafforzamento dei legami tra le diverse componenti della società e affrontando i problemi in termini di sostenibilità e partecipazione.

Con la Legge Regionale n.3/2008 "Governo della rete delle Unità d'offerta sociosanitarie e sociali" e con la Legge Regionale n.33/2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", che abroga la L.R.31/97, la Regione ha inteso richiamare i principi di sussidiarietà oriz-

zontale e verticale e di libera scelta del cittadino, perseguendo tra gli obiettivi prioritari l'adeguatezza della rete delle Unità d'offerta ai bisogni sociali e sociosanitari, la personalizzazione degli interventi e la promozione dell'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali di competenza dei Comuni. I provvedimenti citati rinforzano il ruolo della Regione come ente preposto alla programmazione, all'indirizzo, al coordinamento, controllo e supporto nei confronti delle Aziende sanitarie locali (Asl), alle quali viene riconosciuta la piena autonomia nella programmazione a livello locale della rete d'offerta in linea con le indicazioni regionali e con le linee di indirizzo formulate dai Comuni.

Il Programma Regionale di Sviluppo e il Piano Socio Sanitario 2010-2014, che rappresenta lo strumento di programmazione integrato nel quale sono indicate le linee d'indirizzo del sistema regionale nelle politiche in ambito sanitario e sociosanitario, sanciscono come obiettivo prioritario delle azioni programmatiche il passaggio "dalla cura al prendersi cura", rinforzando la scelta regionale di porre al centro del sistema la persona e la sua famiglia sostenendo a livello territoriale distrettuale l'integrazione e l'unitarietà fra i diversi interventi sanitari, sociosanitari e sociali, la continuità tra le diverse azioni di cura e assistenza, incoraggiando un ruolo attivo della persona nella gestione della propria malattia.

L'evoluzione dei bisogni, caratterizzata principal-

mente dalla cronicizzazione delle malattie, dall'invecchiamento della popolazione e dall'incremento delle condizioni di fragilità sociale, ha determinato una progettazione innovativa che colloca nel territorio il luogo privilegiato dell'integrazione nella logica di una presa in carico globale e continuativa, finalizzata a garantire la miglior qualità di vita possibile della persona e della sua famiglia, attraverso un'offerta di servizi regolata secondo i principi dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza, della semplificazione dei rapporti amministrativi e della responsabilizzazione degli enti.

Le strategie di sviluppo della IX Legislatura, pur confermando alcuni capisaldi del sistema lombardo ispirato alla sussidiarietà, si orientano a politiche di innovazione e sviluppo che prevedono:

- la promozione di interventi sulle persone, viste non più come portatrici di un bisogno e destinatarie dell'intervento, ma soggetti in grado di partecipare alla costruzione della risposta (dal governo dell'offerta al governo della domanda);
- il potenziamento di un'effettiva libertà di scelta rispetto ai percorsi e non più solo rispetto agli erogatori (co-progettazione del proprio percorso di salute e di vita);
- il rafforzamento del ruolo del terzo settore che superi quello di mero erogatore di servizi;
- la promozione dell'integrazione, superando logiche organizzative settoriali.

Si è inteso così rinforzare il ruolo importante rivestito dalla famiglia nel potenziamento del livello territoriale delle cure e dell'assistenza in particolare dell'ambito domiciliare. Proprio in tale prospettiva ha confermato la funzione di coordinamento delle Asl dei servizi territoriali nella loro declinazione distrettuale, attraverso:

- lo sviluppo di centri per l'assistenza domiciliare, dislocati a livello distrettuale, con l'obiettivo di assicurare modalità uniformi di accesso ai servizi, informare, orientare e accompagnare nei percorsi all'interno della rete dei servizi il cittadino e la sua famiglia;
- il potenziamento dell'assistenza domiciliare in-

tegrata con particolare riguardo ai bisogni complessi, promuovendo un miglioramento qualitativo dei servizi stessi;

- l'identificazione di unità residenziali dedicate per l'assistenza ai casi complessi e soluzioni alternative alla residenzialità con particolare riferimento alle situazioni di fragilità sociale.

Caratteristiche e organizzazione del sistema sociosanitario lombardo e dell'area di sperimentazione

Il territorio lombardo si estende su di una superficie complessiva di kmq 23.861, di cui il 40,5% rappresentato da aree montane e una densità di popolazione per kmq di 415,7. La popolazione residente al 01/01/2011 è di 9.917.714 abitanti di cui il 51,1% femmine e il 10% stranieri; la fascia degli ultra sessantacinquenni è pari al 19,2% con un incremento significativo osservato in questi ultimi dieci anni in particolare della fascia dei grandi anziani (85+). L'indice di vecchiaia è pari a 143,1.

Il sistema sociosanitario lombardo è attualmente organizzato in 15 Asl, all'interno delle quali sono presenti 86 distretti (cui va aggiunto il distretto di campione d'Italia), con una densità di popolazione quantitativamente differente, cui viene riconosciuta un'autonomia sostanziale nel disegno organizzativo, nella programmazione e nelle modalità erogative dei servizi e delle prestazioni in base alle specificità territoriali su base distrettuale. La separazione tra soggetti erogatori (aziende ospedaliere e strutture private accreditate), e soggetti acquirenti (Asl) e la graduale esternalizzazione dei servizi socio-sanitari a soggetti erogatori istituzionali e a nuovi soggetti pubblici e privati, profit o non profit hanno favorito uno sviluppo del ruolo delle Asl nell'ambito della tutela e controllo attraverso il rafforzamento delle funzioni di programmazione, acquisto di servizi e controllo delle prestazioni nell'ottica del perseguimento dell'integrazione sociosanitaria tra il sistema sanitario, sociosanitario e sociale: tra i punti significativi di tale modello vi sono l'istituzio-

ne all'interno delle Asl della figura del direttore sociale, del dipartimento delle Attività Socio Sanitarie Integrate (A.S.S.I.) e il rafforzamento della partecipazione responsabile al processo decisionale programmatico regionale dei cittadini, degli enti locali e di tutti gli attori del sistema (pubblici e privati, profit e no profit).

Una delle funzioni principali attribuita al distretto è quella di "tutela" della popolazione e di declinazione operativa delle attività sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali in modo da rappresentare i bisogni della comunità locale attraverso il coordinamento della realizzazione delle attività programmate a livello aziendale, in stretta collaborazione con i Comuni e i diversi interlocutori sul territorio, presidiando altresì la libertà di scelta del cittadino nell'accedere ai servizi socio-sanitari presenti sul territorio.

Sia in ambito sanitario sia sociosanitario sono previsti livelli di esercizio delle attività di erogazione dell'assistenza: il livello autorizzativo, basato sui requisiti di esercizio nazionali e specifici regionali, il livello di accreditamento istituzionale specifico per tipologia d'offerta rilasciato a seguito di verifica del possesso di specifici requisiti ulteriori stabiliti dalla Regione. Quest'ultimo livello rappresenta la condizione "sine qua non" per accedere alla contrattualizzazione delle prestazioni, ponendo a carico del Ssr i costi delle prestazioni riconosciute nei livelli essenziali di assistenza.

L'assistenza continuativa agli anziani è rappresentata principalmente da servizi e prestazioni di carattere domiciliare, semiresidenziale e residenziale.

Nell'area della domiciliarità sono ricompresi i servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) erogata tramite Voucher/Credit, garantiti da enti privati accreditati e, in misura sempre minore, dal servizio pubblico, che costituiscono una rete importante in grado di consentire la permanenza a domicilio anche di situazioni complesse (Stati Vegetativi - SV, Sclerosi Laterale Amiotrofica - SLA) e di terminalità oncologica e non oncologica. All'interno di quest'area sono previsti anche con-

tributi economici a sostegno delle famiglie che assumono in proprio il carico assistenziale di persone non autosufficienti o con bisogni complessi (SV, SLA).

L'offerta di servizi residenziali e semiresidenziali per anziani in Regione Lombardia si caratterizza per un numero consistente di posti letto nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), pari a circa 60.000 posti distribuiti in modo omogeneo sul territorio che svolgono funzioni prevalentemente orientate alla lungo assistenza anche di casi particolarmente complessi (stati vegetativi, malattie neurologiche degenerative, SLA, gravi disabilità) mediante l'erogazione di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e animative. Le RSA garantiscono, oltre ai ricoveri ordinari definitivi, la possibilità di ricoveri temporanei di sollievo e di Pronto Intervento a sostegno delle famiglie che assistono presso il proprio domicilio persone non autosufficienti. All'interno della rete delle RSA sono presenti anche i nuclei dedicati all'assistenza di persone affette da demenza con disturbi comportamentali (Nuclei Alzheimer) con specifici requisiti di accreditamento. Nella rete d'offerta semiresidenziale sono ricompresi i Centri Diurni Integrati (CDI) che garantiscono prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e animative in regime diurno a supporto della domiciliarità. Sul territorio regionale sono presenti sia in ambito sanitario sia sociosanitario una rete hospice e un sistema di offerta di prestazioni riabilitative in area specialistica (intensiva), generale geriatrica (estensiva) e di mantenimento.

Sostanzialmente in linea con i dati sociodemografici regionali sono i dati riferiti al territorio dell'Asl di Milano, ambito regionale coinvolto nella sperimentazione. Nella tabella 1 sono illustrati i principali indicatori relativi alla popolazione oggetto dello studio.

Il territorio dell'Asl di Milano presenta un sistema di offerta quantitativamente importante.

La rete d'offerta in ambito sanitario è rappresentato nella tabella 2, comprendendo inoltre da qual-

che anno e in via sperimentale anche una rete di Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative e di Cure Subacute collocate nella fase intermedia del percorso assistenziale.

Il sistema dell'offerta in ambito sociosanitario, in particolare quello rivolto all'assistenza delle persone anziane, ricomprende tutte le tipologie previste dal sistema lombardo e viene illustrato nella tabella 3. Come si può vedere, l'offerta quantitativamente più significativa è rappresentata dalle RSA con 8.918 posti letto accreditati contrattualizzati distribuiti su 67 strutture: in linea con quanto previsto dalle regole regionali, le RSA del

territorio offrono la possibilità di ricoveri ordinari definitivi e di sollievo e di assistenza a persone affette da demenza con disturbi comportamentali (Nuclei Alzheimer per un totale di 159 p.l.). È presente, in aggiunta all'offerta illustrata in ambito sanitario, anche un numero di strutture accreditate contrattualizzate che operano nel campo della riabilitazione sia in regime di ricovero sia ambulatoriale/domiciliare per un totale di 824 posti letto e poco più di 500.000 prestazioni ambulatoriali/domiciliari. Nell'area semiresidenziale sono presenti 27 CDI per un totale di 707 posti contrattualizzati.

TABELLA 1 - Caratteristiche della popolazione oggetto dello studio

N° distretti	7
Popolazione totale della Asl/Zona Distretto	1.593.400
Popolazione >64 anni nella Asl/Zona Distretto	372.782
% Popolazione > 64 anni nella Asl/Zona Distretto	23,40
Popolazione >84 anni nella Asl/Zona Distretto	51.028
Area Metropolitana	100%

TABELLA 2 - Rete dell'offerta sanitaria dell'Asl di Milano

Tipologia di strutture	Numero
Aziende ospedaliere	7
Presidi ospedalieri	11
Aziende Ospedaliere Universitarie/Policlinici Universitari	2
IRCCS pubblici	3
IRCCS privati	8
Ospedali privati accreditati	14
Totale posti letto	N.10.073 di degenza per acuti N. 1.692 di riabilitazione

TABELLA 3 - Rete dell'offerta sociosanitaria

	N. strutture	N. posti a contratto/volumi accr.
Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)	67	8.918
Centro Diurno Integrato (CDI)	27	707
Hospice	4	43
ADI Voucher	24	
Riabilitazione (ex.Art.26)		
Strutture di ricovero (totale)	6	824
Specialistica	3	148
Generale geriatrica	5	546
Mantenimento	4	130
Prestazioni (totale)	18	512.820
Ambulatoriale	18	376.276
Domiciliare	10	136.544

Il sistema di presa in carico della non autosufficienza e “fragilità”

Il processo di valutazione ed erogazione dell’assistenza rivolto alle persone anziane si inserisce in un più complesso processo, che ha come obiettivo prioritario quello di garantire la libertà di scelta e di facilitare l’accesso del cittadino ai servizi anche attraverso l’informazione, l’orientamento e l’accompagnamento della persona in condizioni di bisogno, ma soprattutto di garantire risposte appropriate ai bisogni espressi.

La coesistenza di problematiche sanitarie e sociali spesso interdipendenti tra loro nella persona “fragile” rende necessaria la valutazione dei bisogni a partire dalle priorità e dalle caratteristiche dell’intervento necessario a rispondere ai bisogni espressi dalla persona nelle diverse fasi della vita. Nel processo di presa in carico la multidimensionalità della valutazione dei bisogni e l’impostazione multiprofessionale dei processi oltre alla coerenza e continuità del percorso di cura e di assistenza consentono di sostenere la persona e la sua famiglia nel passaggio fra le diverse modalità assistenziali. Proprio per tale motivo il riconoscimento del bisogno viene attuato attraverso la valutazione multidimensionale dei bisogni (sanitari, funzionali, sociali): il percorso assisten-

ziale si configura così come un percorso di rete. Nel sistema lombardo non esiste una gestione “centralizzata” delle liste di attesa, ma ogni struttura/ente erogatore (ADI) ha una propria lista interna i cui criteri di tenuta sono stabiliti a livello regionale.

Le fasi della Presa In Carico

Nel sistema lombardo l’accesso ai servizi socio-sanitari avviene in modo diretto e nel rispetto della libera scelta della struttura erogatrice da parte del cittadino. Non sono previste ad oggi valutazioni ex ante da parte del servizio pubblico, sia per accedere ai servizi residenziali/semiresidenziali (RSA, CDI) sia domiciliari. Le modalità tuttavia differiscono parzialmente nel caso in cui il cittadino necessita di una presa in carico domiciliare, per la cui attivazione è obbligatoria la richiesta del Mmg/Pls (ricettario regionale) che espliciti le motivazioni e la necessità della domiciliazione delle prestazioni. È tuttavia in corso una sperimentazione a livello regionale per la revisione del processo di presa in carico che introduce una valutazione ex ante dei bisogni finalizzata ad orientare una presa in carico globale e il setting più appropriato.

Nel progetto PIC è stata condivisa tra le Unità

TABELLA 4 - Il sistema di presa in carico nelle SdS coinvolte nel progetto - Regione Lombardia

Accesso	L'accesso ai servizi/strutture avviene in modo diretto: il cittadino, previa acquisizione della richiesta di attivazione del servizio (ADI, hospice, riabilitazione richiesta Mmg/Pls su ricettario regionale) e/o della modulistica prevista nel caso delle strutture residenziali e semiresidenziali (RSA, CDI, NA), sceglie liberamente l'erogatore. Nel caso di pazienti ad alta complessità (Stati vegetativi) è previsto un livello autorizzativo da parte dell'Asl che attesti la presenza dei requisiti per la gratuità del ricovero.
Valutazione Multidimensionale del bisogno e produzione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI)	L'ente erogatore scelto dal cittadino a seguito della richiesta prende in carico la persona e procede ad effettuare una valutazione multidimensionale dei bisogni attraverso l'equipe multidisciplinare e formula un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) che viene condiviso con il Mmg/Pls (solo nel caso dell'ADI) e con il cittadino e/o la sua famiglia. Nel PAI viene definita la programmazione dell'assistenza (Azioni) e gli obiettivi assistenziali orientati ai problemi e alla valutazione degli esiti. Nel caso di ricovero in RSA l'erogatore procede alla classificazione del livello di fragilità dell'ospite compilando la scheda SOSIA; nel caso dell'ADI a seguito della valutazione l'erogatore individua il profilo assistenziale appropriato (Voucher/Credit).
Coordinamento attuativo tra erogatori e azione di case management	Con la presa in carico l'erogatore individua all'interno dell'equipe una figura di riferimento per il monitoraggio e il coordinamento dell'assistenza, che rappresenti il riferimento per la persona e per la sua famiglia.
Monitoraggio e rivalutazione	Nel corso della presa in carico viene monitorata costantemente l'evoluzione dei bisogni mediante rivalutazioni periodiche che possono esitare in una rivalutazione con riformulazione del PAI (cambio profilo voucher/credit nel caso dell'ADI; cambio classe SOSIA nel caso delle RSA) e modifica degli obiettivi assistenziali. Durante il periodo di presa in carico l'Asl effettua un monitoraggio costante dell'utenza assistita e può procedere ad una verifica diretta del percorso assistenziale. Al raggiungimento degli obiettivi l'ente erogatore procede alla dimissione della persona garantendo la continuità assistenziale all'interno della rete.

Operative delle regioni coinvolte nella sperimentazione una mappa concettuale del sistema di presa in carico: nella tabella 4 viene descritto il processo di presa in carico dei bisogni complessi sociosanitari nella realtà operativa dell'Asl di Milano, seguendo i parametri definiti nella mappa concettuale del progetto.

La fase di segnalazione e attivazione dell'assistenza

La segnalazione del caso può essere fatta da tutti coloro che, a diverso titolo, ne valutino l'opportunità a favore di una persona in condizioni di fragilità, per esempio dalla famiglia, dai servizi sociali del Comune di residenza, dalle associazioni di volontariato, da operatori delle strutture di ricovero e cura sanitarie e sociosanitarie.

L'attivazione del percorso di cure domiciliari, di quello riabilitativo e di quello di cure palliative (hospice) viene fatta su ricetta regionale dal Mmg/Pls, o dal medico specialista ospedaliero all'interno del percorso "dimissioni protette", laddove previsto, previo accordo con il medico di medicina generale. Solo nel caso delle cure domiciliari il Medico di cure primarie/pediatra di famiglia è il responsabile clinico del paziente, costituendosi come punto di riferimento per l'erogatore e per la famiglia al fine di garantire la continuità diagnostico-terapeutica.

Nel caso delle RSA e del CDI il cittadino/famiglia accede direttamente alla RSA scelta, presentando una domanda di inserimento unitamente alla certificazione medica compilata dal Mmg/Pls.

La fase della valutazione dei bisogni, della stesura del PAI e dell'individuazione del case manager

La struttura erogatrice scelta dal cittadino procede alla valutazione analitica dei bisogni, alla stesura del PAI e definisce l'obiettivo di cura e assistenza. Nel caso delle RSA l'erogatore è tenuto alla compilazione della scheda SOSIA (scheda di osservazione intermedia dell'assistenza) mediante la quale viene attribuita una classe di "fragili-

tà" e la conseguente tariffa a carico del FSR. Nel caso dell'ADI l'erogatore di cure domiciliari assegna il voucher sulla base dei bisogni rilevati e del PAI secondo parametri prestabiliti adottati dall'Asl (n. accessi, case-mix assistenziale, complessità) e definiti nei requisiti di accreditamento. Il soggetto erogatore assume così la responsabilità dell'erogazione delle prestazioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi, individuando il responsabile del percorso assistenziale ed informando l'assistito e la sua famiglia in merito alle figure professionali coinvolte (*case-mix professionale*), alle prestazioni previste dal PAI in funzione degli obiettivi. A tale scopo viene predisposto e costantemente aggiornato il fascicolo sociale e sanitario nel quale è contenuta tutta la documentazione necessaria alla gestione della presa in carico (il consenso informato alle cure, la documentazione sanitaria, le scale di valutazione, l'esito della valutazione, il PAI e la scheda SOSIA nel caso delle RSA).

La fase di erogazione delle cure si esplicita così attraverso la messa a disposizione dell'assistito e della sua famiglia di tutte le competenze professionali necessarie per tutto il periodo che risulti necessario, a supporto di un'adeguata e appropriata risposta ai suoi bisogni secondo un'ottica di integrazione con tutti gli attori del sistema.

L'erogatore è tenuto all'assolvimento del debito informativo (requisito di accreditamento) nei confronti dell'Asl e della regione con cadenza trimestrale (tranne l'ADI che è mensile) che contiene tutte le informazioni clinico-assistenziali ed economiche relative alla popolazione assistita.

L'Asl mantiene un ruolo di costante monitoraggio e verifica delle prestazioni erogate in grado di consentire una valutazione *in itinere ed ex post* dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e attuare un costante monitoraggio dei volumi prodotti.

La fase di rivalutazione/monitoraggio

L'aggiornamento del *case-mix* assistenziale e delle prestazioni correlate è in capo all'erogatore, sia

in termini di tipologia sia di intensità di cura, mediante un monitoraggio periodico dei bisogni e la conseguente valutazione degli esiti. Tale monitoraggio può esitare in un rinnovo/modifica del profilo di cura (voucher, ADI) o della classe SOSIA nella direzione di una minore o maggiore intensità, anche correlata alla variazione del mix di figure professionali necessarie al raggiungimento dell'obiettivo di cura e assistenza. La durata del periodo di erogazione, l'intensità di cura e il case-mix professionale, sono correlati all'evoluzione dinamica dei bisogni dell'assistito.

La fase di dimissione

Il raggiungimento dell'obiettivo di cura prefissato comporta la chiusura del PAI in accordo con l'assistito/sua famiglia in modo da garantire la continuità assistenziale attraverso i diversi nodi delle rete.

In tutte le fasi del percorso di presa in carico l'Asl mantiene un costante monitoraggio delle prestazioni erogate e può intervenire attraverso una verifica in itinere o ex post dell'appropriatezza di quanto erogato.

Il sistema informativo sociosanitario lombardo

L'introduzione in ambito sociosanitario dell'accreditamento istituzionale ha consentito di introdurre come requisito specifico per le singole Unità d'offerta un debito informativo, attuato mediante la compilazione di un tracciato record stabilito dalla regione, in grado di fornire le informazioni clinico-assistenziali-sociali ed economiche relative all'utenza assistita. I flussi informativi costituiscono un debito informativo obbligatorio che le strutture erogatrici devono assolvere secondo le indicazioni e le modalità stabilite dalla regione (trimestrale per RSA, CDI, hospice, riabilitazione e mensile per l'ADI). Ad oggi il sistema informativo sociosanitario rileva informazioni nell'ambito dell'assistenza residenziale/semiresidenziale agli anziani (RSA, CDI), nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata, nell'ambito della disabilità (RSD, CDD, CSS),

della riabilitazione, delle dipendenze, dei consulenti, degli hospice. Un flusso informativo specifico è stato inoltre sviluppato per la rilevazione dei requisiti di accreditamento e per la tenuta di un'anagrafe regionale delle strutture sociosanitarie. Il debito informativo così strutturato consente alla regione di assolvere il proprio debito informativo nei confronti del Ministero della salute, mediante l'invio alle scadenze previste dei flussi SIAD e FAR.

L'introduzione di un sistema omogeneo di classificazione dei bisogni della persona con bisogno sociosanitario complesso ha permesso in questi anni di costruire un osservatorio epidemiologico della popolazione anziana e di effettuare un monitoraggio costante sull'evoluzione della "domanda" espressa in grado di orientare le azioni programmatiche regionali.

Il sistema di finanziamento lombardo della non autosufficienza/anziani

Nell'organizzazione della Regione Lombardia le risorse economiche destinate all'ambito dell'assistenza agli anziani sono in capo all'Assessorato Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale. Le risorse finanziarie destinate alla Direzione Generale sono di tre tipi:

- le risorse autonome, derivanti dal bilancio regionale, il Fondo sociale regionale;
- le risorse vincolate, fondi assegnati a interventi specifici di derivazione statale, come la quota assegnata alla Regione Lombardia del Fondo nazionale per le Politiche Sociali, o provenienti dall'Unione Europea;
- la quota parte socio-sanitaria del Fondo sanitario regionale.

I flussi di finanziamento sono illustrati nella figura 1: per il Fondo sociale regionale e il Fondo nazionale per le politiche sociali, il flusso dei finanziamenti passa dalla Direzione Generale alle Asl e da queste direttamente agli ambiti distrettuali. Gli ambiti gestiscono i fondi direttamente, indirizzandoli ai gestori dei servizi sociali, oppure mediante i Comuni che, a loro volta, fanno confluire

re le risorse ai gestori o le erogano direttamente ai cittadini nell'ambito dell'area sociosanitaria, le Asl erogano i servizi e gli interventi quasi esclusivamente attraverso i gestori di servizi sociosanitari.

La figura 2 mostra un aumento delle risorse del

Fondo sanitario del 20,6% rispetto al 2005. Nel 2009 la somma proveniente dal Fondo sanitario, principale fonte di finanziamento della spesa, ha costituito l'82,8% delle risorse complessive. Nel periodo 2005-2009 l'area anziani ha assorbito in media il 60% delle spese correnti complessive. Ri-

FIGURA 1 - Flussi di finanziamento della Regione Lombardia

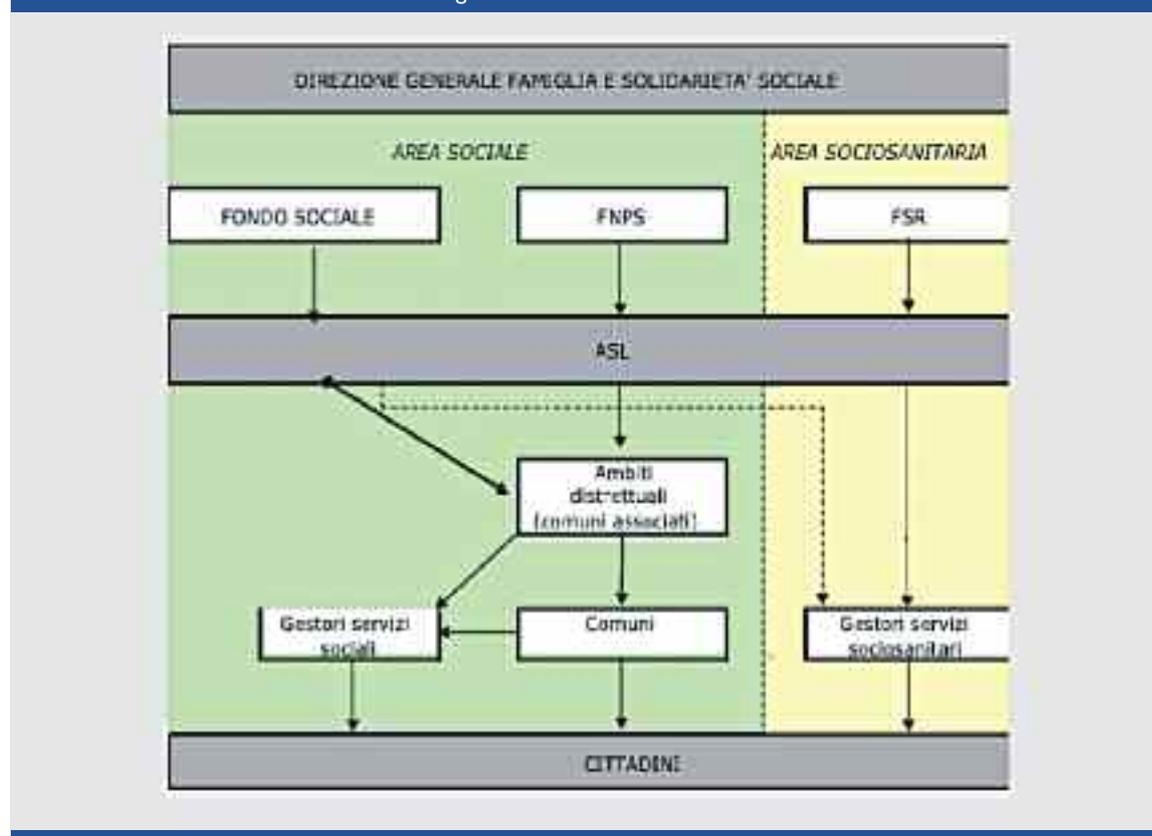
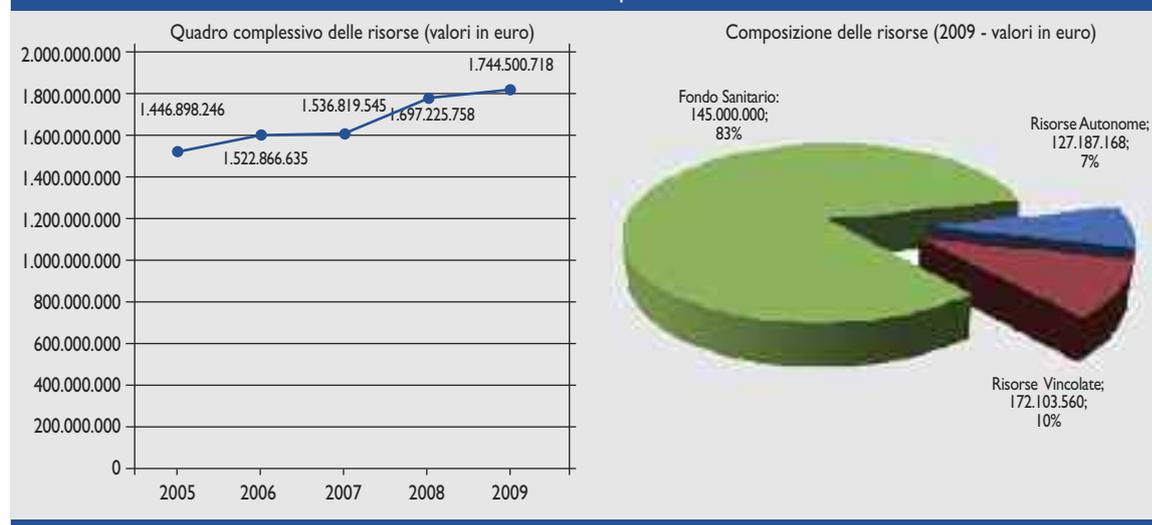


FIGURA 2 - Andamento delle risorse anni 2005-2009 e composizione delle risorse nel 2009



spetto ai dati riportati si evidenzia che le risorse regionali destinate alla cura e all'assistenza degli anziani hanno assorbito il 63% dell'intera quota del FSR attribuita alle Asl.

Nel 2010 nell'Asl di Milano le risorse destinate all'area anziani hanno assorbito il 56,9% dell'ammontare complessivo, in particolare impegnando il 67,4% del Fondo sanitario regionale, il 3,9% del Fondo nazionale delle politiche sociali, il 4% del Fondo sociale regionale, l'intera quota del Fondo per le non autosufficienze (FNA), mentre sono pari al 24,7% del totale le risorse messe a disposizione dai Comuni che afferiscono al territorio di competenza (tabella 5).

LE STRATEGIE REGIONALI PER LA LONG TERM CARE IN REGIONE TOSCANA

L'organizzazione del servizio sanitario, sociosanitario e sociale della Regione Toscana

Il Servizio sanitario toscano (Ssr) è organizzato in 16 Aziende sanitarie, di cui 12 sono Aziende sanitarie locali (Asl) e 4 Aziende ospedaliero-universitarie (AOU); ciascuna Asl è a sua volta articolata in zone-distretto: è questo il livello di governo in cui

si attua l'integrazione delle attività sociali e sanitarie svolte dalle aziende sanitarie e dai Comuni.

Compete alla zona-distretto la valutazione dei bisogni sanitari e sociali della comunità e l'organizzazione dei servizi necessari a soddisfarne i bisogni assistenziali.

La L.R. n. 60/2008 (modifiche alla L.R. n. 40/2005), dopo una fase di sperimentazione, ha inoltre introdotto nel Ssr le Società della Salute (SdS), Consorzi Pubblici tra Asl e Comuni, come nuovo modello organizzativo per il governo, la programmazione e la gestione delle attività sanitarie territoriali, sociosanitarie e sociali integrate in ambito di zona-distretto. Attualmente le SdS in Toscana sono 25, a fronte delle 34 zone distretto, e altre sono in via di costituzione.

Secondo la suddetta legge istitutiva, gli obiettivi che le Società della Salute perseguono, con il coinvolgimento delle comunità locali, sono:

- a) consentire la piena integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie;
- b) assicurare il governo dei servizi territoriali e le soluzioni organizzative adeguate per garantire la presa in carico integrata del bisogno sanita-

TABELLA 5 - Risorse impiegate nel 2010 dall'Asl di Milano per gli interventi rivolti alle persone anziane e ai soggetti non autosufficienti (%)

Risorse 2010	%
Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS)	3,9
Fondo Sociale Regionale	4,0
Fondo Sanitario Regionale	67,4
Risorse Comuni	24,7

Normativa Regionale di Riferimento

- DGR 14 dicembre 2001 n.7435 "Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani (RSA)";
- DGR 9 maggio 2003 n. 12902 "Modello Lombardo del Welfare: attivazione del voucher sociosanitario per l'acquisto di prestazioni domiciliari socio-sanitarie integrate";
- L.R. 12 marzo 2008, n.3 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario";
- DGR 13 giugno 2008 n. 7438 "Determinazioni in ordine all'individuazione delle unità d'offerta sociosanitarie ai sensi dell'art.5, comma 2, della l.r. 3/2008";
- DGR 6 agosto 2008 n. 7915 "Determinazioni in ordine al miglioramento qualitativo dell'assistenza garantita a persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e a persone che si trovano nella fase terminale della vita, con particolare attenzione alla terapia del dolore e alle cure palliative a favore di pazienti oncologici";
- DGR 26 novembre 2008 n. 8501 - allegato 17 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2009";
- DGR 16 settembre 2009 n. 10160 "Determinazioni in merito agli interventi sperimentali per persone che si trovano in stato vegetativo e per persone affette da malattie dei motoneuroni, in particolare da sclerosi laterale amiotrofica";
- DGR 17 novembre 2010 "Piano Socio Sanitario 2010-2014";
- DGR 28 settembre 2010 n. 2856 "Piano Regionale di sviluppo della IX legislatura";
- DGR 6 dicembre 2011 n. 2633 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012".

- rio e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale;
- c) rendere la programmazione coerente con i bisogni di salute della popolazione;
- d) promuovere l'innovazione organizzativa, tecnica e gestionale;
- e) sviluppare l'attività e il controllo sia sui determinanti di salute sia sul contrasto delle disuguaglianze.

Nella sperimentazione del progetto PIC sono state coinvolte due Società della Salute toscane: la SdS Fiorentina e la SdS Pisana (figura 3).

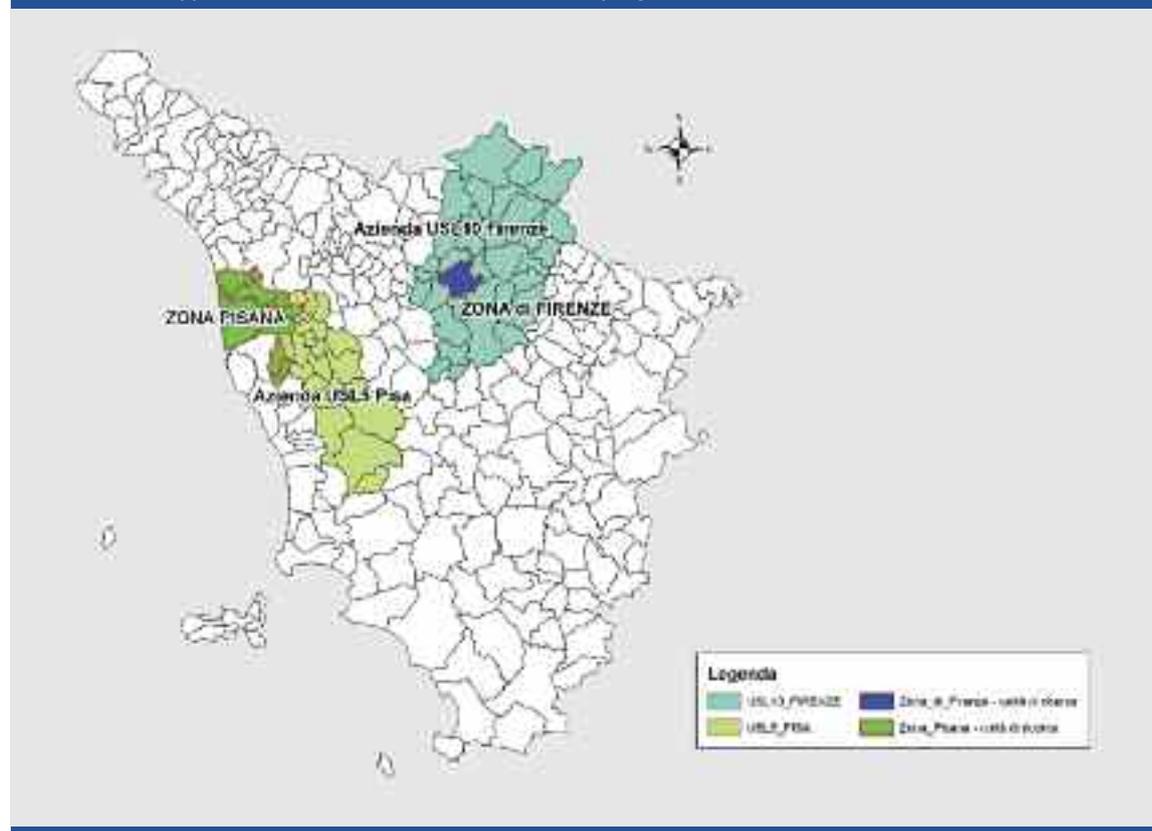
Caratteristiche socio demografiche regionali e delle aree di studio toscane

I residenti in Toscana al 01/01/2011 sono 3.749.813 (fonte: Istat); gli anziani ultra sessantacinquenni sono 872.766, pari al 23,3% della popolazione, in maggioranza donne. In tabella 6 sono presentati alcuni indicatori relativi alle zone coinvolte nella sperimentazione, parallelamente

agli stessi indicatori riguardanti l'intera Regione. La popolazione delle due Società della Salute (SdS) coinvolte nello studio è in linea con la popolazione regionale per quanto riguarda sia la distribuzione di genere che i dati relativi alla speranza di vita alla nascita.

Rispetto agli altri indici demografici segnaliamo invece che la zona fiorentina ha un indice di vecchiaia (popolazione 65+/popolazione 0-14) maggiore rispetto sia allo stesso indice calcolato per la SdS Pisana sia rispetto all'indice regionale. La Toscana nel suo complesso ha un valore di questo indice molto più alto sia di quello italiano sia di quello delle altre due Regioni coinvolte nella sperimentazione (rispettivamente 144,0 per l'Italia, 141,9 per la Lombardia e 139,9 per il Veneto). Anche l'indice di dipendenza anziani, che indica quanti ultra64enni risiedono in Toscana ogni 100 persone di età compresa tra i 15 e i 64 anni, è più alto nella SdS Fiorentina rispetto sia al dato regionale che a quello della SdS Pisana.

FIGURA 3 - Mappa della Toscana con le aree di studio del progetto PIC



In entrambe le SdS considerate la percentuale di popolazione che, secondo i dati del 2001, vive in zone deprivate è inferiore al dato regionale, stes- so dicasi per il tasso di mortalità generale.

Principi e strategie della Long Term Care regionale

Con la L.R. 66/2008 la Regione Toscana ha isti- tuito il Fondo per la non autosufficienza, attra- verso il quale vengono coperte diverse tipologie di servizi socio-sanitari, appropriati rispetto ai bi- sogni accertati della popolazione anziana ultra ses- santacinquenne non autosufficiente.

Con D.G.R.T. n. 370/2010 è stato approvato il “Progetto per l’assistenza continua alla persona an- ziana non autosufficiente”, che definisce regole di accesso, attori del sistema e strumenti per la pre- sa in carico dell’anziano non autosufficiente in una logica attuazione di percorsi assistenziali per- sonalizzati all’interno di un sistema di valutazio- ne del bisogno di assistenza condiviso su tutto il territorio regionale.

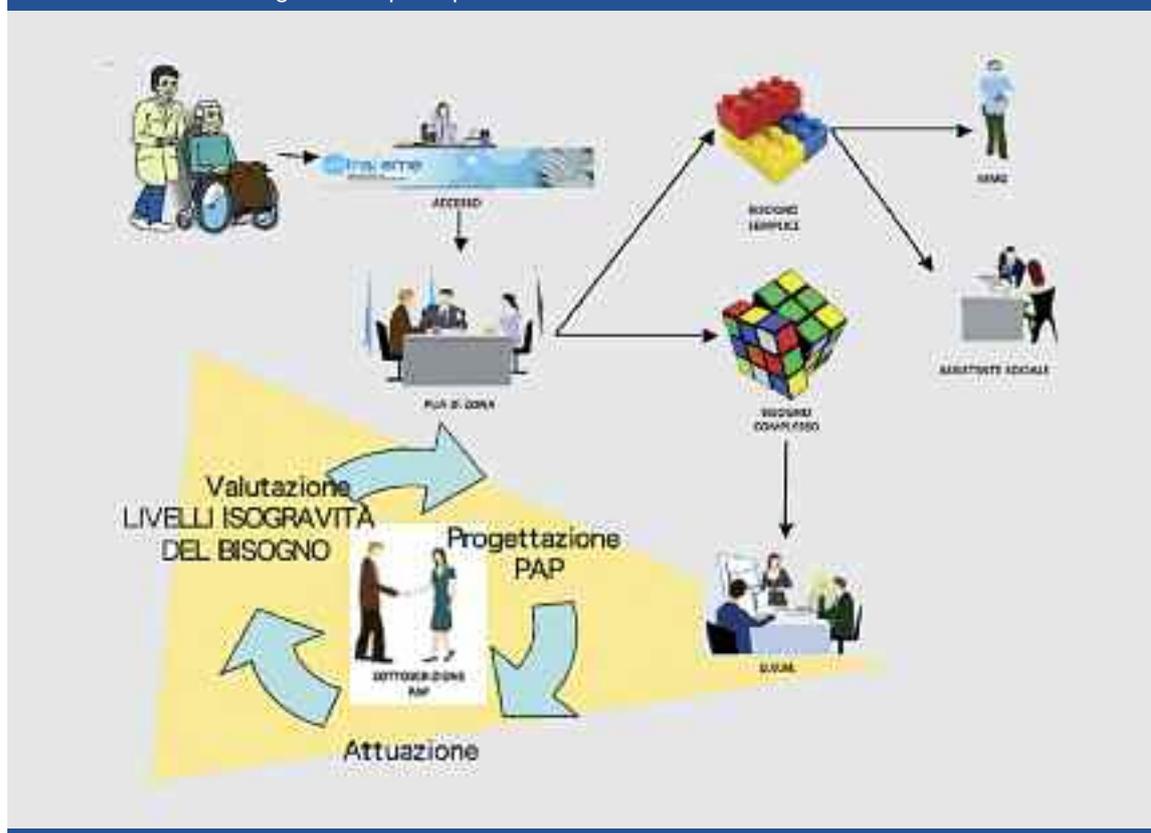
I principi generali del progetto sono:

- a) l’orientamento alla prevenzione della non au- tosufficienza;

TABELLA 6 - Indicatori socio-demografici

	SdS Pisana	SdS Fiorentina	Toscana
Popolazione 2011	197.118	371.282	3.749.813
Popolazione 65+	45.876	94.610	872.766
Indice vecchiaia 2010	187,99	214,04	182,89
Indice dipendenza anziani 2010	36,17	40,7	36,37
Speranza di vita alla nascita 2008 m	79,54	79,95	79,65
Speranza di vita alla nascita 2008 f	84,88	84,96	84,77
% popolazione residente in zone deprivate 2001	36,64	34,38	40,08
Tasso std e mortalità generale	473,77	456,78	481,05

FIGURA 4 - Il modello organizzativo per la presa in carico dell’anziano non autosufficiente



- b) la promozione della domiciliarietà nel rispetto dell'appropriatezza;
- c) il pieno utilizzo della rete dei servizi territoriali;
- d) la continuità assistenziale ospedale - territorio;
- e) la presa in carico del cittadino attraverso progetti di assistenza personalizzati, condivisi con la famiglia.

Il modello organizzativo (figura 4) dei servizi rivolti alla non autosufficienza si basa su:

- Una rete di accesso unitaria per i cittadini (Punti Insieme e PUA) dove avviene la raccolta di tutte le segnalazioni di bisogno, l'apertura e la gestione delle cartelle informatizzate degli assistiti e l'invio all'Unità di Valutazione Multidisciplinare. Punto Insieme e Punto Unico di accesso rappresentano uno dei principali strumenti per l'integrazione sociosanitaria, nonché una garanzia della realizzazione di un sistema unitario di accoglienza che mira a garantire su tutto il territorio regionale omogeneità ed equità della presa in carico. È a questo livello che il cittadi-

no presenta il suo bisogno: se il bisogno rilevato è *semplice*, cioè di natura esclusivamente sociale o sanitaria¹⁰, il cittadino viene orientato verso la richiesta di servizi sanitari tramite il Mmg o verso la richiesta di servizi sociali tramite l'assistente sociale; se il bisogno rilevato è *complesso*, tale cioè da richiedere una valutazione multidimensionale e la realizzazione di un progetto assistenziale personalizzato, viene richiesta la valutazione del cittadino all'Unità di Valutazione Multidisciplinare.

- L'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM), composta da un team di professionisti (un medico di distretto, un infermiere, un assistente sociale e al bisogno, lo specialista), procede con la valutazione multidimensionale del cittadino, che ha espresso il bisogno attraverso la somministrazione di un protocollo valutativo, omogeneo su tutto il territorio regionale¹¹, che descrive la situazione della persona dal punto di vista cognitivo - comportamentale, clinico, funzionale e socio-ambientale (figura 5).

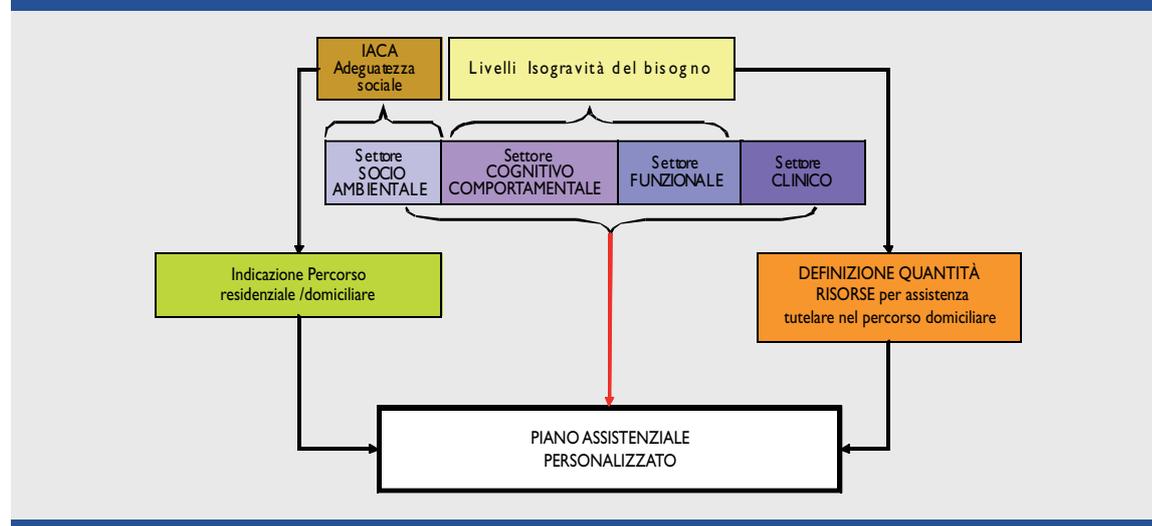
10 Per i bisogni semplici di tipo sanitario l'accesso è attivato dai Mmg:

- Assistenza Infermieristica domiciliare: l'accesso al servizio viene garantito a tutti i cittadini su presentazione della richiesta da parte del medico e viene - in via generale - erogato dagli operatori che lavorano presso i presidi dislocati nel quartiere di residenza o di domicilio del paziente;
- Assistenza domiciliare programmata (ADP) consiste in visite domiciliari a cadenza periodica del Mmg a favore di assistiti che, a causa dell'età avanzata o della presenza di gravi patologie croniche, necessitano di un controllo clinico, ma non possono recarsi autonomamente in ambulatorio;
- Assistenza domiciliare integrata (ADI) è il servizio di assistenza a domicilio per i casi complessi, che viene proposto dal Mmg e autorizzato dal Medico di distretto. Il servizio prevede l'attivazione di un piano di assistenza personalizzato e multi professionale - coordinato dal Mmg in collaborazione con i servizi sanitari e sociali - che può comprendere, oltre all'assistenza medica, anche quella sociale e infermieristica e l'attività di riabilitazione.

Per i bisogni semplici di tipo sociale l'accesso è attivato dalle Assistenti Sociali attraverso il segretariato sociale.

11 Dall'ottobre del 2010 è stato introdotto il nuovo modello di valutazione multidimensionale con le scale previste dalla Regione Toscana (DDRT n°1354/2010).

FIGURA 5 - Schema di valutazione UVM



■ La Valutazione Multidimensionale rappresenta lo strumento operativo che consente un'analisi dettagliata del grado di complessità dei bisogni dell'anziano ed è l'atto prioritario e ineludibile in funzione del quale viene redatto il progetto assistenziale personalizzato. La Valutazione multidimensionale è corredata da procedure in grado di classificare gli anziani non autosufficienti in base al "livello isogravità del bisogno", inteso come pari livello di esigenze assistenziali a fronte di profili di bisogno differenti. In particolare sono stati individuati 5 livelli isogravità del bisogno, definiti tramite il raggruppamento ragionato dei 27 profili di bisogno risultanti dalla combinazione del grado di dipendenza nelle BADL (Basic Activity Daily Living), del livello di compromissione cognitiva e dei disturbi di umore e comportamento, come illustrato in tabella 7. Indicativamente potremmo descrivere i diversi profili come segue:

- L.Isogravità 1. persone pienamente collaboranti, senza problemi di memoria né disturbi del comportamento, che necessitano di un aiuto fisico leggero non continuo per compiere le attività di base della vita quotidiana;
- L.Isogravità 2. persone che, oltre ad avere bisogno di un aiuto fisico leggero non continuo per compiere le attività di base della vita quotidiana, presentano un leggero decadimento cognitivo e/o moderati disturbi del comportamento che riducono la loro collaboratività nell'assistenza; oppure persone pienamente collaboranti, che però necessitano di moderato aiuto per compiere le attività di base della vita quotidiana;

- L.Isogravità 3. persone che, oltre ad avere bisogno di un aiuto lieve e non continuo per compiere le attività di base della vita quotidiana, presentano un grave decadimento della funzione cognitiva o gravi disturbi del comportamento che rendono l'assistenza più difficile; oppure persone che necessitano di un aiuto fisico di livello intermedio per compiere le attività di base della vita quotidiana, poco collaboranti a causa di un decadimento della funzione cognitiva moderato o grave o che presentano un livello moderato nei disturbi del comportamento;
- L.Isogravità 4. persone che necessitano di un aiuto fisico pesante per compiere le attività di base della vita quotidiana, poco collaboranti a causa di un grave o moderato decadimento della funzione cognitiva e che presentano disturbi del comportamento di livello moderato; oppure persone che necessitano di assistenza pesante o totale nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana, come nel caso di uno stato vegetativo persistente;
- L.Isogravità 5. persone che necessitano di un aiuto fisico pesante per compiere le attività di base della vita quotidiana, per niente collaboranti a causa di un decadimento della funzione cognitiva moderato o grave, ma soprattutto di gravi disturbi del comportamento che richiedono peraltro sorveglianza continua.

- La verifica costante dei risultati conseguiti dai progetti assistenziali personalizzati, in relazione ai loro esiti di carattere sociale e di salute e al loro impatto in termini di sostenibilità economico finanziaria.
- La realizzazione di un sistema informativo sui ser-

TABELLA 7 - Criteri di classificazione del livello di isogravità del bisogno

	Dipendenza BADL Lieve			Dipendenza BADL Moderata			Dipendenza BADL Grave		
	Disturbi comp / umore	Disturbi comp / umore	Disturbi comp / umore	Disturbi comp / umore	Disturbi comp / umore	Disturbi comp / umore	Disturbi comp / umore	Disturbi comp / umore	
	Assenti-Lievi	Moderati	Gravi	Assenti-Lievi	Moderati	Gravi	Assenti-Lievi	Moderati	Gravi
Assente-Lieve	1	2	3	2	3	4	4	4	5
Moderata	2	2	3	3	3	4	4	4	5
Grave	3	3	4	3	4	5	4	5	5

vizi della non autosufficienza basato sul principio della cartella unica informatizzata dell'assistito, dove si registra tutto il percorso assistenziale, dalla segnalazione all'erogazione e conclusione.

■ L'assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti è rappresentata principalmente da servizi e prestazioni di carattere domiciliare, semi-residenziale e residenziale.

In particolare

- Area della domiciliarità e semiresidenzialità:
 - gli interventi domiciliari sociali e sanitari forniti direttamente dal servizio pubblico;
 - gli interventi di sostegno alle funzioni assistenziali della famiglia che si assume in proprio in carico assistenziale della persona non autosufficiente;
 - il sostegno economico per l'assistente familiare;
 - i buoni servizio o i titoli per l'acquisto del servizio.
- Area della semiresidenzialità:
 - centro diurno modulo di base;
 - centro diurno Alzheimer.
- Area delle residenzialità:
 - ricovero temporaneo e di sollievo in RSA;
 - ricovero permanente in RSA.

Il processo di presa in carico declinato nelle diverse fasi

Sulla base della normativa vigente, in Regione

Toscana il percorso assistenziale si può suddividere in una sequenza di fasi ben individuate:

1. segnalazione
2. presa in carico
3. valutazione
4. erogazione/sospensione
5. rivalutazione/conclusione

Nel progetto PIC è stata tracciata una mappa concettuale del sistema di presa in carico che fosse condivisibile da tutte le Unità Operative coinvolte nel progetto: in tabella 8 si descrivono le modalità di presa in carico dei bisogni complessi sociosanitari nelle realtà operative delle due unità di ricerca toscane, all'interno della mappa concettuale condivisa con le altre Regioni.

Liste di attesa

Società della Salute Fiorentina

Come previsto dal nuovo regolamento della SdS di Firenze le persone anziane o adulte con disabilità possono essere ospitate presso residenze sanitarie assistenziali (RSA) se l'Unità di Valutazione Multidisciplinare ha definito un PAP di tipo residenziale, a seguito dell'accertamento di una condizione di elevato bisogno assistenziale (Livello Isogravità 4 o 5 e assegno di accompagnamento) e di assoluta inadeguatezza ambientale che rende impossibile un piano assistenziale domiciliare. Nella SdS di Firenze le procedure d'acces-

TABELLA 8 - Il sistema di presa in carico nelle SdS coinvolte nel progetto - Regione Toscana	
Accesso	Per la SdS di Firenze l'accesso del cittadino al percorso della non autosufficienza avviene attraverso i 5 Punti Insieme o tramite segnalazione postale diretta al PUA. Nella SdS Pisana sono attivi 4 Punti Insieme, uno dei quali svolge anche attività di PUA, e uno è in corso di apertura; inoltre la rete di accesso per la non autosufficienza è integrata dalle sedi dove opera il segretariato sociale.
Valutazione	Per le SdS di Pisa e Firenze l'UVM è unica ed è costituita da: Multidimensionale del un medico di distretto, infermiere, assistente sociale, ed eventualmente il geriatra e il neurologo; viene sempre invitato anche il Mmg. bisogno e produzione di Le schede di valutazione sono compilate al domicilio dell'utente dall'assistente sociale e dall'infermiere di riferimento, attivati dal PUA. Tali un Piano Assistenziale schede compilate sono valutate in sede collegiale dall'UVM e da tale valutazione scaturisce il Piano Assistenziale Personalizzato, trasmesso sia all'utente sia al Mmg e all'assistente sociale.
Coordinamento	Il PAP deve essere accettato sottoscritto dall'utente/familiare: è prevalentemente l'assistente sociale che funge da riferimento per i pazienti in questa fase e che, in qualità di case-manager, assicura l'erogazione dei servizi/prestazioni entro 60/90 gg. dalla presentazione dell'istanza (segnalazione).
Monitoraggio e rivalutazione	Il case - manager monitora la corretta applicazione del PAP e segnala all'UVM eventuali incongruenze. È prevista una rivalutazione dei PAP che può essere programmata dall'UVM (al massimo entro un anno dal PAP) o richiesta direttamente dall'utente o dal familiare nel caso di mutate esigenze.

so ai ricoveri definitivi in RSA sono basate sulla composizione di graduatorie gestite presso l'Ufficio Unico Integrato e determinate in base a un punteggio assegnato all'utente dall'UVM; in caso di parità, la posizione in graduatoria è determinata secondo l'ordine cronologico di valutazione in UVM.

Per le altre tipologie di inserimento in RSA – quali ricoveri temporanei, ricoveri post-acuzie e per urgenze e ricoveri di sollievo – e per i Centri Diurni per non autosufficienti, in caso di temporanea indisponibilità di risorse, l'utente viene posto in lista d'attesa per l'attivazione effettiva delle singole prestazioni non disponibili, secondo una graduatoria. La posizione in lista d'attesa è determinata dall'ordine cronologico di definizione del PAP: a parità di data, hanno la precedenza le persone più anziane d'età.

Società della Salute Pisana

In base al regolamento per l'accesso alle prestazioni del sistema integrato degli interventi e servizi sociali, valido per tutta la Usl 5 di cui la Zona Pisana fa parte, è previsto¹² l'inserimento delle domande degli utenti in liste di attesa, specifiche per ogni tipologia di servizio, laddove non sia possibile procedere con l'erogazione tempestiva. I criteri di gestione e ordinamento di ogni tipologia di lista di attesa sono esplicitati in maniera trasparente nel disciplinare di funzionamento del servizio specifico. In casi particolari, ovvero in condizioni di emergenza, comunque previsti nei disciplinari, è possibile derogare all'inserimento in lista di attesa e procedere immediatamente all'attivazione del servizio.

Nella realtà della Zona Pisana le liste di attesa sono molto importanti nell'ambito della gestione delle domande di ammissione in RSA e/o Centro Diurno Alzheimer. Invece per quanto riguarda i servizi di domiciliarità non esiste di fat-

to una lista di attesa, per quanto l'apposito disciplinare¹³ preveda la possibilità di inserire i casi, secondo l'ordine cronologico di definizione del PAP, di anziani non autosufficienti in due tipologie di lista:

- lista di attesa per l'assistenza domiciliare diretta;
- lista di attesa per l'assistenza domiciliare indiretta (contributi).

Invece sulla base dei disciplinari per l'accesso ai servizi residenziali¹⁴ e servizi semi-residenziali¹⁵, l'ufficio dell'Unità funzionale di Zona gestisce la lista d'attesa unica per persone non autosufficienti per l'accesso in RSA (con differenziazione tra modulo base, modulo cognitivo comportamentale, modulo riabilitativo, modulo stati vegetativi) e una lista per accesso ai Centri Diurni Alzheimer. Il criterio di posizione nella graduatoria è quello cronologico di definizione del PAP, si deroga a questo principio solo in caso di situazioni di urgenza valutate in UVM.

Livello di informatizzazione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare e delle prestazioni residenziali e semiresidenziali

A livello regionale la normativa primaria di riferimento è costituita dalla Legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66 "Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza", dove, tra le altre cose, l'art. 17 prevede l'attivazione di un "flusso informativo regionale sulla non autosufficienza nell'ambito dei sistemi informativi gestionali territoriali in forma integrata".

Il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare e delle prestazioni residenziali e semiresidenziali nasce nel 2010, per rispondere alle esigenze conoscitive espresse sia dal livello regionale che da quello nazionale, assicurando la copertura del debito informativo ministeriale relativo ai flussi SIAD e FAR.

¹² Allegato 2 della delibera 25/2009 della SdS di Pisa, art. 16.

¹³ Allegato 6 della delibera 25/2009 della SdS di Pisa, art. 7.

¹⁴ Allegato 7 della delibera 25/2009 della SdS di Pisa, art. 7.

¹⁵ Allegato 8 della delibera 25/2009 della SdS di Pisa, art. 4.

A livello nazionale l'attività di rilevazione dei due domini all'oggetto è disciplinata rispettivamente dai decreti ministeriali:

- decreto ministeriale del 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare", noto come flusso SIAD o AD;
- decreto ministeriale del 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali", noto come flusso FAR o RSA.

Per quanto riguarda il flusso ministeriale SIAD, l'ambito di rilevazione riguarda tutti gli interventi sanitari ovvero socio-sanitari caratterizzati dai seguenti aspetti:

- presa in carico dell'assistito;
- valutazione multidimensionale dell'assistito;
- definizione di un piano/programma/progetto di assistenza individuale;
- responsabilità clinica in capo a medico di medicina generale, pediatra di libera scelta o al medico competente per la terapia del dolore, purché afferenti al distretto/Asl.

Il flusso FAR definisce invece l'ambito di rilevazione come costituito dalle prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate in:

- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)
- Struttura semiresidenziale per persone anziane (CD e CDA) e quindi rivolte alla popolazione con età:
 - superiore a 65 anni
 - inferiore a 65 anni, nel caso di presenza di patologie degenerative assimilabili al decadimento senile.

Il debito informativo ministeriale prevede, a partire dal 1 gennaio 2012, l'invio mensile dei dati per il flusso SIAD e trimestrale per il flusso FAR, sebbene la Regione Toscana abbia programmato invii mensili per entrambi i flussi, data l'unitarietà di processo e di informazioni di presa in carico per entrambe le tipologie di prestazioni erogate.

Il sistema di finanziamento

Con la legge finanziaria 2007 venne istituito presso il Ministero della solidarietà sociale un fondo

nazionale denominato "Fondo per le non autosufficienze" al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti e destinato alle regioni. Con la Legge finanziaria 2010 il Fondo nazionale per la non autosufficienza non è stato più rifinanziato.

La Regione Toscana, prima con una fase pilota, poi con legge regionale 66/2008 istituisce il Fondo regionale della non autosufficienza, finanziato da:

- a) risorse provenienti dal Fondo sanitario regionale destinate al sostegno dei servizi sociosanitari a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane, secondo le indicazioni del piano sanitario e sociale integrato regionale;
- b) risorse provenienti dal Fondo sociale regionale;
- c) risorse provenienti dal Fondo nazionale per l'assistenza alle persone non autosufficienti, nonché da eventuali ulteriori risorse nazionali trasferite per finalità coerenti con gli obiettivi della legge;
- d) risorse provenienti da lasciti o donazioni, compatibili con questa finalità sociosanitaria.

Il Fondo regionale viene ripartito fra le Zone sulla base di:

- indicatori di carattere demografico;
- indicatori relativi all'incidenza delle persone disabili e non autosufficienti sulla popolazione;
- indicatori relativi alle persone non autosufficienti, disabili e anziane accolte nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

Inoltre una quota pari al 10% del Fondo è finalizzata a sostenere lo sviluppo omogeneo del sistema in ambito regionale con particolare riferimento ai comuni montani e ai piccoli comuni in situazione di disagio.

La legge regionale prevede inoltre, sia il concorso finanziario dei comuni all'alimentazione del Fondo secondo quanto indicato in appositi patti interistituzionali, sia il concorso finanziario delle Ausl attraverso la spesa sanitaria per la non autosufficienza sostenuta storicamente.

Il Fondo deve essere trasferito con vincolo di destinazione alle Società della Salute, o alle Zone distretto dove non siano state costituite le SdS, che lo gestiscono con contabilità separata per il finanziamento delle prestazioni previste.

La Regione Toscana, in continuità con l'assegnazione delle risorse avvenuta nella fase pilota dell'avvio del progetto, non ha destinato tutte le risorse del Fondo per la non autosufficienza alle Società della Salute come previsto dalla L.R. 66/08, ma ha riservato una quota delle stesse per la copertura di quote sanitarie aggiuntive assegnate direttamente alle Aziende Usl per la riduzione delle liste di attesa per le RSA.

Nel 2010 la Società della Salute di Firenze per la realizzazione di servizi a sostegno della non autosufficienza per gli anziani, che riguardano, rette di ricovero presso RSA, rette per la frequenza di Centri diurni non autosufficienti, contributi per il "servizio assistenza familiare" e per quello di "sostegno alle cure familiari", ha impiegato 48 milioni di euro, finanziati per poco più della metà con il Fondo sanitario regionale (57,8%), per il 23,6% con il Fondo regionale per la non autosufficienza, per il 15,7% con risorse comunali e per il restante 2,9% con il Fondo sociale regionale.

Nel 2010 la Società della Salute di Pisa per i servizi a sostegno della non autosufficienza degli anziani e disabili, che riguardano in particolare rette di ricovero in strutture a gestione diretta e convenzionate, rette per la frequenza di Centri diurni non autosufficienti, contributi per il "servizio assistenza familiare", assistenza domiciliare integrata erogata in forma diretta, servizi per anziani fragili, assetti organizzativi per PUA e UVM ha impiegato 18 milioni di euro finanziati per poco più di due terzi con il Fondo sanitario regionale (69,7), per il 26,1% con il Fondo regionale per la non autosufficienza, per l'1,5% con una quota del Fondo nazionale per le non autosufficienze e per il restante 2,6% con il Fondo sociale regionale.

A tali risorse occorre inoltre aggiungere circa 5.500.000,00 di servizi per anziani e disabili coperti con risorse comunali non inseriti nella tabella 10.

LE STRATEGIE REGIONALI PER LA LONG TERM CARE IN REGIONE VENETO

L'organizzazione del servizio sanitario, sociosanitario e sociale veneto

Il Servizio sanitario veneto è organizzato in 21 Aziende Unità locali socio-sanitarie (Aziende Ulss);

TABELLA 9 - Risorse impiegate nel 2010 dalla SdS Firenze per gli interventi di non autosufficienza

Risorse	importi in euro	%
Quota regionale del Fondo nazionale per le Non Autosufficienze (N.A.) (FNA sia regionale sia nazionale) e Fondi Regionali per la Non Autosufficienza	11.328.755,9	23,6
Quota regionale del Fondo nazionale per le politiche sociali (FSR sia regionale che nazionale)	1.402.531,9	2,9
Quota del Fondo Sanitario Regionale	27.743.958,2	57,8
Risorse comunali	7.533.606,5	15,7
totale	48.008.852,7	100,0

TABELLA 10 - Risorse impiegate nel 2010 dalla SdS Pisana per gli interventi di non autosufficienza

Risorse	euro	%
Quota regionale del Fondo nazionale per le Non Autosufficienze (N.A.)	275.860,3	1,5
Quota regionale del Fondo nazionale per le politiche sociali	472.371,4	2,6
Quota del Fondo Sanitario Regionale	12.550.042,0	69,7
Altri finanziamenti regionali (specificare)		
Fondi Regionali per la Non Autosufficienza	4.704.255,6	26,1
	18.002.529,3	100

ciascuna di queste è organizzata in distretti. Il distretto viene definito dal legislatore regionale come “*l’articolazione organizzativo-funzionale dell’Ulss finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sociosanitari della popolazione*”¹⁶. Nel dettaglio il Distretto socio-sanitario viene indicato come il centro di riferimento per l’accesso a tutti i servizi dell’Azienda Ulss, polo aggregante di tutti i servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali territoriali, sede di gestione e coordinamento operativo e organizzativo dei servizi territoriali.

Risponde in modo unitario e globale ai bisogni di salute della popolazione attraverso la definizione e la realizzazione di percorsi integrati di promozione della salute venendo a costituire così il suo mandato fondamentale che lo realizza, nell’ambito delle indicazioni della Direzione Aziendale e delle risorse assegnate, attraverso le macro funzioni esplicitate nella DGR 3242 del 30.11.2001, ovvero:

- accoglimento, analisi, valutazione e orientamento della domanda e organizzazione della risposta;
- analisi e valutazione dei bisogni di salute;
- gestione diretta di servizi ed interventi che rientrano nel “livello di assistenza distrettuale”, avvalendosi di operatori e di unità operative proprie, oppure attraverso rapporti convenzionali con operatori o organizzazioni esterne;
- realizzazione dell’integrazione socio-sanitaria a livello gestionale ed operativo, nonché a livello istituzionale;
- governo dei consumi di prestazioni indirette (farmaceutiche, specialistiche ambulatoriali e ospedaliere, protesica) attraverso l’attività di orientamento del cittadino e, soprattutto, la piena integrazione nell’organizzazione distrettuale della Medicina Convenzionata.

Nella sperimentazione del progetto PIC sono state coinvolte due Ulss: l’Unità locale socio sanitaria N. 6 “Vicenza” e l’Unità locale socio sanitaria 4 “Alto Vicentino”. La prima è composta da 4 distretti e comprende 39 Comuni; la seconda è composta da 2 distretti e comprende 32 Comuni.

Caratteristiche socio demografiche regionali e delle unità di ricerca

I residenti della Regione Veneto al 01/01/2011 sono 4.937.854, con una maggiore presenza femminile (2.523.964). Tra questi, le persone che al 1° gennaio 2011 hanno compiuto 65 anni sono 982.283, pari al 19,89% della popolazione complessiva. In questo sottoinsieme della popolazione, le donne costituiscono la stragrande maggioranza della popolazione: oltre il 58% degli ultra sessantacinquenni sono di sesso femminile. Il Veneto è inoltre caratterizzato da una forte immigrazione, grazie alla quale si arrivano a contare 408.616 stranieri residenti, circa il 10% della popolazione. La speranza di vita alla nascita è di 79 anni per gli uomini e di 84,8 anni per le femmine; per entrambi i sessi un valore maggiore rispetto al dato nazionale.

La provincia di Vicenza conta una popolazione di 866.398 abitanti ed è la quarta provincia per numero di abitanti. Le persone con almeno 65 anni residenti in questa Provincia sono 162.790, pari al 18,79% della popolazione residente totale; questa percentuale è in linea con la stessa calcolata per la popolazione residente in Regione.

I Comuni che appartengono all’Ulss 6 contano 320.461 residenti. Dalla figura 6 è possibile notare che gli adulti (15-64 anni) costituiscono la maggioranza della popolazione residente e che la popolazione anziana ha una numerosità maggiore della popolazione under 15.

Per quanto riguarda gli adulti, sebbene costituiscono la maggioranza della popolazione residente, bi-

¹⁶ L.R. 5/1996 “Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1996/1998” p. 8 Assistenza territoriale.

sogna considerare che l'indice di struttura della popolazione attiva è maggiore di uno. L'indice di struttura è un indicatore del grado di invecchiamento della popolazione attiva: le 25 generazioni più vecchie (tra i 40 e i 64 anni) sono più numerose delle 25 generazioni più giovani (dai 15 ai 39 anni) che saranno destinate a sostituirle. Pertanto se da un lato è positivo che la popolazione attiva costituisca quasi i due terzi della popolazione residente nel territorio, dall'altro è negativo che questa parte di popolazione sia concentrata nelle classi età più elevate e sia quindi destinata a spostarsi a breve nelle classi inattive della popolazione.

L'Unità locale socio sanitaria 4 "Alto Vicentino" (Ulss 4) ha una popolazione meno numerosa: 188.265 abitanti. Analogamente all'Ulss di Vicenza, nel territorio di questa Ulss la maggioranza delle persone ha un'età compresa tra i 15 e i 64 anni. Anche in questo caso, in linea con il valore regionale, l'indice di struttura della popolazione adulta è maggiore di uno.

I principi e le strategie della Long Term Care regionale¹⁷

Il Sistema sanitario regionale nel Veneto sostanzia quattro principi fondamentali:

¹⁷ Rapporto statistico 2011, Regione Veneto, cap. 9 - I Servizi per le persone anziane non autosufficienti.

FIGURA 6 - Grafico a torta della popolazione dell'Ulss 6 per fascia di età

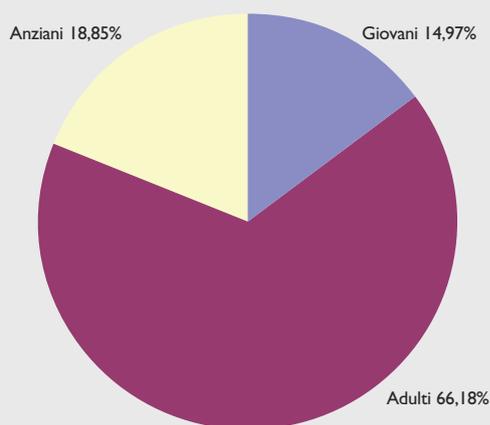
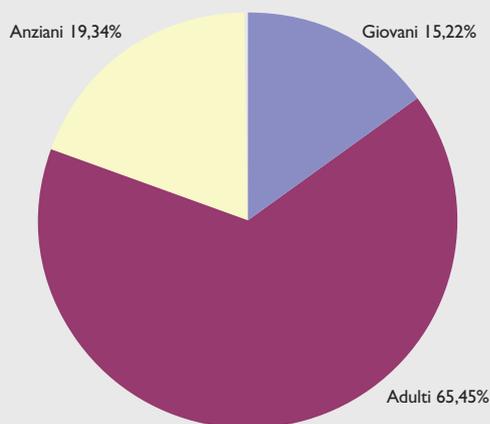


FIGURA 7 - Grafico a torta della popolazione dell'Ulss 4 per fascia di età



Fonte dei dati: demostat.it

- l'universalità ossia l'essere rivolto a tutta la popolazione di riferimento;
- l'equità ossia la garanzia di un'uguale opportunità nel raggiungimento e nel mantenimento di obiettivi di salute individuali e nella garanzia di uniformità delle prestazioni sul territorio regionale;
- l'umanizzazione dell'assistenza socio-sanitaria;
- l'integrazione socio-sanitaria.

Più in dettaglio, si possono individuare alcuni elementi peculiari dell'esperienza veneta, che rappresentano punti fermi dell'assistenza socio-sanitaria regionale:

- la conferma dell'importanza del modello socio-sanitario, integrato nelle due componenti assistenziali fondamentali per la tutela della salute nella sua globalità;
- la valenza della programmazione pubblica quale riferimento metodologico unitario e sistemico su cui sviluppare un'offerta diversificata e mirata alle reali esigenze della popolazione;
- la centralità della concezione di "filiera della salute", non solo per garantire la continuità dell'assistenza e una presa in carico globale del paziente, ma più in generale interpretando l'investimento sulla salute come elemento di progresso locale, come diritto del singolo e dovere della collettività, come creazione di un "valore" per il territorio locale.

L'integrazione socio-sanitaria si conferma strategia fondante del modello veneto, da perseguire a tutti i livelli del sistema, quale approccio che interpreta in modo completo l'obiettivo di tutelare la salute e il benessere al di là di logiche settoriali e autoreferenziali.

All'allungamento della vita media non sempre corrisponde un effettivo miglioramento della sua qualità: l'aumento dell'età determina la riduzione dell'autosufficienza, spesso aggravata da pluripatologie e dall'isolamento sociale. La perdita dell'autosufficienza dell'anziano comporta la comparsa di bisogni assistenziali a cui le famiglie, sempre meno numerose spesso sono incapaci di far fronte e di svolgere, quindi, un ruolo efficace di caregiver.

È priorità della programmazione regionale promuovere la permanenza della persona anziana nel proprio contesto di vita, anche quando non autosufficiente.

Rappresentano, dunque, strategie prioritarie della programmazione regionale:

- l'estensione uniforme su tutto il territorio regionale del servizio Assistenziale Domiciliare Integrata (ADI);
 - la promozione dell'integrazione degli interventi domiciliari svolti dai Comuni e dalle Aziende Ulss, consolidando l'integrazione tra le cure domiciliari in tutto il territorio regionale;
 - il consolidamento dei contributi economici quale supporto alla famiglia che sostiene il carico assistenziale della persona non autosufficiente, nonché la promozione di interventi di sollievo alla famiglia (attivazione di moduli sollievo, soggiorni ad alta protezione, centri diurni, ecc.);
 - la piena applicazione della L.R. n.30/2009, a garanzia dell'universalità di accesso al servizio e del diritto di scelta delle prestazioni da parte dei destinatari, nel rispetto dei criteri generali della programmazione regionale in materia socio-sanitaria;
 - il potenziamento, nei limiti previsti dalle risorse disponibili, delle strutture complementari a valenza riabilitativa o intermedia finalizzate al rientro a domicilio;
 - la promozione di azioni di selezione, formazione e accompagnamento delle persone che assistono gli anziani all'interno delle famiglie.
- Un ulteriore obiettivo della programmazione regionale è rappresentato dal consolidamento e dalla valorizzazione del sistema della residenzialità socio-sanitaria sviluppatasi nel Veneto.
- In quest'ambito rappresentano azioni strategiche:
- aggiornare il sistema dell'offerta di residenzialità nell'ambito della programmazione regionale e nei limiti delle risorse a ciò destinate;
 - proseguire nello sviluppo delle strutture residenziali (Centri di Servizio) e semiresidenziali (Centri Diurni) aperte al territorio, in grado di

erogare oltre alla tradizionale accoglienza residenziale, altri servizi di supporto alla domiciliarità (es. fornitura pasti, servizi assistenziali e riabilitativi, ecc.), fino a ricomprendere strutture di ricovero intermedie (es. ospedali di comunità);

- garantire il diritto alla libera scelta, che nel campo della residenzialità si concretizza nella facoltà del cittadino di scegliere la struttura residenziale (Centro di Servizio) maggiormente rispondente ai bisogni in riferimento alla proprie necessità.

Il sistema di presa in carico declinato nelle diverse fasi

Segnalazione

La segnalazione di un bisogno socio-sanitario e la richiesta di accedere alla rete dei servizi può essere fatta dalla stessa persona in stato di bisogno, oppure dal tutore o dall'amministratore di sostegno, da un suo familiare o anche dagli operatori sanitari, sociosanitari o sociali che hanno in carico la persona.

La domanda specifica dei servizi per i quali si chiede l'attivazione può essere presentata in qualsiasi punto della rete dei servizi, Comuni, Distretto, Medico di medicina generale, che provvederanno a trasmetterla alla Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD).

Accesso

L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) costituisce, per le persone con bisogni socio-sanitario complessi, lo strumento per accedere al sistema integrato dei servizi socio sanitari, che necessita del coordinamento interistituzionale e dell'integrazione delle risorse.

Valutazione Multidimensionale del bisogno, produzione e definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI)

La prima funzione dell'UVMD è quella di garantire la valutazione multidimensionale e multi-

professionale, cioè la lettura dei bisogni sanitari e sociali della persona, necessaria per identificare gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità, sussidiarietà e sostenibilità di accesso ai servizi e alle prestazioni dei servizi socio-sanitari del territorio.

Tale funzione è supportata da strumenti di valutazione che sono uniformi su tutto il territorio regionale. Lo strumento utilizzato nella Regione Veneto è la scheda SVaMA. È uno strumento di valutazione multidimensionale che analizza le diverse dimensioni dell'autonomia dell'anziano e il supporto fornito dalla rete sociale. La scheda SVaMA è stata adottata con deliberazione della Giunta Regionale Veneto n. 3979 del 9.11.99 ed è entrata in uso dopo un periodo di sperimentazione (P. Benetollo, S. Caffi, P. Fortuna, G. Valerio, L. Mauri - 1998) quale unico e completo strumento di lavoro per l'accesso alla rete dei servizi. I livelli sui quattro assi "cognitivo", "attività di base della vita quotidiana", "mobilità" e "necessità di cure sanitarie" rilevati con strumenti validati concorrono a determinare 17 profili aggregati sulla base dell'analisi statistica finalizzata a individuare gruppi a eguale consumo di risorse assistenziali. Il quinto asse, quello sociale, pur non essendo stato utilizzato per la definizione dei 17 profili è un asse estremamente importante per valutare la tenuta della rete nella presa in carico della persona valutata. È stata validata la riproducibilità della valutazione SVaMA con la concordanza intra-osservatore e inter-osservatore (R. Girardello, P. Benetollo, R. Fabrello, P. Fortuna, F. Gioia, G. Valerio - 1998), sono stati determinati i carichi assistenziali e le distanze relative dei profili (P. Fortuna, E. Ceschin, L. Mauri, E. Gregori, G. Viganò, M. Maglio, P. Chiotto, G. Ruscitti - 2008) ed è stato validato il valore predittivo dei profili nel definire i percorsi di cura (P. Fortuna, G. Viganò, E. Gregori 2007), il rischio di ospedalizzazione (M. Saugo - 2010) e di mortalità (P. Fortuna, F. Billari, L. Breviglieri - 2002). Nel 2006 è stata validata definitivamente la scheda SVaMA (P. Galli-

na, M. Saugo, M. Antoniazzi, P. Fortuna, R. Toffanin, S. Maggi, P. Benetollo).

La seconda azione della l'UVMD consiste nell'elaborare il progetto individualizzato (PAI), e autorizzarne la realizzazione. L'UVMD deve quindi individuare la migliore soluzione operativa possibile per rispondere alle esigenze del soggetto, in linea con il sistema di offerta presente localmente, garantendo una presa in carico globale della persona in condizioni di bisogno socio sanitario.

UVMD: organizzazione ed erogazione delle prestazioni socio-sanitarie definite nel PAI

L'UVMD è pertanto responsabile nei casi complessi della realizzazione del PAI, individua i professionisti da coinvolgere dipendenti dal Distretto o dal Comune, definisce le prestazioni, i servizi, la loro misura, le modalità e tempi, nonché i soggetti tenuti a sostenerne la relativa spesa.

A garanzia della concreta realizzazione del progetto individuale, l'UVMD individua il case manager, cioè l'operatore di riferimento per la persona e la sua famiglia, che ha il compito di verificare la realizzazione delle varie fasi del progetto, di raccordare il sistema dei servizi della rete formale ed informale, di monitorare gli interventi stessi e di concretizzare così la realizzazione del piano assistenziale individuale.

Monitoraggio e rivalutazione

L'UVMD ha anche il compito di seguire nel tempo la persona, programmando verifiche periodiche, fornendo quindi risposte appropriate secondo i principi di equità, sussidiarietà, sostenibilità e trasparenza di accesso ai servizi e alle prestazioni del territorio. La funzione di verifica, solitamente su domanda e/o su importante variazione delle condizioni della persona, viene svolta confrontando i risultati con quelli attesi, attivando, ove occorra, un'azione di analisi obiettiva delle criticità incontrate. A tale scopo l'Uls utilizza indicatori di verifica definiti dalla Programmazione Regionale e locale. L'UVMD, quindi, non solo programma e gestisce il PAI, ma ne attua il

monitoraggio e la verifica dei risultati. Esercita queste funzioni coordinando e valutando le informazioni relative agli assistiti che vengono fornite dalle figure professionali coinvolte nel Progetto Assistenziale e in base alle quali eventualmente modifica il PAI stesso.

La rivalutazione UVMD non ha una periodicità definita, ma è determinata dalla modifica dei bisogni dell'assistito.

Liste di attesa

Per l'assistenza domiciliare integrata non sono previste liste di attesa.

L'accesso al sistema dell'assistenza socio-sanitaria residenziale è gestita con il sistema delle Impegnative di residenzialità attribuite ad ogni Uls dalla Regione. Per l'accesso in convenzione in un Centro di Servizio per anziani non autosufficienti è richiesta ai Distretti socio-sanitari l'attivazione di una valutazione multidimensionale, con la compilazione della scheda SVaMA, con la conseguente discussione del caso in UVMD. L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale attribuisce un punteggio in base al quale la persona richiedente viene collocata nella graduatoria unica della residenzialità.

I Centri di Servizio erogativi delle prestazioni residenziali possono consultare in qualsiasi momento le graduatorie di residenzialità aggiornate e possono contattare in tempo reale le persone a cui viene attribuita l'impegnativa di spesa e hanno scelto quel Centro di Servizio (solitamente i contatti tra Centro di Servizio e caregiver avvengono precedentemente all'ingresso, in virtù del fatto che le strutture residenziali chiamano le persone in base alle graduatorie da esse consultabili).

Livello di sviluppo del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare e delle prestazioni residenziali e semiresidenziali

Il SID-ADI, istituito nel 2005 dalla Regione Veneto, è il sistema informativo relativo all'assistenza distrettuale integrata. IL SID-ADI garantisce il

debito informativo dell'Ulss nei confronti della Regione nell'ambito dell'assistenza domiciliare attraverso l'estrazione e l'invio trimestrale di un set di dati basato su record individuali (rilevazione sul singolo caso). La Regione Veneto infine ottempera al debito informativo ministeriale Flusso SIAD.

Il SID-ADI è inoltre uno strumento utile alla verifica e alla valutazione sia sul singolo caso sia sul complesso dell'attività svolta dall'Ulss e dal singolo distretto nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

L'utilizzo gestionale di questo sistema informativo è demandato agli operatori dei distretti Socio-Sanitari, ma anche a operatori di altri servizi Ulss che erogano le prestazioni di assistenza domiciliare.

Il SID-ADI è pensato allo scopo di rilevare, aggregandoli sul singolo utente, tutti i trattamenti di assistenza domiciliare programmati nell'ambito delle 6 forme assistenziali (profili ADI) nonché i trattamenti domiciliari sporadici e occasionali effettuati al di fuori di programmi o progetti assistenziali specifici.

Nello specifico per ciascun assistito a domicilio viene aperta, al momento della prima presa in carico, una "posizione/cartella utente", nella quale confluiscono tutte le informazioni relative alle valutazioni e ai servizi erogati dall'azienda.

Una volta aperta una "posizione utente", vanno sempre compilate le sezioni "anagrafica" (i cui dati, solitamente, vengono precompilati sulla base delle informazioni esistenti negli archivi aziendali) e "valutazione", in cui sono contenute le informazioni relative ai problemi di salute, ai bisogni assistenziali e alle risposte programmate.

Vengono quindi registrati gli accessi domiciliari effettuati da tutti gli operatori.

Il sistema informativo della residenzialità è integrato nell'Edilizia Residenziale Pubblica aziendale, attraverso moduli specifici per la gestione dei diversi aspetti (raccolta della domanda, gestione delle preferenze espresse dall'utente, valutazione, messa in lista di attesa, emissione del-

l'impegnativa, accoglimento in struttura, gestione delle presenze/assenze, rendicontazione, fatturazione, reportistica) ed è accessibile direttamente dai Centri di Servizio per consultazione/alimentazione/verifica/reportistica/fatturazione.

Il livello di informatizzazione della residenzialità ha un ruolo cruciale dal momento che l'accesso ai Centri di Servizio è subordinato alla presentazione della domanda da parte dell'assistito, alla valutazione e all'eventuale successivo inserimento in graduatoria. Il compito dei servizi centrali è quello di governare il sistema e monitorare la corretta gestione delle impegnative di residenzialità, vigilando affinché il sistema funzioni al meglio. La conclusione del percorso di assegnazione dell'impegnativa di residenzialità avviene a cura del Distretto o dei servizi centralizzati in capo al Coordinamento Distretti.

I dati di rilascio e di chiusura delle impegnative di residenzialità vengono costantemente inseriti attraverso un Portale dedicato, nel *Datawarehouse* regionale.

Il sistema di finanziamento

Il modello veneto, che prevede l'integrazione tra servizi sanitari e sociosanitari, richiede che anche le risorse finanziarie siano gestite in modo integrato.

Il finanziamento delle spese correnti del SSSR (*art. 25 L.R. 56/1994*) è assicurato da una serie di voci in entrata:

- quota di riparto del Fondo sanitario nazionale, tenuto conto della mobilità sanitaria tra regioni per tipologia di prestazioni;
- finanziamenti delle attività sociosanitarie;
- concorso del bilancio regionale per quanto riguarda i maggiori livelli assistenziali garantiti alla popolazione residente (*art. 13 D. Lgs. N. 502/1992*);
- compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria;
- rimborsi delle spese per prestazioni erogate a cittadini stranieri;

■ contributi vincolati assegnati dalla Regione e da altri enti pubblici o privati al fine di promuovere la ricerca sanitaria finalizzata.

Le risorse regionali sono destinate al finanziamento:

- dei costi d'esercizio sostenuti dalle Aziende Ulss (anche Aziende Ospedaliere e IOV) per l'erogazione dei Lea e delle prestazioni relative ai maggiori livelli assistenziali;
- di interventi per la realizzazione di obiettivi ed altre attività sanitarie;
- delle attività sociosanitarie;
- degli interventi realizzati attraverso il Fondo regionale per la non autosufficienza.

Dal punto di vista della distribuzione qualitativa dei costi d'esercizio, i parametri obiettivo sono i seguenti:

- assistenza territoriale 51%;
- assistenza ospedaliera 44%;
- attività di prevenzione 5%.

Le risorse della gestione corrente del FSSR sono destinate all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza come stabiliti (DGR 951/2011) dalla Regione del Veneto (Lea definiti a livello nazionale, eventualmente incrementati) e il loro riparto può avvenire attraverso due modalità:

- a) finanziamento in base a quota capitaria;
- b) finanziamento a funzione sulla base di costi standard di funzionamento dei servizi per quanto concerne i servizi sanitari reciprocamente resi tra Aziende, pubbliche e private, il sistema di remunerazione si basa su tariffe predeterminate che, ai sensi della normativa vigente, sono periodicamente aggiornate.

TABELLA 11 - Riparto del Fondo regionale per la non autosufficienza per Azienda Ulss.Veneto - Anno 2010 (valori in migliaia di euro)

	Fondo regionale (sanitario + sociale)	Fondo nazionale non autosufficienza	Totale assegnato alle Aziende Ulss
Ulss 4 - Alto Vicentino	25.908	834	26.742
Ulss 6 - Vicenza	49.109	1.461	50.571
Veneto	675.250	28.865	704.115

* I dati fanno riferimento alla DGR 3569/2010.

TABELLA 13 - Composizione del Fondo regionale per la non autosufficienza per destinazione e Azienda Ulss.Veneto - Anno 2010^(*)

	Residenzialità anziani	Domiciliarità anziani e disabili	Residenzialità disabili	Centri diurni per disabili	Fondo nazionale non autosufficienza	Totale assegnato alle Aziende Ulss
Ulss 6 - Vicenza	35.309.610	4.860.720	2.998.280	5.940.840	1.461.440	50.570.890
Ulss 4 - Alto Vicentino	18.926.080	3.061.390	1.285.620	2.635.150	834.100	26.742.340
Veneto	456.448.740	91.158.370	49.219.150	78.423.740	28.864.522	704.114.522

(*) I dati fanno riferimento al DGR 3569/2010
Fonte: Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto

ALLEGATO 2

Algoritmo di transcodifica dell'asse sanitario

TABELLA 1 - Transcodifica punteggi SIAD (versione 2) in SVaMA per calcolo valore asse "necessità di assistenza sanitaria"

SVaMA monodimensionale valutazione sanitaria	punteggio	SIAD tracciato I "presa in carico"	punteggio assegnato
<i>Assistenza</i>			
<i>Infermieristica</i>			
diabete insulinodipendente	5	patologia prevalente/concomitante ICD 9.I corrispondente	5
scompenso cardiaco in classe 3-4 NYHA con necessità di monitoraggio	10	patologia prevalente/concomitante ICD 9.I corrispondente	10
cirrosi scompensata con necessità di monitoraggio	10	patologia prevalente/concomitante ICD 9.I corrispondente	10
tracheostomia	5	valutazione/tracheostomia/ bisogno presente valore I	5
ossigenoterapia a lungo termine	5	valutazione/ossigeno terapia/ bisogno presente valore I	5
sondino naso-gastrico, gastrostomia	10	alimentazione/enterale/ bisogno presente valore I	10
cvc nutrizione parenterale o terapia infusionale quotidiana	10	alimentazione/parenterale/ bisogno presente valore I	10
catetere vescicale	5	valutazione/gestione catetere/ bisogno presente valore I	5
ano artificiale e ureterostomia	5	valutazione/gestione stomia /bisogno presente valore I	5
nefrostomia terapia peridurale o terapia antalgica con oppioidi	10	valutazione/controllo dolore/ bisogno presente valore I valutazione/assist Stato terminale Onc /bisogno presente I valutazione/assist Stato terminale non Onc / bisogno presente I	10
ulcere distrofiche e/o lesioni chirurgiche	5	non rilevabile	0
respiratore / ventilazione assistita	no	valutazione/ventiloterapia/ bisogno presente valore I	no
dialisi	no	non rilevabile	no
		totale assistenza infermieristica (VIP)	

TABELLA 2 - Transcodifica punteggi SIAD (versione 2) in SVaMA per calcolo valore asse "necessità di assistenza sanitaria"

SVaMA monodimensionale Valutazione cognitiva e funzionale	punteggio	SIAD tracciato I "presa in carico"	punteggio assegnato
<i>Trattamento</i>			
<i>Decubiti</i>			
assenza di rischio	0	valutazione/ cura ulcere cutanee 1-2-3-4°/bisogno assente valore 2	0
rischio elevato, lesione di 1 o 2 grado	10	valutazione/cura ulcere cutanee 1-2°/bisogno presente valore I	10
1 piaga di 3 o 4 grado	15		
2 piaghe di 3 o 4 grado	25	valutazione/ cura ulcere cutanee 3-4°/bisogno presente valore I	20
decubiti (VPIA)		prevenzione-trattamento	

TABELLA 3 - Transcodifica punteggi SIAD (versione 2) in SVaMA per calcolo valore asse "necessità di assistenza sanitaria"

SVaMA copertina Valutazione in sede UVMD	punteggio	SIAD tracciato I "presa in carico"	punteggio assegnato
<i>Potenziale</i>			
<i>Residuo</i>			
nullo	0	trattamentiRiab/ neurologico-ortopedico-di mantenimento bisogno assente valore 2	0
parziale	5	trattamentiRiab/ di mantenimento/ bisogno presente valore I	5
buono	20	trattamentiRiab/ ortopedico /bisogno presente valore I	20
elevato	25	trattamentiRiab/ neurologico/ bisogno presente valore I potenziale residuo (VPOT)	
<i>Assistenza</i>			
<i>Infermieristica</i>			
Calcolo del bisogno di assistenza infermieristica e riabilitativa NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA totale assistenza infermieristica (VIP) prevenzione-trattamento decubiti (VPIA) potenziale residuo (VPOT) Totale assistenza infermieristica e riabilitativa (VSAN)			
<i>Codifica</i>			
<i>asse</i>			
Calcolo del valore dell'asse sanitario asse sanitario "necessità di assistenza sanitaria" (PSAN)	VSAN		
1	0-5	Bassa/Lieve	
2	10 - 20	Intermedia/Moderata	
3	≥25	Elevata/Grave	