

Alessandro Seregni



ASSISTENZA DOMICILIARE E ANALISI DEI BISOGNI
SOCIO-ASSISTENZIALI DELLE PERSONE ANZIANE
NON AUTOSUFFICIENTI





CONSIGLIO
REGIONALE
DEL LAZIO

Questo studio è stato realizzato con il contributo della Regione Lazio – Consiglio Regionale del Lazio a favore di progetti territoriali di sviluppo sociale, culturale e ambientale (Bando 2009).

INDICE

| | |
|---|----------|
| PRESENTAZIONE, di Giovanni Creton | pag. 2 |
| NOTA INTRODUTTIVA | pag. 3 |
| 1. L'UNIVERSO ANZIANI | pag. 4 |
| 1.1 INTRODUZIONE | pag. 5 |
| 1.2 IL MONDO E L'EUROPA | pag. 6 |
| 1.3 VECCHIA ITALIA | pag. 10 |
| 1.4 SALUTE E CONSUMO DI MEDICINALI DEGLI ANZIANI ITALIANI | pag. 15 |
| 1.5 LE CONDIZIONI ABITATIVE DEGLI ANZIANI IN ITALIA | pag. 18 |
| 1.6 CONSUMI E POVERTA' DEGLI ANZIANI ITALIANI | pag. 20 |
| 1.7 GLI ANZIANI ITALIANI E IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE | pag. 22 |
| 1.7.1 Il giudizio degli italiani sul SSN | pag. 22 |
| 1.7.2 Il giudizio degli anziani sul SSN | pag. 25 |
| 1.8 ALCUNE RIFLESSIONI | pag. 30 |
| 2. ASSISTENZA CONTINUATIVA E DOMICILIARE. UNO SGUARDO SUL MONDO ... | pag. 32 |
| 2.1 INTRODUZIONE: IL BISOGNO DI ASSISTENZA | pag. 33 |
| 2.2 LONG-TERM CARE E HOME CARE | pag. 35 |
| 2.3 L'ASSISTENZA A DOMICILIO | pag. 36 |
| 2.3.1 La Famiglia | pag. 39 |
| 2.3.2 Le Istituzioni pubbliche | pag. 42 |
| 2.3.3 I Privati non famiglia | pag. 43 |
| 2.4 UNO SGUARDO SUL MONDO | pag. 44 |
| 2.4.1 L'assistenza continuativa e domiciliare in alcuni paesi | pag. 45 |
| 2.5 I COSTI DEI SERVIZI DI ASSISTENZA CONTINUATIVA A DOMICILIO | pag. 51 |
| 3. L'ASSISTENZA CONTINUATIVA E DOMICILIARE IN ITALIA | pag. 58 |
| 3.1 INTRODUZIONE: LE LTC IN ITALIA | pag. 59 |
| 3.1.1 Il lungo cammino verso un sistema di LTC e Home Care | pag. 59 |
| 3.2 CARATTERI DELLE LTC IN ITALIA | pag. 60 |
| 3.2.1 L'offerta di LTC in Italia | pag. 63 |
| 3.3 LA SPESA PER LE LTC..... | pag. 67 |
| 3.3.1 La spesa per i servizi socio-assistenziali per over 65 nei Comuni | pag. 68 |
| 3.3.2 Alcune riflessioni sulla spesa italiana in LTC | pag. 73 |
| 3.4 L'ASSISTENZA DOMICILIARE IN ITALIA | pag. 75 |
| 3.4.1 Come accedere all'Assistenza | pag. 77 |
| 3.4.2 La diffusione del servizio ADI fra la popolazione anziana | pag. 78 |
| 3.4.3 L'assistenza domiciliare: la situazione dei Comuni | pag. 82 |
| 3.4.4 L'assistenza domiciliare nell'Italia delle Regioni | pag. 86 |
| 3.4.5 Ruolo della famiglia e delle assistenti familiari | pag. 90 |
| 3.5 L'ESPERIENZA DI TRE REGIONI PIÙ IL LAZIO..... | pag. 95 |
| 3.5.1 Friuli Venezia Giulia | pag. 95 |
| 3.5.2 Emilia Romagna | pag. 101 |
| 3.5.3 Liguria | pag. 109 |
| 3.6 REGIONE LAZIO | pag. 115 |
| CONCLUSIONI | pag. 128 |
| BIBLIOGRAFIA | pag. 131 |
| SITI WEB | pag. 133 |
| RYDER ITALIA ONLUS | pag. 134 |
| Nota biografica dell'autore | pag. 135 |

PRESENTAZIONE

Per poter comprendere le motivazioni che hanno spinto la Associazione Ryder Italia Onlus alla pubblicazione di un libro su "Assistenza domiciliare e analisi dei bisogni socio-assistenziali delle persone anziane non autosufficienti" è opportuno ricostruire in breve le motivazioni iniziali che hanno indotto la fondazione di un servizio di assistenza domiciliare nella città di Roma. Nel lontano 1984 a Roma non esisteva nessuna forma di assistenza sul territorio per pazienti oncologici terminali, in Italia se non ricordo male era attiva a Milano La Fondazione Floriani e a Genova l'Associazione Ghirotti. Il mio ruolo di radioterapista oncologico mi portò in quegli anni in contatto con numerosi malati di tumore, spesso nelle fasi avanzate di malattia. La richiesta d'assistenza, per quelle che furono denominate in seguito le cure palliative, era altissima e non fu difficile avviare un piccolo servizio, con un solo medico e due o tre infermiere. Il nostro paese arrivò tardi ad affrontare il problema dei servizi territoriali e se in quegli anni non si fossero attivate le organizzazioni senza fini di lucro, molti dei risultati attuali non sarebbero stati raggiunti. Comunque estesa era l'ignoranza dei nostri amministratori per quanto riguarda le forme organizzative che i paesi Europei stavano creando a sostegno dei malati oncologici in fase terminale. Infatti, sin dagli anni Settanta e Ottanta del secolo scorso erano nate in Inghilterra e negli Stati Uniti delle strutture denominate Hospices, ma quando cercavo di focalizzare l'attenzione degli addetti ai lavori sull'importanza di aprire anche da noi strutture simili, la risposta più frequente era che l'Italia è un "paese particolare ove esiste la famiglia" e non c'era tutto questo bisogno di ricoveri di questo tipo. Finalmente anche nel nostro paese, intorno all'anno 2000 fu varata una legge nazionale per l'istituzione degli Hospices.

Attualmente, per quanto riguarda l'assistenza per i malati terminali oncologici, almeno nella città di Roma, esistono numerose organizzazioni pubbliche o private che offrono assistenza domiciliare in associazione al ricovero. Non entro nel merito della qualità dei vari servizi, ma molto è stato fatto rispetto al 1984.

Rimane purtroppo aperto un campo, quello degli anziani non autosufficienti con patologie croniche che rappresenta la sfida più difficile della sanità futura. Secondo alcuni dati pubblicati dall'OMS la spesa sanitaria per le malattie croniche potrebbe raggiungere il 60-70% dell'intero budget sanitario. L'elevata incidenza della spesa sanitaria sul prodotto interno lordo, terrorizza gli amministratori e in tutti i paesi del mondo si cercano in modo frenetico soluzioni che permettano una programmazione sanitaria che sia efficace, equa e rivolta a tutti i cittadini.

In base all'esperienza della nostra Associazione, l'assistenza a questa tipologia di malati appare molto più difficile rispetto ai pazienti terminali, sia in termini di numero totale, sia di durata dell'assistenza. Infatti, l'assistenza per un malato con una malattia terminale può durare alcuni mesi, durante i quali i familiari, quando è possibile, sono disposti ad attivarsi od umanamente od economicamente come sostegno al morente.

Ma questo non avviene normalmente, per un malato anziano non autosufficiente, che necessita di cure domiciliari (sanitarie e sociali) per mesi e talvolta anni. N'è possibile chiedere all'eventuale nucleo familiare di farsi carico per anni dell'assistenza.

È quindi opportuno cominciare ad affrontare quest'aspetto della sanità presente e futura cercando attraverso i numeri di inquadrarne le problematiche e di cominciare a immaginare possibili soluzioni.

Come sempre la ricerca dei dati è la condizione necessaria, ma non sufficiente per affrontare il problema. La conoscenza della situazione a livello internazionale, europeo e italiano oltre a una comprensione più ampia, può spingere a confrontarci e a riprodurre alcune soluzioni che ci possono apparire funzionali in base all'esperienza altrui.

Spero che la lettura di questo libro possa essere d'aiuto a tutti coloro che sono coinvolti nelle varie attività sanitarie, decisionali ed operative per dare soluzioni e migliorare i servizi territoriali che tanto ruolo avranno nella sanità del futuro.

Giovanni Creton

Presidente e Fondatore della Ryder Italia Onlus

NOTA INTRODUTTIVA

Le ultime proiezioni demografiche a livello globale dicono che entro il 2020 il numero degli ultrasessantacinquenni supererà per la prima volta nella storia dell'umanità quello dei bambini sotto i 5 anni. Nel 2040 il 9,3% degli europei avrà più di 80 anni, mentre attualmente in Italia l'aspettativa di vita media è di 80 anni quando all'inizio del 1900 era solamente di 43 anni circa.

Basterebbero queste tre sole informazioni per dimostrare quanto sia nel medesimo tempo importante e urgente affrontare con la massima determinazione la questione dell'assistenza a persone anziane con perdita di autosufficienza e affette da patologie cronico-degenerative.

Il presente lavoro – frutto di un'approfondita ricerca desk – tenta di dare il proprio piccolo contributo a un tema già ampiamente analizzato, studiato e dibattuto. Lo fa proponendosi come un'agile e utile fonte da cui trarre informazioni, spunti di riflessione e soprattutto dati e cifre che possano fornire al lettore un'idea più precisa del mondo dell'assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti.

Il pubblico a cui questo volume è rivolto non è solamente formato dai professionisti coinvolti nei processi assistenziali, ma anche dalle famiglie o da tutti coloro che desiderano avere qualche conoscenza in più su questo tema.

Per arrivare a fare una panoramica, la più possibile ampia ed esaustiva, dell'articolato sistema d'assistenza ai non autosufficienti e di tutto ciò che ruota intorno ad esso si è diviso lo studio in tre parti corrispondenti a tre diversi livelli di analisi.

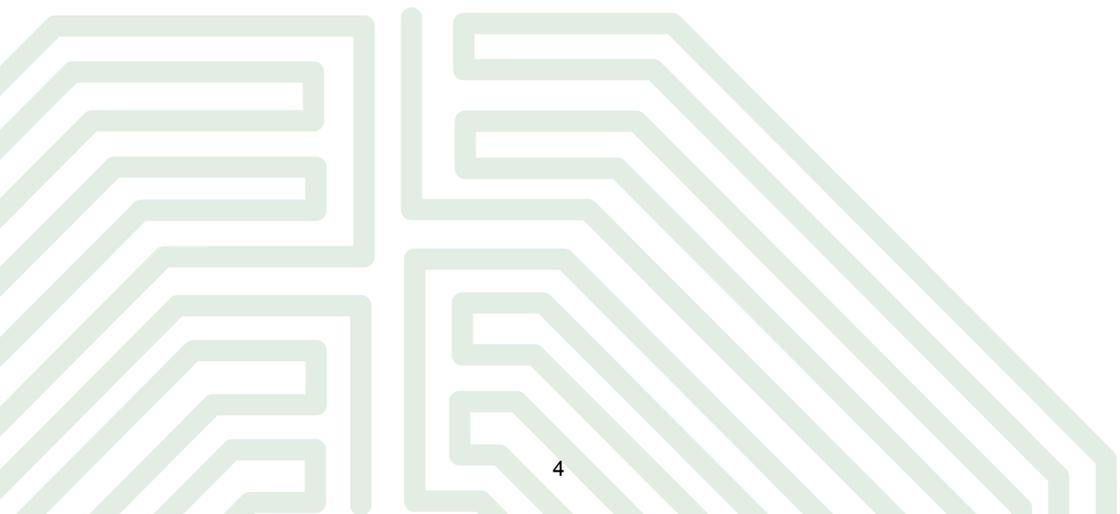
Si è dunque partiti da un campo d'osservazione piuttosto ampio, dedicando la prima parte alle questioni socio-demografiche e al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, a livello mondiale e nazionale. Per quanto riguarda l'Italia, si è focalizzata l'attenzione su alcuni temi particolarmente sensibili per i nostri connazionali over 65, ovvero il rapporto con la salute, con i farmaci e con il sistema sanitario nazionale, le condizioni socio-economiche e abitative.

Nella seconda parte si è ristretto il campo d'osservazione, esaminando ciò che significa Long Term Care e assistenza domiciliare alle persone anziane non autosufficienti. Ci si è soffermati sulle più comuni strategie adottate a livello globale e si sono esaminate più nel dettaglio le politiche assistenziali di alcuni paesi d'Europa e del mondo.

Nella terza parte, invece, l'indagine è stata circoscritta alla sola Italia, descrivendo come sono organizzati i servizi socio-assistenziali in favore della non autosufficienza e mostrando quali sono i principali indirizzi programmatici, quali i problemi, quali i punti critici e quali le sfide future che ci aspettano. Ci si è infine concentrati sulla situazione della Regione Lazio e su quella di altre 3 Regioni, particolarmente significative per capire ciò che accade oggi in Italia.

Prima di entrare nel vivo del tema però, vorrei ringraziare tutta l'associazione Ryder Italia Onlus e in particolare il suo presidente dr. Giovanni Creton, per i preziosi consigli e per la fiducia dimostrata nei miei confronti e Riccardo Fragomeni, per il continuo supporto e il generoso aiuto.

1.
L'UNIVERSO
ANZIANI



1.1 Introduzione

La Terra è un pianeta per vecchi? O forse è meglio dire di vecchi?

Parafrasando il titolo del libro dello scrittore americano Cormac McCarthy, *Non è un paese per vecchi*, è corretto affermare che, per la prima volta nel corso della storia, ci stiamo sempre più dirigendo verso un mondo popolato da anziani, insomma, un pianeta fatto da over 65? O si tratta di un'esagerazione?

Cifre, statistiche e proiezioni ci dicono che stiamo andando proprio in questa direzione. Già da diversi decenni le tendenze demografiche a livello europeo e – pur con alcune significative differenze – a livello mondiale mostrano come la popolazione della Terra sia interessata da un progressivo processo d'invecchiamento e da un innalzamento dell'aspettativa media di vita alla nascita. Anche le previsioni e le proiezioni statistiche per i prossimi anni parlano di società sempre più composte da individui di età superiore a 65 anni.

Un po' ovunque fattori come le migliorate condizioni socio-economiche, le numerose e continue scoperte scientifiche e le conquiste in campo medico-farmaceutico, una maggiore attenzione alla propria salute e una più profonda consapevolezza sul tema della contraccezione (con un conseguente controllo delle nascite) hanno condotto a un graduale allungamento della vita media e a un minore tasso di natalità.

Dinamiche globali che però l'Italia, nel suo piccolo, conosce piuttosto bene essendo – insieme a Giappone e Germania – uno dei paesi con il più alto numero di persone anziane.



L'aumento dell'età media e il conseguente innalzamento della percentuale di popolazione anziana si prestano a considerazioni di segno opposto. Se da un lato il poter vivere più a lungo è da considerarsi, a ragione, un importante passo in avanti, un successo ottenuto dall'uomo nel suo lungo cammino sulla Terra, dall'altro questa maggiore longevità porta con sé nuove incognite da risolvere e nuove sfide da affrontare. Un numero sempre crescente di persone anziane e soprattutto molto anziane (sopra gli 80 anni) inevitabilmente genererà una serie di problematiche che le nostre società, in un futuro ormai molto prossimo, si troveranno a dover gestire.

Si va dai problemi sociali, passando per quelli sanitari e assistenziali, per finire a quelli più squisitamente economico-finanziari. Una sempre più ristretta comunità di persone in età giovane-adulta dovrà farsi carico e sostenere una sempre più grande fetta di popolazione inattiva. Una popolazione che in parte sarà affetta – com'è nel corso naturale delle cose – da malattie e disturbi che in alcuni casi richiederanno cure lunghe e assistenza continua.

Tuttavia, prima di addentrarci nello specifico della nostra indagine e considerare quali sono le politiche assistenziali attualmente elaborate e poste in opera e quali le possibili soluzioni future, ci pare interessante incominciare a dare uno sguardo quantitativo al mondo degli anziani, partendo dalle cifre che li riguardano.

1.2 Il Mondo e l'Europa

Secondo le previsioni del National Institute of Aging, presto – entro il 2020 – il numero degli ultrasessantacinquenni supererà per la prima volta nella storia dell'umanità quello dei bambini sotto i 5 anni. Ma soprattutto sarà il segmento degli over 80, quelli che vengono chiamati con un'espressione inglese gli *oldest old* (“i più vecchi fra i vecchi”), a crescere in maniera più decisa, addirittura del 233% fra il 2008 e il 2040.

Una vera rivoluzione demografica che non ha precedenti nella storia del mondo: non si è più di fronte al semplice ed esponenziale aumento di popolazione che aveva caratterizzato i secoli XIX e soprattutto XX. Si tratta di fenomeno più complesso e delicato da gestire come la sempre maggior presenza di individui che non appartengono alle cosiddette “forze vive” della società (giovani e adulti), ma a quella tradizionalmente giudicata più fragile, debole e da sempre poco o mal considerata perché l'ultima, ovvero la vecchiaia.

Nel 2040 il 9,3% degli europei avrà più di 80 anni

Il fenomeno dell'invecchiamento progressivo ora non coinvolge più solamente i paesi sviluppati, già da alcuni anni toccati da questo fenomeno, ma anche i paesi in via di sviluppo: più della metà della popolazione mondiale sopra i 65 anni vive in questi ultimi (per la precisione il 62%, cioè 313 milioni di persone)¹.

Nell'Europa comunitaria a 27 membri, su 475 milioni di abitanti, si passerà dagli 85 milioni di persone sopra i 65 anni del 2008 ai 151 milioni del 2060. Come abbiamo già detto sarà soprattutto il numero di ultraottantenni a crescere in maniera più vistosa: le proiezioni mostrano un aumento del 177%, che in termini di unità significa a passare dai 22 milioni del 2008 ai 61 milioni del 2060.

Se oggi il numero di bambini europei è di circa 3 volte e mezzo quello delle persone più vecchie (i cosiddetti *oldest old*), nel 2060 la situazione sarà diversa, con i bambini ancora in maggioranza, ma con un margine numerico molto ristretto. I primi rappresenteranno il 14% della popolazione dell'Unione mentre i secondi ben il 12%²; si pensi che nel 1975 i bambini-ragazzi fra 0-14 anni erano 100 milioni e che nel 2060 saranno meno di 66 milioni.

Gli effetti di questa situazione si sentiranno già a partire dai prossimi anni quando un insieme di fattori come l'elevata longevità, la bassa fecondità e l'entrata nella terza età dei *baby boomer*³ restringeranno sempre più la fascia di persone in età lavorativa e aumenteranno – inevitabilmente – il carico degli ultrasessantacinquenni sui sistemi pensionistici e sanitari nazionali⁴.

Tuttavia, anche se l'Europa continuerà a mantenere il suo primato di regione del mondo con la maggiore concentrazione di popolazione anziana, le altre zone del globo non saranno da meno, avvicinandosi sempre più alla situazione propria del Vecchio Continente.

Nel 2040 il 21% dei nordamericani e il 19% degli abitanti dell'Oceania avrà più di 65 anni così come il 16% degli asiatici e il 15% dei latinoamericani. Meno interessati dal fenomeno gli abitanti delle regioni sub-sahariane e del Medio Oriente.

¹ K. Kinsella, Wan He, *An Aging World: 2008. International Population Report*, US Census Bureau (Washington), June 2009.

² European Commission, *2009 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*, “European Economy”, 2009, n. 2

³ Per *baby boomer* si intendono quegli individui nati tra il 1946-1964 dopo la fine della Seconda Guerra Mondiale, periodo in cui – come suggerisce il termine – si è registrato un vero boom delle nascite.

⁴ AA.VV., *Le derive e gli approdi. Anziani 2007-2008. Settimo Rapporto sulla condizione della persona anziana*, Federazione Nazionale Pensionati CISL, Roma, Edizioni Lavoro, 2009, pp. 49 e ss.

Tabella 1. Popolazione anziana per regione. 2008-2040 (%)

| Regione | 65 anni e più | 75 anni e più | 80 anni e più |
|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Europa Occidentale | | | |
| 2008 | 17,8 | 8,5 | 4,9 |
| 2020 | 20,9 | 10,1 | 6,2 |
| 2040 | 28,1 | 15,0 | 9,3 |
| Europa Orientale | | | |
| 2008 | 14,5 | 6,0 | 3,0 |
| 2020 | 17,3 | 6,9 | 4,3 |
| 2040 | 24,4 | 12,6 | 7,8 |
| Africa Settentrionale | | | |
| 2008 | 4,9 | 1,6 | 0,7 |
| 2020 | 6,7 | 2,2 | 1,1 |
| 2040 | 12,8 | 5,0 | 2,5 |
| Africa Subsahariana | | | |
| 2008 | 3,0 | 0,9 | 0,3 |
| 2020 | 3,3 | 1,0 | 0,4 |
| 2040 | 4,2 | 1,4 | 0,6 |
| Asia (escluso Medio Oriente) | | | |
| 2008 | 6,8 | 2,4 | 1,1 |
| 2020 | 9,3 | 3,3 | 1,7 |
| 2040 | 16,2 | 6,8 | 3,7 |
| Medio Oriente | | | |
| 2008 | 4,6 | 1,7 | 0,8 |
| 2020 | 5,7 | 2,0 | 1,1 |
| 2040 | 9,9 | 3,8 | 2,0 |
| America Settentrionale | | | |
| 2008 | 12,8 | 6,2 | 3,8 |
| 2020 | 16,5 | 6,9 | 4,0 |
| 2040 | 20,8 | 11,6 | 7,3 |
| America Centrale e Meridionale | | | |
| 2008 | 6,5 | 2,5 | 1,2 |
| 2020 | 8,8 | 3,3 | 1,8 |
| 2040 | 15,3 | 6,6 | 3,7 |
| Oceania | | | |
| 2008 | 10,8 | 4,9 | 2,9 |
| 2020 | 13,7 | 5,7 | 3,3 |
| 2040 | 18,5 | 9,1 | 5,5 |

Fonte: Elaborazione propria di dati US Census Bureau

Tra i singoli paesi “più vecchi”, la prima posizione spetta al Giappone con il 21,6% della popolazione sopra i 65 anni; subito dopo vengono Italia e Germania con percentuali sopra il 20%. Salvo il paese del Sol Levante, gli altri fanno parte del Continente europeo.

Grafico 1. I 25 paesi più vecchi. 2008 (% su popolazione di 65 anni e oltre)



Fonte: Elaborazione propria di dati US Census Bureau – *An Aging World*

In prospettiva e considerando gli attuali tassi di crescita di popolazione, si ipotizza che nei prossimi decenni (2040 e 2050) nazioni in via di sviluppo come Singapore, Cina, India, Colombia o Egitto possano recuperare posizioni e avvicinarsi ai paesi sviluppati (che nel frattempo avranno rallentato i loro ritmi di crescita).

Per quanto concerne l'aspettativa media di vita alla nascita nei paesi sviluppati ha raggiunto e superato i 78-80 anni. Ovviamente bisogna tenere conto delle differenze che ancora esistono con molte nazioni, soprattutto quelle poco sviluppate; meno ampia, invece, la forbice con i paesi in via di sviluppo⁵. È interessante notare come nel volgere di un secolo, alcuni paesi sviluppati abbiano raddoppiato l'aspettativa media di vita.

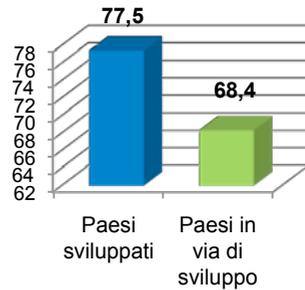
⁵ È evidente che sulla crescita dell'aspettativa media di vita influiscono altri fattori come situazioni di crisi politico-sociali, guerre, epidemie. Basti pensare al calo di 7,3 anni in Russia tra il 1986 e il 1994, in un momento delicato della vita di quella nazione o ad alcuni paesi africani dove a causa del virus dell'HIV l'aspettativa media di vita si è ridotta moltissimo.

Tabella 2. Aspettativa di vita alla nascita in nazioni selezionate per regione. 2008 (Anni)

| Europa Occidentale | | Europa Orientale | | America Settentrionale/Oceania | |
|--------------------|------|------------------|------|--------------------------------|------|
| Francia | 80,9 | Rep. Ceca | 76,6 | Australia | 80,7 |
| Svezia | 80,7 | Polonia | 75,4 | Canada | 80,5 |
| Italia | 80,1 | Ungheria | 73,2 | Nuova Zelanda | 79,1 |
| Norvegia | 79,8 | Bulgaria | 72,8 | Stati Uniti | 78,1 |
| Grecia | 79,5 | Ucraina | 68,1 | | |
| Austria | 79,4 | Russia | 65,9 | | |
| Belgio | 79,1 | | | | |
| Germania | 79,1 | | | | |
| Regno Unito | 78,8 | | | | |
| Danimarca | 78,1 | | | | |
| Africa | | Asia | | America Centrale e Meridionale | |
| Tunisia | 75,6 | Giappone | 82,1 | Costa Rica | 77,4 |
| Egitto | 71,8 | Singapore | 81,9 | Cile | 77,2 |
| Marocco | 71,5 | Israele | 79,7 | Argentina | 76,5 |
| Kenia | 56,6 | Sud Corea | 77,4 | Uruguay | 76,1 |
| Uganda | 52,3 | Sri Lanka | 75 | Messico | 75,8 |
| Botswana | 50,2 | Cina | 73,2 | Giamaica | 73 |
| Malawi | 43,5 | Turchia | 73,1 | Brasile | 72,5 |
| Sud Africa | 42,4 | Malaysia | 73 | Colombia | 72,5 |
| Zimbabwe | 39,7 | Tailandia | 72,8 | Perù | 70,4 |
| | | Filippine | 70,8 | Guatemala | 70 |
| | | Indonesia | 70,5 | | |
| | | India | 69,2 | | |
| | | Pakistan | 64,1 | | |
| | | Bangladesh | 63,2 | | |

Fonte: Elaborazione propria di dati US Census Bureau

Grafico 2. Aspettativa Media di vita: paesi sviluppati e paesi in via di sviluppo. 2008 (Anni)



In Europa si prevede che nel periodo 2008-2060 ci sarà un ulteriore incremento dell'aspettativa di vita, passando dagli attuali 76 agli 84,5 anni per gli uomini e dagli 82 fino agli 89 anni per le donne. Le crescite più decise si registreranno in quegli Stati dell'Est, nuovi membri dell'Unione, che ancora non possono vantare condizioni/tenore di vita e strutture sanitarie a livello di quelle delle altre nazioni europee⁶.

⁶ European Commission, 2009 Ageing Report: Economic and Budgetary..., cit., pp. 36-37.

Tabella 3. Aspettativa di vita alla nascita in alcuni paesi UE. 1900, 1950, 2008. (Anni)

| Paese | 1900 circa | | 1950 circa | | 2008 | |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Maschio | Femmina | Maschio | Femmina | Maschio | Femmina |
| Austria | 37,8 | 39,9 | 63,2 | 68,4 | 76,5 | 82,4 |
| Belgio | 45,4 | 48,9 | 65,9 | 70,9 | 75,9 | 82,4 |
| Rep. Ceca | 38,9 | 41,7 | 64,5 | 69,5 | 73,3 | 80,1 |
| Danimarca | 51,6 | 54,8 | 69,6 | 72,4 | 75,8 | 80,6 |
| Francia | 45,3 | 48,7 | 63,7 | 69,5 | 77,7 | 84,2 |
| Germania | 43,8 | 46,6 | 65,3 | 69,6 | 76,1 | 82,3 |
| Grecia | 38,1 | 39,7 | 64,3 | 67,5 | 77,0 | 82,2 |
| Ungheria | 36,6 | 38,2 | 61,5 | 65,8 | 69,0 | 77,6 |
| Italia | 42,9 | 43,2 | 64,3 | 67,8 | 77,1 | 83,2 |
| Norvegia | 52,3 | 55,8 | 70,9 | 74,5 | 77,2 | 82,6 |
| Spagna | 33,9 | 35,7 | 61,6 | 66,3 | 76,6 | 83,5 |
| Svezia | 52,8 | 55,3 | 70,4 | 73,3 | 78,5 | 83,1 |
| Regno Unito | 46,4 | 50,1 | 66,7 | 71,8 | 76,4 | 81,5 |

Fonte: Elaborazione propria di dati delle Nazioni Unite – Dipartimento di Affari Economico-Sociali

1.3 Vecchia Italia

Secondo i dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), la popolazione italiana all'inizio del 2009 ha superato i 60 milioni di unità; di questi più di 29 milioni sono maschi, 30 milioni sono femmine. Rispetto all'anno precedente è stata registrata una crescita di quasi 500 mila individui. Un contributo che però proviene per quasi la sua interezza dai flussi migratori che hanno condotto nel nostro paese nuovi residenti e che – rispetto alla media degli italiani di più antica origine – tendono a mettere al mondo più figli. Nonostante l'apporto dell'immigrazione, i decessi superano le nascite con 585.126 contro 576.659⁷.

Si conferma quindi la tendenza all'invecchiamento della popolazione. I dati dal 1979 al 2007 mostrano chiaramente questo *trend*. Se alla fine degli anni

Settanta, gli anziani sopra i 65 anni rappresentavano il 13,1% della popolazione, nel 2008 questa percentuale è salita fino al 20,1%. Ancora più significative le cifre relative alla distribuzione di anziani sopra gli 80 anni, che è più che raddoppiata, passando dal 2,1% del 1979 al 5,6% del 2008. Oggi gli anziani superano i 12 milioni⁸. Di questa cifra, circa 3 milioni sono le persone comprese tra gli 80 e gli 89 anni (24%) mentre sono quasi 440 mila gli individui che hanno raggiunto o superato il ragguardevole traguardo dei 90 anni (si vedano tabelle 4 e 5).



La popolazione
anziana in Italia è
passata dal 13,1% della
fine degli anni Settanta
al 20,1% del 2008

⁷ ISTAT, *Annuario Statistico Italiano 2009*, in *Capitolo 2: Popolazione*, Roma, 2009, pp. 40-70.

⁸ Ageing Society-Osservatorio Terza Età, *Sintesi del Rapporto Nazionale 2009 sulla Terza Età*, disponibile on-line e scaricabile dal sito: www.ageingnew.sincomedia.net

Il cosiddetto indice di vecchiaia, usato per stimare il grado di invecchiamento di una popolazione, è passato dal 57,9 del 1979 al 142,8 del 2007⁹.

Ancora modesta la percentuale di stranieri sopra i 65 anni residenti nel nostro paese: raggiunge appena il 2%.

Tabella 4. Distribuzione della popolazione per fasce di età. 1979-2008 (%)

| Anni Ripartizioni | Distribuzione % | | | |
|----------------------|-----------------|------------|--------------------|---------------------------|
| | 0-14 anni | 15-64 anni | 65 anni e oltre | Di cui 80 anni e oltre |
| 1979 | 22,6 | 64,4 | 13,1 | 2,1 |
| 1989 | 16,8 | 68,5 | 14,7 | 3,1 |
| 1999 | 14,4 | 67,6 | 18,0 | 3,9 |
| 2000 | 14,4 | 67,4 | 18,2 | 4,1 |
| 2001 | 14,2 | 67,1 | 18,7 | 4,4 |
| 2002 | 14,2 | 66,8 | 19,0 | 4,6 |
| 2003 | 14,2 | 66,6 | 19,2 | 4,8 |
| 2004 | 14,1 | 66,4 | 19,5 | 5,0 |
| 2005 | 14,1 | 66,2 | 19,7 | 5,1 |
| 2006 | 14,1 | 66,0 | 19,9 | 5,3 |
| 2007 | 14,0 | 65,9 | 20,0 | 5,5 |
| 2008 | 14,1 | 65,8 | 20,1 | 5,6 |

Fonte: Elaborazione propria di dati ISTAT

Tabella 5. Popolazione residente per sesso e età: 65-100 e oltre. 2008

| Età | Maschi | Femmine | Totale |
|---------------|------------------|------------------|-------------------|
| 65-69 | 1.529.657 | 1.716.526 | 3.246.183 |
| 70-74 | 1.342.135 | 1.618.027 | 2.960.162 |
| 75-79 | 1.051.515 | 1.444.662 | 2.496.177 |
| 80-84 | 691.630 | 1.159.909 | 1.851.539 |
| 85-89 | 342.176 | 732.665 | 1.074.841 |
| 90-94 | 85.375 | 236.399 | 321.774 |
| 95-99 | 26.568 | 90.691 | 117.259 |
| 100 e oltre | 2.549 | 11.535 | 14.084 |
| Totale | 5.071.605 | 7.010.413 | 12.082.019 |

Fonte: Elaborazione propria di dati ISTAT

Osservando il fenomeno da un punto di vista della distribuzione territoriale, possiamo notare alcuni particolari.

Benché l'invecchiamento della popolazione interessi in maniera omogenea tutta la penisola, i dati evidenziano come le regioni del Nord (21,2%) e del Centro (21,4%) siano quelle dove si concentra il maggior numero di anziani. Liguria e Toscana detengono il primato per quanto riguarda le regioni, mentre Trieste e Ferrara per quanto riguarda i capoluoghi di provincia. Il Sud e le Isole (rispettivamente 17,7% e 18,4%), pur sfatando il luogo comune del Mezzogiorno come terra popolata da vecchi, non riescono a invertire la tendenza che rimane quella già descritta. Anzi, la forbice marcata che prima esisteva tra queste due zone d'Italia si sta sempre più assottigliando¹⁰.

⁹ Valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto a individui giovanissimi.

¹⁰ AA.VV., *Le derive e gli approdi. Anziani 2007-2008...*, op. cit, pp. 53 e ss.

La maggior incidenza delle donne rispetto agli uomini tra la popolazione over 65 a livello nazionale (58,2% contro 41,8%), è in alcuni casi più accentuata a livello locale. Questa differenza di 16,4% è destinata ad aumentare se si prendono in considerazione le persone sopra i 75 anni; in questo caso la percentuale arriva fino a un 25,6% in più di persone appartenenti al sesso femminile. Per esempio tra i capoluoghi di regione, le città di Trieste, Milano, Aosta, Bologna, Firenze, Trento, Napoli, Cagliari e Venezia registrano una percentuale femminile superiore al 60%. Sotto la media nazionale troviamo solamente Bari e Potenza, mentre Roma rimane nella media nazionale, con un 59,4% di donne e un 40,6% di uomini.

Nel complesso, invece, la Regione Lazio si pone sotto la media con un 19,7% di over 65. Un discorso analogo lo si può fare analizzando la presenza di persone con più di 75 anni. Esistono capoluoghi di regione come Bologna, Trieste, Firenze, Milano o Genova, in cui le percentuali superano di molto la media nazionale.



ROMA

- 583.000 persone over 65
- il 21% della popolazione è anziana



LAZIO

- il 19,7% degli abitanti ha più di 65 anni

Le proiezioni non fanno che confermare questa generale tendenza all'invecchiamento della società. Se nel 2021 si ipotizza che la percentuale di anziani in Italia sarà del 23,9%, nel 2051 questa cifra raggiungerà il 34,3%, ovvero quattro volte tanto quella che si riscontrò nel censimento di cento anni prima, nel 1951. Se il 2021 è considerato dai demografi come il "punto critico", non bisogna dimenticare che già nell'immediato, ovvero nel 2010, entrerà a far parte degli over 65 la prima nutrita schiera di *baby boomer*, ovvero di coloro che sono nati nel 1946 alla fine della Seconda Guerra Mondiale.

Tabella 6. Popolazione residente over 65 nei capoluoghi di regione e regioni. 2008

| Capoluoghi di Regione | Maschi over 65 | Femmine over 65 | Entrambi i sessi over 65 | Entrambi i sessi over 65 in % | Regioni | % |
|-----------------------|------------------|------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------|
| Aosta | 3.249 | 5.088 | 8.337 | 24 | Valle D'Aosta | 20,7 |
| Torino | 87.210 | 127.740 | 214.950 | 24 | Piemonte | 22,7 |
| Genova | 65.469 | 98.811 | 164.280 | 27 | Liguria | 26,7 |
| Milano | 122.133 | 188.503 | 310.636 | 24 | Lombardia | 20,2 |
| Trento | 8.737 | 13.332 | 22.069 | 20 | Trentino-Alto Adige | 18,3 |
| Venezia | 27.701 | 42.201 | 69.902 | 26 | Veneto | 19,7 |
| Trieste | 22.417 | 35.302 | 57.719 | 28 | Friuli Venezia Giulia | 23,1 |
| Bologna | 39.418 | 61.060 | 100.478 | 27 | Emilia-Romagna | 22,5 |
| Firenze | 37.334 | 57.469 | 94.803 | 26 | Toscana | 23,2 |
| Ancona | 9.840 | 14.665 | 24.505 | 24 | Marche | 22,4 |
| Perugia | 14.684 | 20.506 | 35.190 | 22 | Umbria | 23,1 |
| ROMA | 234.154 | 342.534 | 576.688¹¹ | 21 | LAZIO | 19,7 |
| L'Aquila | 5.750 | 8.283 | 14.033 | 19 | Abruzzo | 21,3 |
| Campobasso | 4.183 | 5.894 | 10.077 | 20 | Molise | 21,8 |
| Napoli | 66.801 | 101.660 | 168.461 | 17 | Campania | 15,9 |
| Potenza | 5.334 | 7.125 | 12.459 | 18 | Basilicata | 20,1 |
| Bari | 26.439 | 36.338 | 62.777 | 19 | Puglia | 18,0 |
| Catanzaro | 6.811 | 9.443 | 16.254 | 17 | Calabria | 18,6 |
| Palermo | 44.809 | 66.570 | 111.379 | 17 | Sicilia | 18,3 |
| Cagliari | 13.992 | 21.476 | 35.468 | 22 | Sardegna | 18,7 |
| Italia | 4.999.809 | 6.946.177 | 11.945.986 | 20,0 | | |

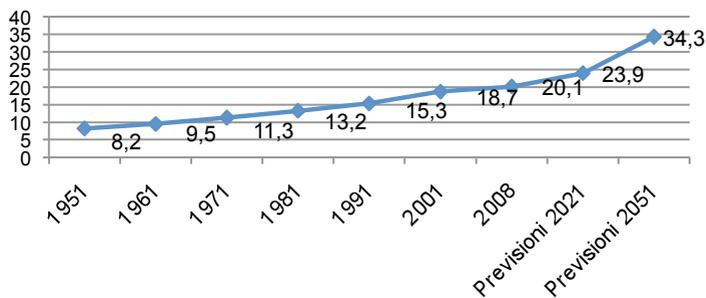
Fonte: Elaborazione propria di dati ISTAT, Ageing Society – Osservatorio Terza Età

In un secolo, l'età media della popolazione italiana si è alzata di ben 18 anni, passando dai 32 anni del 1951 ai previsti 50,1 del 2051¹².

¹¹ Il servizio Statistico della Regione Lazio al 31 dicembre 2008 indica 583.000 anziani residenti a Roma. Quelle fornite dall'Ageing Society-Osservatorio Terza Età si riferiscono a un rilevamento statistico precedente di qualche mese.

¹² Ageing Society-Osservatorio Terza Età, *Sintesi del Rapporto Nazionale 2009 sulla Terza Età...*, cit.

Grafico 3. Distribuzione degli over 65. 1951-2051 (%)



Fonte: Elaborazione propria di dati ISTAT, Ageing Society – Osservatorio Terza Età

Migliori condizioni generali di vita, continui progressi della scienza medica e farmaceutica, maggior accesso alla cura e più attenzione alla salute personale stanno alla base del graduale aumento della vita media degli italiani.

Per gli uomini la speranza di vita alla nascita è pari a 78,7 anni, mentre per le donne è di 84. Entrambi i dati del 2008 evidenziano degli aumenti – seppur minimi – rispetto agli anni precedenti. In particolare rimane stabile la speranza di vita per le donne, mentre aumenta – avvicinando il dato femminile – quella maschile.

Un risultato notevole se si dà uno sguardo ai decenni passati. Nel 1960 l'aspettativa di vita alla nascita era di 67 anni per l'uomo e di 72 per la donna, mentre nel 1985 era di 78,7 per il sesso femminile e di 70,9 per quello maschile. Interessante notare come la media italiana sia rimasta costantemente superiore a quella europea (tranne per un caso, nel 1960)¹³.

Tabella 7. Aspettativa di vita alla nascita nell'Unione Europea e in Italia. 1960-2008 (%)

| | 1960 | 1965 | 1970 | 1975 | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2004 | 2008 |
|---------------|---------------|------|-------------|------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | | | | | | | | | | UE 27 |
| | Donne | | | | | | | | | | |
| UE 25 | 72,6 | 73,6 | 74,4 | 75,6 | 76,8 | 77,8 | 78,8 | 79,7 | 80,8 | 81,7 | 79,4 |
| Italia | 72,3 | - | 74,9 | - | 77,4 | 78,7 | 80,1 | 81,3 | 82,5 | 83,7 | 83,2 |
| | Uomini | | | | | | | | | | |
| UE 25 | 67,1 | 67,7 | 68,0 | 68,9 | 69,8 | 70,9 | 71,7 | 72,8 | 74,4 | 75,6 | 71,0 |
| Italia | 67,2 | - | 69 | - | 70,6 | 72,3 | 73,6 | 74,9 | 76,6 | 77,7 | 77,1 |

Fonte: Elaborazione propria di dati EUROSTAT, US Census Bureau e Ageing Society-Osservatorio Terza Età

Sono cifre che, come vedremo in seguito quando faremo un confronto con altri paesi, situano l'Italia ai primi posti in Europa, per longevità.

Questo progressivo invecchiamento della società italiana unito al basso tasso di natalità porta con sé profondi e finora inediti mutamenti nella struttura della società e, nello specifico, in quella della famiglia. Se i legami di tipo orizzontale (quelli con cugini, zii o fratelli) tendono a diminuire in numero, quelli di tipo verticale (genitori, nonni e bisnonni) invece si fanno più solidi e sempre più presenti nel nostro quotidiano.

Circa la metà degli italiani fra i 50 e i 59 anni (48,7%) ha almeno un genitore ancora in vita e il 62 % delle persone nella stessa classe di età fa parte di una rete familiare dove sono presenti almeno tre generazioni¹⁴.

¹³ ISTAT, *Annuario Statistico Italiano 2009. Capitolo 2: Popolazione...*, cit. e Ageing Society-Osservatorio Terza Età, *Sintesi del Rapporto Nazionale 2009 sulla Terza Età...*, cit.

¹⁴ Ageing Society-Osservatorio Terza Età, *Sintesi del Rapporto Nazionale 2009 sulla Terza Età...*, cit.

I nonni giocano un ruolo importante in questo senso. In Italia ce ne sono circa 11 milioni 550 mila, un numero considerevole, soprattutto rispetto a quello che accadeva solamente settanta anni fa, nella metà del secolo scorso. Nel 1943, infatti, c'erano 43 nonni ogni 100 nipoti, mentre nel 2008 ci sono stati ben 140 nonni ogni 100 nipoti.

Al di là delle cifre è sufficiente guardarsi intorno per rendersi conto della situazione. È molto frequente che un bambino oggi non solamente riesca a conoscere tutti e quattro i suoi nonni, ma abbia anche l'opportunità di crescere e di poterli talvolta frequentare anche oltre l'infanzia, sin nella giovinezza e addirittura fino all'età adulta¹⁵.

1.4 Salute e consumo di medicinali degli anziani italiani

Come stanno e come si sentono gli anziani in Italia? Dopo aver dato un po' di cifre aggiungiamo alcuni elementi che ci diano un'idea più precisa dell'universo anziani in Italia.

Possiamo cominciare a rispondere alla seconda domanda, utilizzando un'indagine ISTAT condotta su temi quali: la percezione dello stato di salute, la presenza di patologie croniche, stili di vita e alcuni consumi sanitari che a loro volta divengono importanti indicatori per capire "come sta" la società italiana.

Il 67% della popolazione italiana, senza distinzione di età, risponde "bene" o "molto bene". Tuttavia e com'è prevedibile, con l'avanzare dell'età degli intervistati le risposte cambiano. Guardando alla fascia di persone anziane abbiamo che solamente il 35,8% degli individui tra 65-74 anni si dichiara contento del proprio stato di salute, una percentuale che è destinata a scendere ulteriormente fino al 20,5% fra chi ha più di 75 anni.

Questo 57% di anziani che afferma di godere di un buono stato di salute, fa notare ugualmente di essere affetto da una o più malattie croniche.

Box 1. Le principali cause di morte in Italia

Seguendo una tendenza che possiamo ritrovare anche a livello globale, tra le principali cause di morte in Italia abbiamo:

- Le malattie cardiovascolari
- I tumori
- Le malattie del sistema respiratorio

La proporzione è rispettata anche per quanto riguarda le persone oltre i 65 anni. Sono sempre le malattie del sistema circolatorio le principali cause di decesso negli anziani, soprattutto in quelli che hanno superato gli 80 anni (un decesso su due è riconducibile a queste patologie).

Tabella 8. Causa di morte 70-90 anni e oltre, 2006

| Causa di morte | 70-79 | 80-89 | 90 e oltre |
|---|--------|--------|------------|
| Tumori | 55.306 | 45.565 | 11.461 |
| Malattie del sistema circolatorio | 46.180 | 88.361 | 60.360 |
| Malattie del sistema respiratorio | 8.303 | 14.989 | 9.163 |
| Disturbi psichici e malattie del sistema nervoso/Organi dei sensi | 6.262 | 11.900 | 6.077 |
| Malattie infettive e parassitarie | 1.955 | 2.058 | 732 |
| Malattie dell'apparato digerente | 6.403 | 7.425 | 3.283 |

Fonte: Elaborazione propria di dati ISTAT

Certamente la diffusione di patologie cronicodegenerative è un indicatore particolarmente significativo in un contesto come quello italiano (ma anche europeo) dove la popolazione anziana, e in particolare quella degli ultraottantenni, continua a crescere.

Il 38,8% degli italiani di tutte le età dice di esserne colpito, sebbene vi sia tra gli anziani l'incidenza maggiore. Gli ultra settantacinquenni che dichiarano di essere afflitti da una patologia cronica sono l'86,9%, mentre il 68,2% afferma di essere affetto almeno da due.

¹⁵ EURISPES, 21° Rapporto Italia 2009 – Scheda 94: Il mondo degli anziani, Roma, 2009, pp. 1005-1012.

Come si può notare nella seguente tabella, tra le malattie croniche più frequenti fra gli anziani abbiamo (Tabella 9):

| Malattia cronica | 65-74 anni | 75 anni e più |
|-----------------------------------|------------|---------------|
| | % | % |
| Artrosi/artite | 44,7 | 62,0 |
| Malattie del cuore | 9,8 | 15,8 |
| Ulcera gastrica duodenale | 6,9 | 6,8 |
| Bronchite cronica asma bronchiale | 13,2 | 20,6 |
| Osteoporosi | 20,5 | 32,4 |
| Ipertensione | 41,9 | 51,2 |
| Diabete | 13,4 | 18,9 |
| Disturbi nervosi | 8,0 | 11,7 |

Fonte: Elaborazione propria di dati ISTAT

Le donne anziane poi sembrano più colpite rispetto agli uomini loro coetanei. Tra le ultrasessantacinquenni che soffrono di osteoporosi ben il 46,4% è composto da donne contro il 9,5% di maschi. Questi ultimi però sono maggiormente esposti a patologie come l'ulcera duodenale, le malattie cardiovascolari e la bronchite cronica. Per questa specifica patologia le percentuali registrano un 25,6% di malati fra gli uomini e un 17,6% fra le donne.

La concomitanza di fattori come un'età avanzata e la cronicità di certe patologie si riflette anche sul consumo di medicinali. Secondo i dati forniti dall'Agenzia del Farmaco per il 2008, in Italia c'è stato un aumento dei consumi farmaceutici pari al 4,9% rispetto al 2007 e addirittura del 60% rispetto al 2000. Se all'inizio degli anni Duemila erano state prescritte 580 dosi ogni mille, nel 2008 si è toccata la cifra di 924.

Nel 2008 la spesa complessiva in Italia per i farmaci ha raggiunto i 24,4 miliardi di euro, di cui il 75% rimborsato dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con una spesa pro capite di circa 410 euro e con un periodo di trattamento di 537 giorni.

I numeri evidenziano come più del 50% degli italiani sopra i 55 anni faccia uso regolare di farmaci, una percentuale destinata a crescere fino all'86,7% tra le persone più anziane sopra i 75 anni e tra quelle che soffrono di malattie cronicodegenerative.

Nel **Lazio** fanno regolarmente uso di farmaci più della metà degli anziani fino a 74 anni, mentre tra gli over 85 la percentuale sale fino all'83%. Non a caso la spesa pro capite di un assistito di età superiore a 75 anni è di oltre 12 volte più alta a quella di una persona di età compresa fra 25 e 34 anni (la differenza diventa di 16 volte in termini di dosi). Il 60% della spesa per farmaci è per prodotti destinati agli over 65¹⁶.

Per quanto riguarda i medicinali generici-equivalenti si passa dal 13% delle dosi per mille abitanti prescritte nel 2002, al 43% delle dosi del 2008: un fenomeno di normale evoluzione del mercato, in cui le scadenze dei brevetti consentono la commercializzazione di prodotti a un costo ridotto fino al 20%.

Su questo ultimo punto è interessante segnalare i risultati di un'indagine svolta dall'Osservatorio Terza Età-Ageing Society sul controverso rapporto tra farmaci generici e popolazione anziana. Secondo questa ricerca l'introduzione e l'uso dei generici "ha fortemente destabilizzato la sicurezza degli anziani" soprattutto se si tratta di persone sopra i 70 anni, magari affette da una o più patologie croniche che le costringono a un quotidiano uso di medicinali. Per una buona fetta di individui appartenenti a questa fascia d'età, l'assenza del marchio e degli abituali riferimenti (dal

L'86,7% degli ultrasessantacinquenni fa regolarmente uso di farmaci

Nel Lazio la percentuale degli over 85 che fa uso di medicinali è dell'83%

¹⁶ ISTAT, *Annuario Statistico Italiano 2009. Capitolo 3: Sanità e Salute*, Roma, 2009, pp. 71-109 e OsMED, *L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto nazionale anno 2008*, Roma, 2009.

colore della confezione, al nome, alla forma) diviene motivo di incertezza sul corretto uso (magari con una cattiva adesione alla terapia) o di insicurezza, tutta psicologica, sulla reale efficacia del prodotto¹⁷.

Da ultimo non bisogna dimenticare che ai farmaci prescritti dal medico vanno aggiunti quelli di automedicazione (farmaci da banco, rimedi omeopatici o erboristici, integratori) sempre più diffusi fra le persone anziane, specialmente nel caso di antidolorifici, antifebbrili, antiacidi e lassativi.

Benché si tratti generalmente di prodotti innocui, è possibile che interagiscano negativamente con altre terapie farmacologiche in atto, creando in una persona di età avanzata e di salute non perfetta effetti collaterali anche gravi. Gli anziani, difatti, sono la categoria che rischia maggiormente di subire danni alla salute causati dall'assunzione impropria di farmaci. Come spiegano i geriatri della Società Italiana Gerontologia e Geriatria (SIGG), circa il 60-80% degli ultrasessantacinquenni assume almeno un farmaco e addirittura il 10% ne riceve cinque o più.

L'ultima riflessione ci porta a esplorare un altro tema connesso con il mondo degli anziani e il loro rapporto con la salute e le cure, ovvero la tendenza all'eccesso. L'educazione alla cura della propria salute e l'attenzione al benessere fisico propri della nostra società, oltre alle evidenti ricadute positive – condizioni di vita migliori – talvolta hanno però dato origine a comportamenti eccessivi.

Si potrebbe parlare di ipersollecitazione sanitaria e salutista, cioè di un'esagerata attenzione alla propria salute che – soprattutto in fase di diagnosi – diviene quasi ossessiva. Come scrivono i ricercatori del CENSIS che hanno condotto un'indagine su questo fenomeno: “Se stare bene è un imperativo, allora si moltiplicano le iniziative per prevenire le patologie che, però, troppo spesso diventano un vera e propria caccia al segnale, al sintomo precoce che rinvia ad una malattia, individuato il quale è rapido il ricorso a prestazioni sanitarie e, più in particolare, a farmaci”¹⁸.

Stando alle cifre, un quinto degli anziani, vale a dire circa 3 milioni di persone, effettuerebbe almeno un controllo o una visita medica al mese.

Ancora una volta il primato spetta agli *oldest-old*. Il 37% degli ultraottantenni effettuerebbe controlli almeno una volta al mese, e di questi il 4% ogni settimana. Una tendenza alla visita settimanale molto più marcata fra gli anziani residenti nelle regioni del Nord (circa il 25%) e, a distanza, in quelle del Centro (9%).

Questa pratica, utilissima per prevenire e scoprire in tempo malattie gravi e pericolose, non solamente ha l'inconveniente, per nulla trascurabile, di spingere verso un esagerato consumo di prestazioni sanitarie, ma anche di portare a un rapporto distorto dell'anziano con la propria salute e i comportamenti per preservarla.

Inoltre in alcuni casi sembra nascondere disagi più grandi di origine personale, sociale o familiare; si tratta allora del “perverso circuito, solitudine-depressione-sanitarizzazione-intensificazione del rapporto con i farmaci e, di conseguenza, il peggioramento drastico della qualità della vita dei singoli nonché l'insorgenza di costi, diretti e indiretti, per familiari e per la comunità”¹⁹.

¹⁷ Ageing Society-Osservatorio Terza Età, *Sintesi del Rapporto Nazionale 2009 sulla Terza Età...*, cit.

¹⁸ CENSIS, *VII Rapporto Salute “La Repubblica”-Censis. Consumi e valori degli anziani in Italia*, Roma, 2008, p. 15.

¹⁹ Ivi, p. 19.

1.5 Le condizioni abitative degli anziani in Italia

Ma dove vivono gli anziani? E con chi?

Incominciamo a rispondere alla prima domanda annotando che la maggior parte degli europei sopra i 55 anni vive in una casa di proprietà, secondo linee di tendenza comuni a tutti gli Stati del Sud Europa e al Belgio, dove il concetto di proprietà dell'abitazione e l'azione di risparmio per l'acquisto sono considerati un valore. Concentrandoci solamente sul segmento degli over 80, più del 60% dei francesi e dei belgi, più del 70% dei greci e più dell'80% degli spagnoli risiede in case che hanno precedentemente acquistato. Nei paesi del centro e nord Europa, favoriti forse da differenti politiche sugli alloggi popolari, sul prezzo degli affitti e da diverse abitudini abitative, le percentuali si abbassano di diversi punti.

L'Italia in quanto Stato del sud Europa non fa eccezione. Ben il 75,1% delle famiglie residenti nel nostro paese, di tutte le fasce di età, è proprietaria dell'abitazione in cui vive (dati 2008). Ma non è tutto, perché questa percentuale sale all'87,3% tra le famiglie che hanno occupato l'abitazione prima del 1960, mentre è del 66% tra quelle entrate dopo il 1990.

Un discorso valido anche per le persone sopra i 65 anni. Globalmente il 77,4% (circa 9 milioni) dei pensionati vive in case di proprietà e il 5,6% in abitazioni utilizzate ad altro titolo (per esempio comodato d'uso). Il 2,1% vive in ospizi, caserme, monasteri, istituti penitenziari, mentre circa 7 mila anziani vivono in alloggi di fortuna (roulotte, baracche, rimesse, cantine, etc.)²⁰.

Solamente il 14,8% (1,6 milioni di persone) abita in case in affitto, con un esborso medio per il canone di 473 euro al mese, pari al 27,9% del reddito mensile. Oltre alla difficoltà di far quadrare il bilancio familiare, tra spese per l'affitto, spesa alimentare e non e pagamento di bollette e altri servizi, si aggiunge il timore dello sfratto.

Per quanto riguarda la fascia di età degli ultraottantenni, la percentuale di coloro che possiedono la casa in cui abitano rimane molto alta, superando agevolmente il 70%²¹.

Il fatto che un'importante fetta di popolazione anziana sia esente dal pagamento dell'affitto non è sufficiente a metterla al riparo da inconvenienti e preoccupazioni anche seri. Spesso, infatti, soprattutto gli individui più vecchi sono costretti a dover affrontare gravi problemi legati al mantenimento, all'adeguamento e alla messa a norma delle proprie abitazioni. Una situazione aggravata dalla presenza di fattori come: la solitudine o la convivenza con un altro anziano (magari malato o non auto-sufficiente) e da condizioni socio-economiche (in particolare quando l'unica fonte di reddito è la pensione) al limite della criticità.



Infatti, nella maggioranza dei casi, sono proprio gli over 65 a vivere in case di vecchia costruzione, che necessiterebbero importanti opere di manutenzione e ristrutturazione. Dal censimento 2001 si sa che quasi il 50% delle famiglie con un "capofamiglia ultrasessantacinquenne" abita case costruite prima del 1961.

²⁰ Dati ricavati dal Rapporto sulle abitazioni degli anziani realizzato dall'Associazione Abitare&Anziani nel 2007.

²¹ AA.VV., *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe 2004-2007*, Mannheim, Research Institute for the Economics of Aging (MEA) p. 99.

Inoltre sono 1 milione e 500 mila le persone anziane che abitano in edifici in mediocre o in pessimo stato di conservazione, con tutte le problematiche che ne conseguono come:

- l'inadeguato riscaldamento dell'abitazione. Si calcola che in Italia 1,2 milioni di anziani (quasi l'11%) vive in case con riscaldamento insufficiente.
- la presenza di umidità. Sono circa 2,3 milioni (19%) gli anziani che patiscono i danni dovuti a un ambiente eccessivamente umido.
- la presenza di barriere architettoniche, l'assenza di ascensore e la mancanza di una linea telefonica attiva. In quest'ultimo caso si calcola che ne sarebbero interessati circa 600.000 over 65.
- la concreta possibilità che case vetuste e insicure creino le condizioni perché avvengano seri incidenti domestici. I numeri che riguardano quelli occorsi agli anziani non lasciano dubbi sulla drammaticità della situazione: il 60% degli incidenti più gravi o mortali interessano gli over 65. Particolarmente pericolosa la caduta accidentale fra le mura domestiche: il 65% delle morti per questo genere di incidente ha coinvolto individui ultrasessantacinquenni.

Da non trascurare, infine, la grandezza dell'alloggio. Anche in questo caso si è di fronte a un'apparente contraddizione. In realtà quello che sembra essere un punto a favore, con l'arrivo della terza età, può tramutarsi in un elemento penalizzante. Lo spazio abitativo, un tempo adeguato alla famiglia (figli e coniuge), risulta in molti casi sovradimensionato per le necessità reali dell'anziano che vi abita e dunque di più faticoso mantenimento. A fronte di entrate sempre più ridotte (magari la sola pensione) le spese sono rimaste le medesime – se non addirittura aumentate – rispetto agli anni del lavoro, quando in famiglia arrivavano uno o più stipendi. Generalmente una casa di proprietà abitata da una o più persone anziane misura 98,7 mq, con una media di 4,4 stanze; di solito poi le abitazioni più grandi si trovano nei piccoli centri, mentre le più piccole nelle grandi città²².

Si tratta di un problema urgente, soprattutto nelle aree metropolitane e nelle città di dimensioni medio-grandi. Ulteriori complicazioni emergono quando alla gestione ordinaria (bollette, mantenimento, tasse da pagare) e straordinaria (lavori di ristrutturazione) della casa o appartamento deve provvedere una donna, specialmente se molto vecchia²³. La scarsità di risorse finanziarie adeguate al corretto mantenimento di una casa e la difficoltà fisica e psicologica di far fronte all'inevitabile degrado di questo bene hanno conseguenze anche sulla stessa condizione abitativa.

²² Rapporto dell'Associazione Abitare&Anziani e Ageing Society-Osservatorio Terza Età, *Sintesi del Rapporto Nazionale 2009 sulla Terza Età...*, cit.. Quella degli anziani in difficoltà anche se proprietari di casa è una situazione comune ai paesi dell'Europa Meridionale come spiega il rapporto SHARE (AA.VV., *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe...* cit.), November 2008.

²³ Nel 2005 più di 1 su 4 è morta oltre i 90 anni. Del resto la moglie sopravvive al marito in 6 casi su 7.

Arriviamo dunque alla seconda domanda ancora in debito di risposta, ovvero “con chi abitano gli anziani?”. Gli anziani che vivono da soli in alloggi di proprietà e gli anziani che vivono esclusivamente con altri anziani arrivano al 60,6% del totale. In numeri significa che 2,3 milioni vivono da soli, 3 milioni in coppia, gli altri con parenti.

Inoltre:

Più di 6 milioni di case di proprietà sono abitate da almeno un anziano

Ci sono 3,5 milioni di abitazioni nelle quali vivono solamente persone anziane

- quasi 2 milioni le case con un anziano solo
- circa 1 milione 500 mila quelle occupate da 2 persone anziane

Più di 500 mila anziani vivono soli in case o appartamenti

- il 17% di essi ha un'età superiore agli 85 anni

1.6 Consumi e povertà degli anziani italiani

Secondo dati del 2006, la pensione è stata l'unica fonte di reddito per quasi 8.500.000 famiglie italiane. La maggioranza di queste famiglie è composta da persone anziane sole o con un'altra persona accanto sempre anziana. La pensione rappresenta i tre quarti del reddito annuale complessivo per:

- il 92,5% delle famiglie con pensionati soli over 65 anni
- l'87,1% delle coppie anziane senza figli

Per il 66% (più di 2 milioni di persone) è invece la sola ed unica entrata.

Questi dati non possono che disegnare scenari dove le difficoltà ad arrivare alla fine del mese si uniscono al sempre minore potere di acquisto e alla situazione di crisi economica che l'Italia sta attraversando già da diversi anni, anche prima di quella che ha scosso i mercati finanziari nel 2008. Secondo l'ISTAT, l'importo medio annuo lordo delle pensioni è stato di 13.740 euro, con una sostanziale disparità non solamente fra sessi, ma anche per distribuzione territoriale. Se al centro-nord la media è stata di 17.000 euro circa, al sud si è arrestata a 11.000.

Pertanto non è arduo immaginare che chi vive quasi del tutto o interamente della propria pensione certamente avrà un tenore di vita piuttosto basso, talvolta quasi alla soglia della povertà. In particolar modo pensiamo a quei pensionati sopra gli 80 anni, di modesta condizione socio-economica, che percepiscono pensioni di scarsa entità e che – pur volendo – durante la loro vita e ancora più oggigiorno, non possono attuare nessuna strategia di risparmio.

Per capirci: nel 2008 la spesa media mensile di una persona anziana ammontava a 1.406 euro, contro la media della famiglia italiana che raggiungeva 2.484 euro. Per gli alimentari gli over 65 hanno speso mediamente ogni mese 304 euro, mentre per i generi non-alimentari hanno sborsato 1.102 euro.

Parlando di coppie senza figli, invece, abbiamo una spesa mensile di 2.174 euro (la stessa cifra che ha speso una persona sola nella fascia di età fra i 35 e i 64 anni), con 476 euro per gli alimentari e 1.697 per i non-alimentari.

Tabella 10. Spesa media mensile: persone over 65 anni. 2008 (in euro)

| Tipologia familiare | 2008 | | |
|--|------------|----------------|----------|
| | Alimentari | Non-alimentari | Totale |
| Persona sola over 65 anni | 304,21 | 1.202,13 | 1.406,35 |
| Coppia senza figli con p.r.* over 65 anni | 476,63 | 1.697,95 | 2.174,59 |

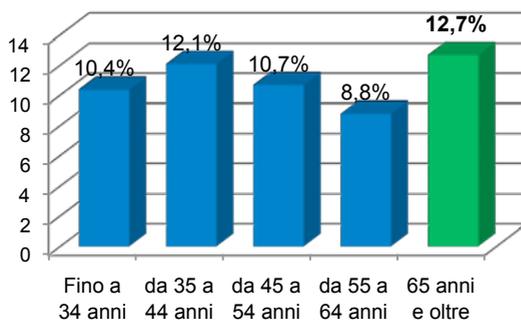
*p.r. persona di riferimento

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

Per le statistiche nel 2008, in Italia, i poveri erano 8 milioni. Ciò significa che 2 milioni e 737 mila famiglie (l'11% del totale delle famiglie) si sono trovate al di sotto di quella che viene considerata la linea di povertà²⁴.

Il fenomeno è particolarmente diffuso tra le famiglie con anziani che – in quanto categoria a reddito fisso e spesso modesto – non possono contare che sulla propria pensione. Dunque, se l'anziano in famiglia è uno solo l'incidenza è prossima alla media nazionale (11,4%), se ve ne sono almeno due la percentuale cresce fino al 14,7%. Particolarmente colpite le zone del Meridione con indici doppi rispetto alla media nazionale.

Grafico 4. Incidenza di povertà relativa per età. 2008 (%)



Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

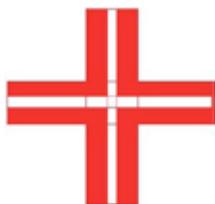
Sempre nel 2008, 2 milioni e 893 persone sono risultate in condizione di povertà assoluta, ovvero incapaci di acquisire quei beni che possano garantire uno standard di vita minimamente accettabile²⁵. Tra le 1.126 famiglie assolutamente povere troviamo quelle formate da almeno un anziano sopra i 65 anni.

²⁴ La soglia di povertà relativa è rappresentata dalla spesa media mensile per persona che nel 2008 è stata fissata a 999,67 euro. Le famiglie composte da due persone che hanno una spesa media mensile pari o inferiore a tale valore vengono quindi classificate come relativamente povere.

²⁵ ISTAT, *La povertà in Italia nel 2008-Statistiche in breve*, Roma, luglio 2009. Ad esempio, un adulto (18-59 anni) che vive solo è considerato assolutamente povero se la sua spesa è inferiore o pari a 750,36 euro mensili nel caso risieda in

Tra i soggetti più esposti al rischio di scivolare verso una povertà assoluta ci sono proprio gli anziani: nelle famiglie con almeno un over 65. Se l'anziano è la persona di riferimento l'incidenza è pari al 5,7%, se è l'unico componente del nucleo familiare addirittura sale al 6,9%.

1.7 Gli anziani italiani e il Servizio Sanitario Nazionale



Il SSN nel 1978 ha compiuto trent'anni.

Si tratta di tre decenni segnati da cambi profondi, decisioni importanti – anche se talvolta contraddittorie – e da significativi momenti di passaggio, che hanno modificato radicalmente il rapporto tra italiani e salute.

Volendo scegliere alcune istantanee rappresentative di questa oramai lunga storia, troviamo: il diffondersi della cultura della salute e della prevenzione in luogo di quella della malattia e la promozione di un rapporto diverso, più paritario, tra medico e paziente; il varo di Piani sanitari nazionali per superare le lentezze e le inefficienze del sistema; l'aziendalizzazione della gestione economico-finanziaria; la necessità di combattere gli sprechi e di contenere la spesa (specie quella farmaceutica); il bisogno di superare gli scandali degli anni Novanta; il dibattito sulla privatizzazione e il confronto tra pubblico e privato; l'impegno per il miglioramento del servizio nell'abbattimento dei tempi di attesa e infine la regionalizzazione della sanità con un federalismo sanitario fatto di luci e ombre²⁶.

1.7.1 Il giudizio degli italiani sul SSN

A più di trent'anni dalla sua istituzione, come giudicano gli italiani il SSN?

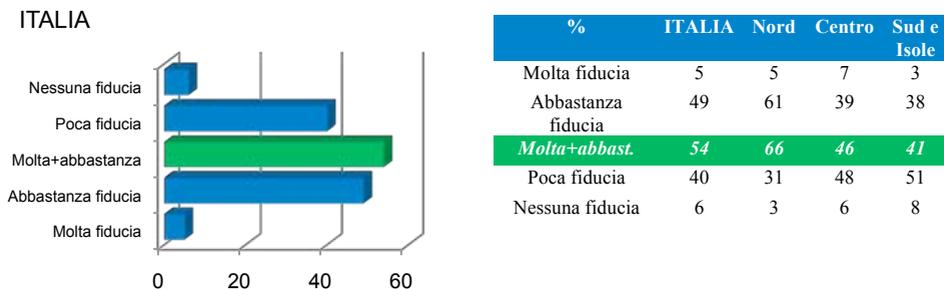
Secondo i risultati di una ricerca commissionata dall'associazione medici dirigenti italiani (ANAAO-Assomed) alla SWG, il 54% degli intervistati afferma di avere fiducia nelle nostre strutture sanitarie pubbliche, con una percentuale del 5% tra chi dice di averne “molta” e del 49% di chi invece parla di “abbastanza”. Il 40% dice però di averne “poca”, mentre il 6% addirittura “nessuna”.

Sono rilevanti le differenze tra le regioni del Nord e le altre parti del paese: nelle prime chi dice di aver “fiducia” arriva al 66%, mentre al Centro e al Sud le percentuali si riducono fino a scendere al 46% e al 41%.

un'area metropolitana del Nord, a 674,13 euro qualora viva in un piccolo comune settentrionale e a 502,69 euro se risiede in un piccolo comune meridionale.

²⁶ Oltre all'indebitamento di diverse amministrazioni regionali, la *devolution* nel campo sanitario ha – se possibile – ampliato le differenze tra Italia del Centro-Nord e quella del Sud e delle Isole.

Grafico 5 e Tabella 11. Grado di fiducia nel SSN. 2008 (%)



Fonte: elaborazione propria di dati SWG

Ancora più vistoso il divario sul grado di soddisfazione per i servizi sanitari della propria regione che esprimono i cittadini del Nord e quelli del Centro-Sud. Se il 74% dei primi può definirsi “soddisfatto”, al Centro lo pensa il 41% e al Sud solamente il 23%. Un sentimento che trova conferma nella realtà attraverso i dati relativi alla cosiddetta “migrazione sanitaria”: la tendenza a spostarsi dalla propria regione di appartenenza al momento di dover affrontare delle cure. Sono gli abitanti di alcune regioni del Sud i più toccati da questo fenomeno di mobilità²⁷.

Tabella 12. Grado di soddisfazione nel Servizio Sanitario Regionale. 2008 (%)

| | ITALIA | Nord | Centro | Sud e Isole |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| Del tutto soddisfacente | 8 | 12 | 5 | 3 |
| Soddisfacente | 43 | 62 | 36 | 20 |
| Soddisfazione | 51 | 74 | 41 | 23 |
| Poco soddisfacente | 35 | 24 | 44 | 46 |
| Del tutto insoddisfacente | 14 | 2 | 15 | 31 |

Fonte: elaborazione propria di dati SWG

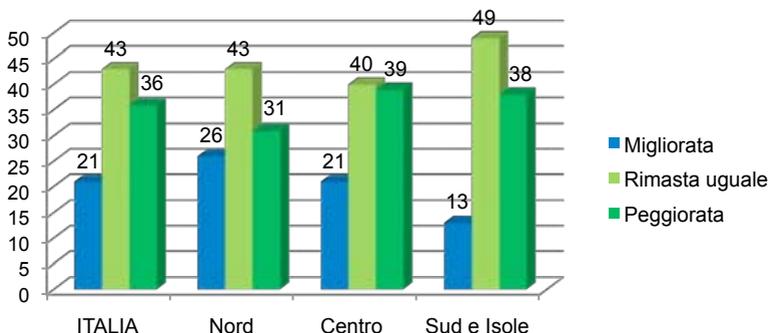
Per quanto riguarda il giudizio su “come funzionano” i servizi forniti, il dato di “soddisfazione” di poco non raggiunge il 50% degli intervistati. Una valutazione che però sembra venire da lontano: osservando nel lungo periodo notiamo che le opinioni non sono sostanzialmente cambiate, mantenendosi su livelli tra il 42% e il 49%²⁸.

Un po’ più sconcertanti i dati relativi a un possibile miglioramento del servizio, considerando che 1 italiano su 3 pensa che la qualità sia peggiorata e che il 43% sia convinto che sia rimasta invariata. Come sempre i residenti al Nord e, in certa misura, al Centro sono quelli che percepiscono che ci sia stato un miglioramento, mentre gli abitanti del Sud credono il contrario.

²⁷ F. Lecci, A. Liotta, *La struttura del SSN*, in E. Anessi Pessina, E. Cantù (eds.), *L’aziendalizzazione della sanità pubblica in Italia. Rapporto OASI 2009*, Milano, Egea, 2009, pp. 71 e ss.

²⁸ Vedere l’indagine *Gli italiani e il SSN a trent’anni dalla sua istituzione*, indagine promossa da ANAAO-AssoMED e realizzata da SWG nel 2008 (disponibile on-line e scaricabile dal sito www.anaao.it).

Grafico 6. Giudizio sullo stato della sanità a livello nazionale. 2008 (%)



Fonte: elaborazione propria di dati SWG

In merito alla percentuale di gradimento (unione di “molto” e “abbastanza soddisfatto”) per i principali servizi offerti dal SSN, la classifica è così composta:



l'assistenza medica di base..... 67%



L'assistenza ospedaliera/ricoveri..... 53%



La qualità delle visite specialistiche..... 51%



Il Pronto Soccorso..... 46%



La qualità delle strutture ospedaliere..... 42%



Le liste/i tempi di attesa..... 12%



Nel caso dell'assistenza medica di base, Nord, Centro e Sud hanno percentuali molto simili, segno dell'apprezzamento e della fiducia nel lavoro del medico generico.

Nel caso invece dei lunghi tempi d'attesa, le percentuali sono basse ovunque, anche se quella relativa al Sud è più del doppio rispetto a quella del Nord.

Da una parte, una sanità pubblica (quella dell'assistenza medica di base) che soddisfa una fetta considerevole di italiani e dall'altra una sanità (quella delle lunghe liste d'attesa) che invece è indicata dalla stragrande maggioranza come simbolo di scarsa qualità ed efficienza.

Più che ai singoli operatori, gli italiani attribuiscono mancanze e inefficienze all'organizzazione del sistema, alla sua cattiva gestione, soprattutto nelle strutture ospedaliere. Per il 57% le “gravi carenze” sono diffuse (unione delle percentuali delle risposte “molto diffuse” e “diffuse”), con una forte differenza tra le zone geografiche; se al Nord ne è convinto il 37% degli intervistati, al Centro questo dato sale al 57%, arrivando a toccare addirittura l'82% al Sud.

Nonostante la maggioranza pensi che le mancanze siano “diffuse”, circa il 60% degli intervistati dice di aver maggior fiducia nelle strutture sanitarie pubbliche che in quelle private.

Ugualmente si ritiene che il personale medico che opera negli ospedali pubblici sia meglio preparato di quello che lavora nelle cliniche private (37% contro 23%).

La stessa preferenza e propensione a una sanità privata pare in linea con queste opinioni, specialmente se si considera che dal 1998 la percentuale di coloro che si dichiaravano favorevoli a una privatizzazione del SSN è andata scendendo, passando dal 64% al 35%.

1.7.2 Il giudizio degli anziani sul SSN

Questo in linea generale. Ma come giudicano il SSN dei “consumatori intensi di sanità”²⁹ come gli anziani, i quali per ovvie ragioni biologiche devono più spesso far ricorso ai servizi offerti dal nostro sistema sanitario, frequentandone le strutture, entrando in contatto con gli operatori che vi lavorano e imparandone i meccanismi?

Senza dubbio, in quanto principali utenti del SSN, l’opinione degli over 65 diviene una preziosa fonte di informazioni per capire cosa funziona e cosa invece no, per correggere e orientare certe scelte, per sapere in quali campi si deve intervenire con maggior incisività, quali sono le priorità e quali gli aspetti da migliorare. Osservare i servizi forniti nelle strutture sanitarie italiane da un’altra prospettiva, attraverso la lente del fruitore anziano, può essere una maniera per meglio cogliere quali siano le reali esigenze di questo tipo di paziente, valutando se queste ultime già oggi sono state individuate o in parte soddisfatte o se, al contrario, siano state sottovalute o addirittura nemmeno prese in considerazione. Uno strumento davvero importante anche per chi prende le decisioni, stabilendo le strategie e le politiche da adottare in materia sanitaria (ovvero il legislatore e i tecnici).

Per capirne di più ci affidiamo a un altro studio realizzato dal CENSIS. Pur trattandosi di due studi differenti – anche se condotti entrambi nel corso del 2008 – le opinioni degli over 65 sembrano seguire il *trend* nazionale che ritiene tutto sommato adeguato il servizio offerto (52%). Purtroppo però il 47% degli anziani non intravede miglioramenti rispetto al passato.

Analogamente a quella che è la tendenza nazionale, anche in questo secondo studio la regione geografica d’appartenenza incide sul giudizio: al Nord si ha un’opinione migliore mentre al Centro e soprattutto al Sud si ritiene che il servizio offerto sia insufficiente o gravemente insufficiente.

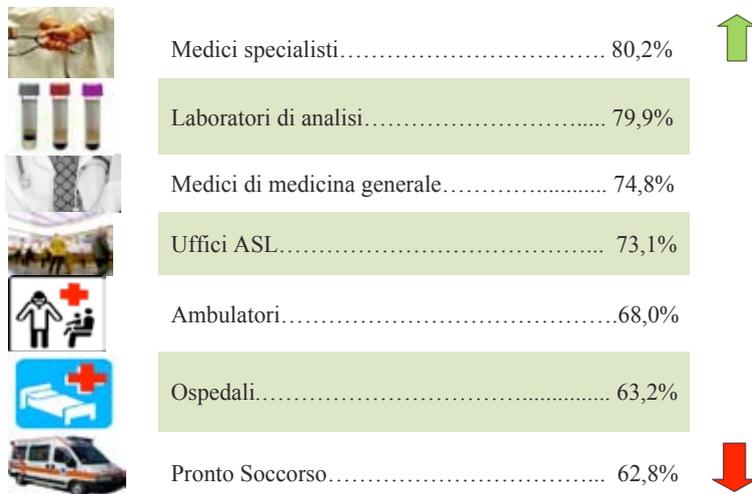
Tabella 13. Grado di adeguatezza dei servizi sanitari della propria regione per over 65. 2008 (%)

| | ITALIA | Nord-Ovest | Nord-Est | Centro | Sud-Isole |
|--------------------------------|--------|------------|----------|--------|-----------|
| Adeguati | 52,5 | 63,3 | 62,4 | 52,1 | 36,7 |
| Inadeguati | 27,7 | 17,9 | 24,1 | 23,7 | 41,4 |
| Non sa | 19,8 | 18,8 | 13,5 | 24,1 | 21,9 |
| Totale | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Differenza adeguati/inadeguati | +24,8 | +45,4 | +38,3 | +28,4 | -4,7 |

Fonte: elaborazione propria di dati CENSIS-Salute

²⁹ CENSIS, *VII Rapporto Salute “La Repubblica”-Censis. Consumi e ...*, cit. Secondo l’indagine demoscopica, il 3,5% delle persone sopra i 65 anni effettua una visita medica/controllo alla settimana, mentre il 17% lo fa almeno una volta al mese.

Sempre considerando le forti divergenze tra le opinioni di chi abita al Nord-Centro e di chi vive al Sud, la classifica dei servizi meglio giudicati vede:



Come abbiamo osservato in precedenza per tutti gli italiani, anche in questo caso le posizioni sono – mediamente – rispettate, con l'alto gradimento per i medici di Medicina Generale e la bassa soddisfazione per il servizio offerto dai Pronto Soccorso.

Ma soprattutto gli anziani, come il resto dei cittadini, indicano come principale segno di inefficienza e come punto dolente dell'intero sistema le lunghe liste d'attesa per effettuare una visita o un esame clinico specialistico. Ne è convinto il 68,6% della popolazione.

Oltre alle possibili gravissime conseguenze sulla salute dei cittadini, privati in questo modo di diagnosi in tempi rapidi, la lunghezza delle liste genera altre storture, comportamenti sbagliati, stress. Soprattutto nei pazienti anziani che più degli altri sentono le difficoltà e le iniquità che non permettono un rapido, egualitario e trasparente accesso ai servizi sanitari pubblici.

**Il principale aspetto negativo?
Per oltre il 68% degli anziani è la
lunghezza delle liste di attesa per
un esame e o una visita
specialistica**

Di fronte ad attese troppo lunghe:

- Il 40% ha preferito andare dai privati (con conseguente esborso economico, talvolta capace di incidere in maniera importante su redditi già bassi)
- Il 17,9% ha ammesso di aver fatto ricorso a vie alternative come la raccomandazione, l'amicizia, la conoscenza
- Il 2,8% dice di aver "corrotto" qualcuno tra il personale della ASL e tra gli operatori sanitari con regali e denaro

Evidente che i più penalizzati risultano ancora una volta essere i soggetti più deboli, tanto da un punto di vista socio-economico come da un punto di vista fisico, proprio perché maggiormente bisognosi di cure e dunque più assidui fruitori delle strutture sanitarie nazionali e regionali.

Ma oltre alla lunghezza delle liste d'attesa, gli anziani si lamentano per il tempo che devono passare in coda nelle varie strutture, a cominciare dagli sportelli fino al momento delle analisi o della visita (28,3%). Un disagio non trascurabile soprattutto per quei soggetti deboli e con difficoltà di movimento, costretti per molti minuti a stare in piedi, fuori casa e in ambienti troppo spesso poco accoglienti e confortevoli. Terzo motivo di lamentela, la poca umanità degli operatori sanitari (11,8%).

Che cosa chiedono allora gli over 65 al SSN? In cosa si aspettano che migliori?

Secondo gli anziani andrebbero potenziati tutti quei servizi e quelle strutture che hanno poco a che fare con la stretta realtà ospedaliera. Anzi a dire il vero, tra le priorità d'investimento che gli over 65 suggeriscono, l'ospedale non è menzionato.

Piuttosto le richieste hanno strettamente a che fare con la loro condizione di persone che, a causa del passare degli anni, vanno verso una sempre minore autosufficienza.

Benché i non-autosufficienti rappresentino oggi una percentuale minima della popolazione anziana, l'eventualità di dover dipendere in maniera consistente da qualcun altro è un tema che preoccupa e spaventa gli over 65. E questa inquietudine accomuna tanto quelli che o sanno di non avere nessuno che potrà badare a loro o sanno di non disporre dei mezzi sufficienti per permettersi un aiuto privato, come quelli che, pur avendo persone care disposte ad assisterli, preferiscono non dover gravare su di esse.

Gli anziani chiedono allora servizi e strutture capaci di andare incontro alle loro esigenze di persone sempre meno in grado di affrontare lunghi o brevi spostamenti (o solamente di uscire di casa), di passare ore in attesa in grandi strutture sanitarie difficili da raggiungere con i propri mezzi e dov'è talvolta complicato orientarsi.

La maggioranza degli over 65, allora, spera che vengano potenziati servizi come gli ospedali a domicilio, i day hospital, le case albergo, le residenze sanitarie assistenziali, i centri diurni di riabilitazione e che vengano ampliati servizi come la teleassistenza o i numeri verdi per le emergenze socio-assistenziali e sanitarie.

In prima posizione troviamo proprio **l'Assistenza Domiciliare Integrata**, indicata da ben il 47,3% della popolazione anziana italiana come il servizio su cui bisognerebbe puntare nel futuro.

Una percentuale che, come possiamo notare cresce di quasi il 15% al Centro e al Sud rispetto al Nord, molto probabilmente in ragione di una reale esigenza della popolazione anziana e della minore presenza o diffusione di questi servizi sul territorio delle regioni centro-meridionali.

Tabella 14. I servizi per anziani da potenziare prioritariamente secondo gli over 65. 2008 (%)

| Servizi sanitari da potenziare % | ITALIA | Nord | Centro | Sud e Isole |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| L'assistenza domiciliare integrata | 47,3 | 39,1 | 53,3 | 56,5 |
| Le case di riposo, le case-albergo, le comunità alloggio | 28,7 | 28,1 | 27,6 | 30,7 |
| Gli ospedali a domicilio | 18,5 | 15,2 | 21,8 | 20,3 |
| Le residenze sanitarie assistenziali (per anziani non-autosufficienti) | 12,9 | 11,7 | 14,4 | 14,6 |
| Il telefono verde per le emergenze sanitarie, socioassistenziali, relazionali | 10,8 | 5,8 | 9,7 | 18,5 |
| I centri diurni di riabilitazione | 9,7 | 8 | 13,2 | 9,4 |
| Gli istituti di lungodegenza | 8,3 | 7,7 | 5,4 | 10,7 |
| I Day Hospital | 7,9 | 6,4 | 10,1 | 9,1 |
| La teleassistenza/telesoccorso | 7,2 | 6,8 | 4,7 | 9,4 |
| I medici geriatrici sul territorio | 7,1 | 4 | 13,6 | 7,8 |

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili risposte multiple

Fonte: elaborazione propria di dati CENSIS

Il 47,3% degli over 65 chiede di potenziare

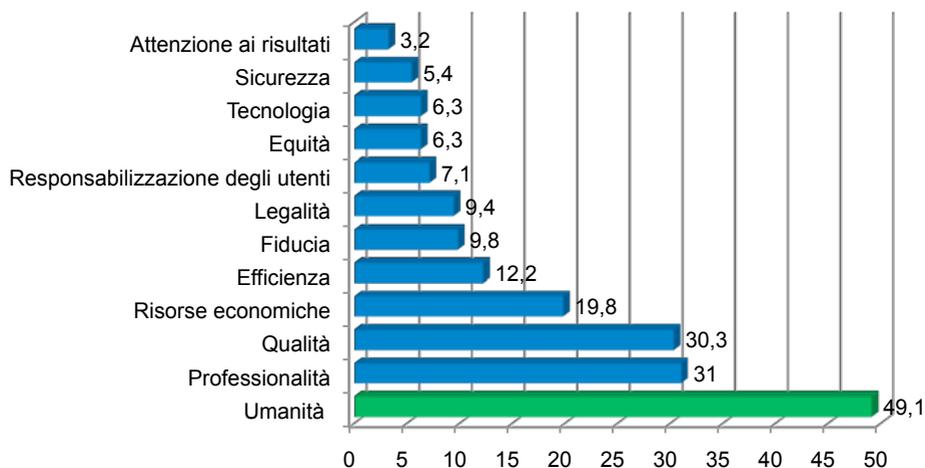


L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Ma non solamente. Gli anziani, prima della professionalità, della qualità e dell'aumento delle risorse economiche da destinare alla sanità, chiedono una miglioria che forse è attuabile in tempi brevi e senza eccessivi esborsi di denaro: una maggiore umanità nel rapporto tra gli operatori sanitari e i pazienti.

L'umanità – chiesta soprattutto da coloro che possiedono titoli di studio più bassi – è però in linea con i suggerimenti degli anziani più sopra esposti.

Grafico 7. Aspetti di cui ci sarebbe più bisogno nella sanità italiana secondo over 65. 2008 (%)



Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili risposte multiple

Fonte: elaborazione propria di dati CENSIS-Salute, 2008

BOX 2 – Il Servizio Sanitario Nazionale

La struttura dell'offerta sanitaria riguarda due grossi ambiti: quello dell'assistenza territoriale e quello dell'assistenza ospedaliera.

L'**Assistenza territoriale o distrettuale** include servizi quali

- l'assistenza di base di tipo medico e diagnostico
- i servizi alla persona come l'**Assistenza Domiciliare Integrata** (di cui ci occuperemo più avanti)
- i servizi forniti in strutture residenziali o semiresidenziali

L'**Assistenza Ospedaliera** è quella fornita da strutture di ricovero adibite anche a prestazioni specialistiche.

Tabella 15. L'Assistenza Distrettuale nella Regione Lazio e in Italia, 2006, 2007 e 2008

| Struttura | ITALIA | LAZIO |
|---|--------|-------|
| ASL | 148 | 12 |
| Aziende Ospedaliere | 81 | 4 |
| Medici di Medicina Generale | 46.964 | 4.897 |
| Ambulatori e Laboratori (pubblici, privati convenzionati) | 9.822 | 901 |
| Strutture residenziali | 5.105 | 160 |
| Strutture semi-residenziali | 2.280 | 53 |
| Altre strutture territoriali* | 5.236 | 394 |
| Servizi di Guardia Medica | 3.019 | 117 |

*(centri di salute mentale, consultori, centri dialisi e altri tipi di strutture)

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT (2006)e CERGAS (2008)

Per i dati relativi ai servizi di **Assistenza Domiciliare Integrata** (vedere capitolo apposito)

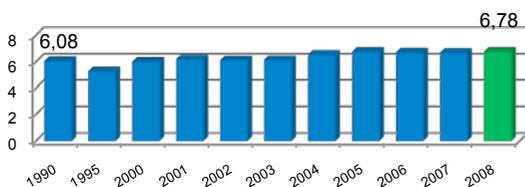
I costi del SSN

La realizzazione di nuove politiche sanitarie e il potenziamento di quelle che già esistono devono però tenere in considerazione la sostenibilità economica delle spese per la sanità pubblica nazionale e regionale, soprattutto in anni di bassa o nulla crescita del Prodotto Interno Lordo e di alto debito pubblico.

L'incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL nel 2007 si è fermata all'8,7%, seguendo la tendenza al ribasso propria di tutti i paesi sviluppati. Rispetto però ad altri paesi OCSE, la quota di finanziamento dello Stato è maggiore di 3,5 punti percentuali (del 76,4% nel 2008). Inoltre la partecipazione alla spesa dei privati è più bassa e anche i cittadini attraverso la tassazione diretta e indiretta partecipano al finanziamento.

Per quanto riguarda invece l'incidenza della spesa sanitaria pubblica corrente sul PIL il dato 2008 è 6,78% (Grafico 8).

Spesa corrente/PIL %



Significa che si è passati dai 41,3 miliardi di euro del 1990 ai 69,6 del 2000 fino ai 106,1 del 2008³⁰. La spesa pro-capite è stata di 1.780 euro.

Per quanto riguarda le Regioni, il Lazio è passato dai 4 miliardi del 1990 ai 6,7 del 2000 fino agli 11 del 2008. La spesa pro-capite, nel 2008, si è attestata a 1.995 euro.

A causa del grosso indebitamento, la Regione Lazio insieme a Liguria, Molise, Abruzzo, Campania, Sicilia e Sardegna sono soggette a un Piano di Rientro stipulato con il Ministero dell'Economia.

³⁰ OECD, *Health Data 2009*, F. Lecci, A. Liotta, *La struttura del SSN*, in E. Anesi Pessina, E. Cantù, *L'aziendalizzazione della sanità...*, cit.

1.8 Alcune riflessioni

Dunque per la maggioranza degli anziani intervistati le priorità sono: l'**Assistenza Domiciliare Integrata** per i non autosufficienti e una maggiore umanità da parte degli operatori sanitari. Entrambe sono portatrici di un'idea di sanità in cui, all'aspetto più propriamente medico-scientifico, si unisce quello sociale e umano, garanzia di facilità di accesso all'assistenza contro ogni tipo di abbandono.

Negli ultimi decenni l'aspettativa media di vita, soprattutto nei paesi più industrializzati, è cresciuta in maniera straordinaria. Alcuni addirittura, considerando i continui progressi della scienza medica, ne hanno ipotizzato un aumento senza più limiti. Gli esseri umani vivono più a lungo, scoprono che oltre alla terza esiste anche la quarta età e che tagliare il traguardo dei 90 o dei 100 anni – a differenza di ciò che accadeva un tempo – non è più un'impresa così difficile da compiere.

Pertanto non è sbagliato affermare che un'alta aspettativa di vita sia un chiaro indicatore del benessere esistente in una determinata nazione o regione, del fatto che ci siano condizioni socio-economiche favorevoli e che in quel luogo – insomma – “si viva bene”. In questo senso, allora, il poter vivere più a lungo è senz'altro da considerarsi una conquista, una delle ricadute positive della modernità.

L'obiettivo non è solamente
“vivere più a lungo”...

...ma “vivere bene
più a lungo”

La semplice longevità, però, non ci dà informazioni sulla qualità dell'esistenza: perché “vita lunga” non coincide per forza con “vita buona”. Per dirsi soddisfatti e contenti dei risultati, allora, la sola espressione *vivere più a lungo* non basta. Per sentirsi veramente soddisfatti bisogna poter aggiungere l'avverbio “bene”, ovvero *vivere bene più a lungo*.

Ciò significa creare le condizioni affinché la vecchiaia non solamente sia il più possibile libera da malattie (croniche) e disabilità, ma perché anche quando queste dovessero sopraggiungere, le persone colpite continuino a condurre un'esistenza la più possibile confortevole, serena e decorosa.

Per garantire una vecchiaia di qualità alle nostre società sempre più vecchie è, quindi, necessario dare il via a un efficiente e diffuso servizio di assistenza agli anziani, sia per quelli parzialmente autosufficienti sia e, in particolar modo, per quelli non autosufficienti.

Organizzare un efficiente servizio di cure a Lungo Termine – a livello locale e nazionale – è una priorità che già da ora dovrebbe essere in cima alla lista delle azioni più urgenti da intraprendere. Inoltre è necessario che le istituzioni prescindano dal fatto che esista, specie nelle nostre società del sud Europa, una rete familiare pronta a farsi carico dell'anziano non più in grado di badare a se stesso. Elaborare nuove politiche facendo affidamento sul fatto che, dove non arriva il pubblico, arriveranno le famiglie dell'anziano, sarebbe un errore di valutazione molto grave.

Succede che il servizio pubblico si limiti a farsi carico – e talvolta in maniera superficiale – solamente di chi non ha nessuno su cui fare affidamento.

L'obiettivo principale per le istituzioni?

Organizzare un servizio **professionale, efficiente e diffuso** di Assistenza Domiciliare per gli anziani

L'importanza delle famiglie rimane. Non bisogna però caricare su di esse tutto il peso dell'assistenza

Ma questa è una strada che una nazione popolata da individui sempre più vecchi e sempre più bisognosi di cure non può permettersi di percorrere.

Nonostante le famiglie o nuove figure come le assistenti familiari (le "badanti") rimangano dei soggetti importanti, le istituzioni non possono sottrarsi ai loro doveri e confidare nello sforzo volontaristico dei privati, ma devono considerare il problema secondo una prospettiva più ampia e forse più impersonale, impegnandosi e garantendo perché l'assistenza risponda a questi criteri:

- larga diffusione
- accessibilità
- continuità nel tempo
- professionalità

Le famiglie continueranno, dove possibile, a sostenere e aiutare i loro parenti anziani, ma non è più ipotizzabile contare sulle sole forze dell'amore e dell'affetto. Accudire un anziano malato e non autosufficiente comporta grandi sacrifici e sforzi (fisici, mentali ed economici) difficilmente sostenibili. Trattandosi – come abbiamo visto – di un fenomeno globale, i governi e le istituzioni delle singole nazioni se vogliono contrapporsi alla sfida lanciata dal progressivo invecchiamento della popolazione devono rispondere con tempestività e decisione.

Nei prossimi capitoli cercheremo di capire qual è la situazione in Italia e quale in Europa, facendo un confronto fra i diversi sistemi di assistenza domiciliare.

2.
ASSISTENZA
CONTINUATIVA
E DOMICILIARE.
UNO SGUARDO
SUL MONDO

2.1 Introduzione: il bisogno di assistenza

Negli ultimi settanta anni, nei cosiddetti paesi sviluppati, l'aspettativa di vita media alla nascita è cresciuta senza sosta, raggiungendo valori solamente qualche decennio fa impensabili.

Nello stesso tempo, si è assistito a una forte contrazione delle nascite.

La concomitanza di questi due elementi ha condotto al progressivo invecchiamento della popolazione, composta da persone con un'età media sempre più elevata.

Ne emerge un quadro con luci e ombre.

Partiamo dalle "luci". Già nel capitolo precedente non solamente si era dato un giudizio positivo della longevità, ma si era anche detto che l'aumento dell'aspettativa di vita media poteva benissimo essere annoverato fra le "conquiste della modernità", risultato di una felice combinazione di fattori quali le migliorate condizioni socio-economiche e i progressi medico-scientifici.

Per quanto riguarda le "ombre" si era tuttavia aggiunto che l'entusiasmo per il raggiungimento di questo traguardo non doveva far dimenticare altre questioni e problemi – di grande rilevanza – che una vita media più lunga necessariamente va a porre.



Ecco alcune considerazioni:

- La longevità in sé stessa non può essere elevata a valore assoluto, a unico obiettivo da raggiungere
- È errato e ingannevole considerare il “vivere a lungo” come il solo ed unico parametro adatto a giudicare il grado di benessere e le condizioni di vita esistenti in una determinata società o nazione
- Il vivere a lungo, oltre ai vantaggi, porta con sé diversi problemi. In una società composta da un sempre maggior numero di persone anziane o molto anziane (sopra gli 80 anni), le problematiche legate alla salute sono – inevitabilmente – più marcate e più frequenti rispetto a un'altra in cui la componente giovanile è più ampia
- È necessario introdurre la nozione di “qualità” della vita. Lo scopo principale è quello di “vivere *bene* a lungo” e non solamente quello di “vivere a lungo”.
- Nel caso in cui la salute venga meno e sopraggiungano malattie o disabilità, allora è imprescindibile garantire agli anziani una cura e un'assistenza adeguate.

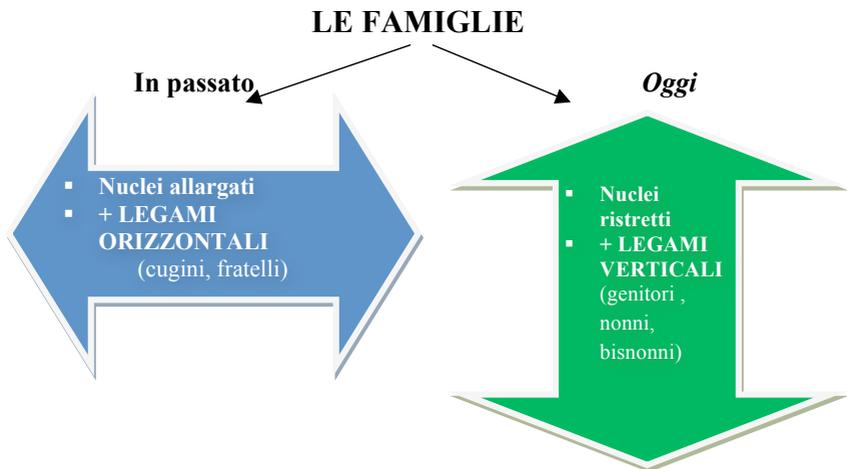
Quando si fanno previsioni sul progressivo invecchiamento della società, spesso si considera la questione parlando in termini di “sfida”, di prova, che attende molte fra le nazioni in Europa e nel mondo.

Non c'è dubbio che le autorità e i governi dovranno attrezzarsi per sostenere, resistere e trovare soluzioni valide ai problemi che nasceranno da cambi sociali così profondi. Se, per la verità, i paesi sviluppati già oggi sono chiamati a dare risposte concrete ed efficaci, realizzando politiche in grado di fronteggiare adeguatamente le esigenze di una popolazione sempre più vecchia, quelli in via di sviluppo non devono indugiare oltre, per non ritrovarsi impreparati quando sarà il momento d'intervenire.

Gli anziani del futuro: sicuramente differenti per abitudini, cultura, condizioni socio-economiche da quelli che abbiamo conosciuto fino a qualche anno fa

A questo quadro in costante mutamento si è aggiunto un probabile elemento di complicazione: gli anziani del presente e, specialmente, quelli del futuro saranno sempre più "differenti" per abitudini, cultura, condizioni socio-economiche dagli anziani che abbiamo

conosciuto fino a qualche anno fa. Basti pensare che questi ultimi vivevano protetti al centro di reti familiari allargate, più o meno sicuri e consapevoli che, in caso di grave necessità, avrebbero potuto contare sull'aiuto e sul supporto delle generazioni più giovani (soprattutto della componente femminile). La ripetizione e la ciclicità caratterizzavano l'andamento dei rapporti tra le diverse generazioni.



Ora invece, complici le mutate condizioni sociali (unità familiari più ristrette, figli lontani dai genitori, nuclei abitativi meno ampi, aumento delle separazioni e dei divorzi), gli over 65 e soprattutto gli over 80 si trovano a vivere soli, talvolta in condizioni di grave ristrettezza economica e in contesti metropolitani che sovente contribuiscono ad aumentarne la solitudine e l'emarginazione.

Una situazione complicata che può diventare ancora più compromessa se – com'è probabile che accada man mano che l'età avanza – si è in presenza di una qualche forma di disabilità o di malattia cronica/degenerativa che riduca di molto l'autosufficienza dell'anziano.

Si comprende allora quanto sia necessario intervenire e quanto sia importante rispondere nella maniera più efficace al "bisogno di assistenza" che già oggi esiste ma che continuerà a crescere nei prossimi decenni.

Ma quali misure è necessario adottare per poter affrontare nel migliore dei modi questa evenienza e venire incontro alle esigenze delle persone anziane non più autosufficienti, garantendo loro un'assistenza adeguata e, di conseguenza, una vita dignitosa?



La maniera più appropriata che hanno le istituzioni pubbliche per rispondere a questo genere di problematica sociale è contenuta nelle due espressioni inglesi *Long Term Care* e *Home Care*, ovvero **Assistenza Continuativa** e **Assistenza Domiciliare**.

2.2 Long-term Care e Home Care

Prima di parlare di contenuti, crediamo sia necessario delimitare i confini del termine per capire a cosa si allude quando si parla di assistenza continuativa e di assistenza domiciliare.

Innanzitutto si definisce *Long-Term Care* (LTC) quella varietà di servizi e interventi sociali e sanitari forniti, con continuità e per un prolungato periodo di tempo, a persone (nel nostro caso anziani) che hanno bisogno di assistenza permanente a causa di disabilità fisica o psichica³¹.

Per valutare il grado di indipendenza degli individui bisognosi di assistenza continuativa sono state individuate due categorie. Ognuna raggruppa un certo numero di azioni che caratterizzano la condizione di autosufficienza e la capacità di vivere in maniera indipendente.

- La capacità o meno di svolgere le cosiddette **Attività fondamentali del vivere quotidiano** è un indicatore del grado di autosufficienza o non autosufficienza di una persona. Si tratta di azioni come: mangiare, lavarsi, vestirsi, coricarsi e alzarsi, andare in bagno
- La capacità o meno di svolgere le cosiddette **Attività strumentali del vivere quotidiano**, invece, serve a stabilire se una persona può ancora vivere in maniera indipendente. Si tratta di azioni come il prepararsi i pasti, il saper gestire i propri soldi, l'uscire a fare compere, il saper usare il telefono, il poter svolgere le faccende domestiche³².

Benché non siano solamente i maggiori di 65 anni a beneficiare di cure continuative e a domicilio, sono proprio gli anziani, e specialmente quelli che appartengono alla quarta età (over 80), a esserne i principali utilizzatori. Globalmente, circa l'80% di chi si avvale di servizi di assistenza domiciliare ha più di 65 anni³³.

³¹ Per la definizione di Long-Term Care e Home Care e le seguenti distinzioni tra assistenza Formale e Informale si vedano: Institute of Medicine, *Improving the quality of nursing homes*, National Academy Press, Washington, 1986 contenuta nel libro AA.VV., *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Sant'Arcangelo di Romagna, Maggioli, 2009, pp. 17-18; European Commission, *2009 Ageing Report: Economic and Budgetary...*, cit., p. 141; European Commission, *Long-Term Care in the European Union*, Bruxelles, 2008, p. 3.; OECD, *Les soins de longue durée pour les personnes âgées*, Paris, 2005, p. 20 e ss.; OECD, *Conceptual Framework and Definition of Long-Term Care Expenditure*, Input Document – Unit 2, 2008, pp. 1-2; R. Tarricone, A.D. Tsouros (eds.), *Home Care in Europe*, Milano, CERGAS-Università Luigi Bocconi-World Health Organization, 2008.

³² Sia le **attività fondamentali del vivere quotidiano** che le **attività strumentali del vivere quotidiano** si rifanno a due espressioni inglesi: *Activities of Daily Living* (ADLs) e *Instrumental Activities of Daily Living* (IADLs).

³³ OECD, *Les soins de longue durée pour les personnes âgées...*, cit., p. 25.

L'assistenza si può dividere in due grandi gruppi/tipologie a seconda di chi la fornisce:

- A) INFORMALE, fornita da non-professionisti
- B) FORMALE³⁴, fornita da operatori professionisti

ASSISTENZA INFORMALE

- è fornita generalmente da:
 - familiari/parenti
 - amici
 - vicini di casa
- **NON è RETRIBUITA**

ASSISTENZA FORMALE

- Servizi erogati da istituzioni pubbliche o private come:
 - operatori specializzati
 - volontari di associazioni benefiche
 - assistenti familiari ("badanti")
- in genere **È RETRIBUITA**

Si potrebbe anche utilizzare un altro tipo di classificazione, separando l'assistenza di matrice PUBBLICA, erogata da istituzioni pubbliche nazionali o locali da quella di organismi PRIVATI.

Tuttavia i confini di queste divisioni non sono sempre così netti come appaiono, soprattutto per quanto concerne le retribuzioni in denaro nei casi di servizi di assistenza domiciliare forniti da privati. Molto spesso il rapporto che s'instaura tra assistente e assistito (o la sua famiglia) non è disciplinato da nessun tipo di regolare contratto di lavoro; da qui la mancata denuncia delle somme percepite come compenso per le attività svolte (un esempio è il fenomeno delle cosiddette "badanti" straniere nel nostro paese, non solamente lavoratrici "in nero" ma spesso addirittura prive del permesso di soggiorno).

2.3 L'Assistenza a Domicilio

Lasciamo dunque l'insieme delle *Long-Term Care* e concentriamo la nostra attenzione *sull'Home Care*, l'assistenza a domicilio.

Ormai, un sempre maggior numero di Stati in Europa e nel mondo si è orientato verso l'adozione di questo genere di politiche sociali. Impegnando risorse umane ed economiche nella realizzazione di programmi per l'assistenza domiciliare, le autorità pubbliche hanno compreso l'importanza che riveste "il poter restare a casa propria" per quegli anziani handicappati e non più autosufficienti che necessitano di cure continuative.

³⁴ Anche in questo caso si tratta di due espressioni mutuata dall'inglese: *Informal e formal carers o care givers*.

“Rimanere nella propria abitazione” significa:

- non dover subire il trauma psicologico del trasferimento in apposite strutture residenziali che, nel caso in cui siano anche molto confortevoli e ben organizzate, non potranno mai essere come l’ambiente domestico
- poter godere – in molti casi – della presenza e dell’aiuto di persone care, come familiari o amici.

È sempre più riconosciuta l’importanza del poter essere assistiti “a casa propria”

Com’è evidente, siamo di fronte a una questione insieme di grande rilevanza e delicatezza, capace di toccare e modificare nel profondo la vita di un individuo, in special modo se anziano e non autosufficiente (dunque più fragile, tanto da un punto di vista fisico come da uno emotivo).

La tendenza delle politiche assistenziali da almeno dieci-quindici anni a questa parte, è quella di rendere chi necessita di cure sempre più al centro delle decisioni. Una maniera per farlo è concedere alle stesse persone anziane – ove ce ne siano le possibilità – la libertà di scelta, offrendo loro non solamente valide alternative al ricovero in strutture residenziali, ma anche un ampio ventaglio di soluzioni per quanto riguarda l’assistenza a domicilio (*Consumer Direction and Choice in Long-Term Care*).

La tendenza è quella di garantire all’anziano un’ampia libertà di scelta

Già oggi accade che in diverse parti del mondo, anziani non autosufficienti abbiano l’opportunità di passare l’ultimo periodo della propria esistenza continuando a vivere “tra le proprie cose”, ricevendo tutta l’assistenza di cui hanno bisogno direttamente a domicilio, magari proprio dalle mani di persone care³⁵.

Fra le misure che i diversi governi hanno adottato per dare all’individuo anziano una reale opportunità di scelta riguardo al “dove”, al “come” e “da chi” ricevere l’assistenza necessaria, troviamo:

1. Il Budget personale e assunzione diretta dei caregivers

Le istituzioni pubbliche mettono a disposizione un budget personale da spendere in assistenza. L’anziano che necessita assistenza potrà decidere come impiegare questa somma, scegliendo tra diverse opzioni e soluzioni e infine “comprando” i servizi da chi ritiene più adeguato a rispondere alle proprie esigenze. Ugualmente potranno fare i familiari dell’assistito, assumendo e gestendo persone – professionisti e no – da impiegare nell’assistenza del loro caro.

Negli USA (in certi Stati solamente), il budget può essere destinato anche all’acquisto – intero o parziale – di determinati prodotti sanitari e medicali necessari alla persona anziana da curare.

Inoltre, la somma può essere impiegata per retribuire gli stessi parenti e amici che si prodigano nell’assistenza. In questo caso però, a seconda del paese, esistono delle limitazioni.

³⁵ J. Lundsgaard, *Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care. How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?*, “OECD Health Working Papers”, May 2005, n. 20, p. 12 e ss.

Per esempio:

- in **Olanda**³⁶ e nel **Regno Unito** ciò non è consentito se chi assiste abita con l'assistito
- in **Svezia** non è consentito se chi assiste ha più di 65 anni
- negli **Stati Uniti** spesso non è consentito, soprattutto se chi assiste è il coniuge
- mentre in **Norvegia** non ci sono restrizioni

Molto spesso chi assiste è retribuito in base al numero di ore di assistenza che, a sua volta, dipende dal livello di necessità. Si va dalle 3-10 ore per settimana per il programma *Care Wage* della Norvegia a un massimo di 66 ore settimanali del programma dello Stato della California *In-Home Supportive Services*. Ovviamente parenti e amici – molto di frequente – offrono un'assistenza che va ben oltre il numero di ore retribuite.

2. Indennità e contributi in denaro per chi ha bisogno di assistenza

In alcuni paesi esiste la possibilità di ricevere contributi in denaro e finanziamenti per coprire (tutte o una parte) le spese per l'assistenza a domicilio.

Ad esempio:

- in **Germania** il sistema di assicurazione sanitaria permette di scegliere tra due modi di ricevere il supporto assistenziale: 1) ricevere direttamente in servizi; 2) attraverso un'indennità in denaro (*Cash Allowance for Care*). Benché non ci siano restrizioni sull'uso di questa seconda modalità di sostegno, la persona interessata è obbligata a procurarsi una quantità sufficiente di assistenza da garantire un certo standard di benessere. Ogni 3-6 mesi, le condizioni di salute dell'assistito verranno esaminate da un'Agenzia che – qualora accerti che l'anziano non riceve un'assistenza sufficientemente adeguata – potrà decidere di revocare l'indennità e imporre un'assistenza solamente "in natura"
- in **Austria** viene dato un contributo in denaro come aiuto per l'assistenza domiciliare. Questo programma coinvolge circa il 14,8% della popolazione anziana (2003)
- in **Lussemburgo** il sistema di assicurazione sanitaria consente di scegliere fra un'assistenza di 7 ore settimanali o un corrispettivo contributo in denaro
- in **Svezia** viene dato un contributo in denaro per pagare un'assistenza a domicilio di tipo informale
- nel **Regno Unito** viene concesso un benefit in denaro a coloro che hanno avuto bisogno di assistenza a domicilio per almeno 6 mesi

In tutti questi paesi è consentito retribuire anche i parenti.



³⁶ Nel 2003 0,8% degli over 65 ha ricevuto un'assistenza domestica sotto forma di *Personal Budget*.

3. Sostegno al reddito per *caregivers* informali

Alcuni paesi offrono un sostegno al reddito di quelle persone che, in quanto impegnate nell'assistenza continuativa a domicilio di un parente, sono costrette a ridurre o a interrompere le normali attività lavorative.

Un supporto che esiste in nazioni come:

- l'**Australia**. È rivolto: 1) a coloro che non possono mantenersi perché impegnati nell'assistenza di un'altra persona e 2) a coloro che accudiscono una persona a casa
- il **Canada**. È un benefit di breve durata per persone che stanno assistendo qualcuno in fin di vita
- l'**Irlanda**. Aiuto destinato a persone con un basso reddito che vivono e si occupano di individui non autosufficienti. Esiste anche un sostegno per coloro (assicurati) che debbono lasciare temporaneamente il lavoro per dedicarsi all'assistenza *full-time* di una persona non più indipendente
- il **Giappone**. Viene concesso un aiuto a quelle persone: 1) con basso reddito, 2) senza un'assicurazione che copre le spese per l'assistenza continuativa e 3) che hanno un grande bisogno d'assistenza
- la **Svezia**. Per legge è possibile assentarsi dal lavoro fino a un massimo di 60 giorni nel caso in cui sia necessario assistere un malato terminale
- il **Regno Unito**. Viene concessa un'indennità di presenza a quelle persone con basso reddito che assistono una persona per più di 35 ore a settimana³⁷.

2.3.1 La Famiglia

Le cure INFORMALI sono un po' ovunque nel mondo ad appannaggio della famiglia o delle reti familiari. Generalizzando, possiamo dire che quello INFORMALE-FAMILIARE rimane il tipo di assistenza più diffuso e praticato.

Ciò è riconducibile, per la maggioranza dei casi a naturali ragioni sentimentali (affetto e gratitudine nei confronti di una persona cara), alla consuetudine (è abitudine agire così) o di necessità (non esistono alternative).

Box 3. Obblighi di assistenza in Italia

In Italia il codice civile stabilisce innanzitutto, tra i doveri che nascono dal matrimonio, l'obbligo di assistenza morale e materiale tra i coniugi (art. 143 comma 2 Codice Civile). Quanto ai doveri dei figli nei confronti dei genitori il c.c. (art. 315) dispone che "il figlio deve rispettare i genitori e contribuire, in relazione alle proprie sostanze e al proprio reddito, al mantenimento della famiglia, finché convive con essa". Esiste poi un obbligo di concorso al mantenimento qualora si trovino in stato di bisogno.

In alcune circostanze però si è di fronte a norme esplicite che ne impongono l'assistenza. Accade per esempio che in diversi Stati dell'Unione Europea i familiari sono considerati responsabili per legge della cura dei membri più anziani³⁸.

³⁷ J. Lundsgaard, *Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care...*, cit., p. 14 e ss.

³⁸ AA.VV., *Long-Term Care for Older Persons. Conference organized by the Luxembourg Presidency with the Social Protection Committee of the European Union Luxembourg, 12 and 13 May 2005*, in "Bulletin Luxembourgeois des questions sociales", 2005, n. 19, p. 42 e ss.

L'importanza della famiglia nell'assistenza a persone care non più autosufficienti è una caratteristica che supera i confini del Vecchio Continente e si ritrova ugualmente in paesi come Stati Uniti, Giappone o Australia. Lasciando da parte il caso specifico delle nazioni scandinave, caratterizzate da un importante sistema di assistenza pubblica, il denominatore comune per molti di questi paesi è proprio l'aver puntato sull'assistenza domiciliare fornita da persone appartenenti alla rete familiare della persona bisognosa.

Le differenze tra Stati, semmai, stanno nella quantità e nella qualità dei programmi che le amministrazioni pubbliche elaborano e mettono in campo per sostenere e aiutare le famiglie che si fanno carico dell'assistenza a domicilio di un loro caro.



il tipo di assistenza più diffuso
e praticato è quello
FAMILIARE
(DOMICILIARE –
INFORMALE)

Se in alcuni paesi (specie del Centro e nord Europa) si riflette e si agisce per risolvere questo genere di problematiche da più tempo, anche le autorità delle nazioni del Sud Europa o di certi paesi in via di sviluppo – un po' meno attive nella creazione di un esteso e capillare sistema di assistenza continuativa – stanno cercando di dare una risposta concreta al problema³⁹.

Tra gli strumenti utilizzati abbiamo:

- Stanziamenti in denaro a privati (in molti casi persone non-autosufficienti) con i quali pagare una persona che si occupi di loro (un professionista) o ricompensare un familiare per il tempo e lo sforzo profusi nell'opera di assistenza
- Assegni di Indennità o retribuzioni per l'opera di assistenza pagati alla persona che necessita delle cure o alla sua famiglia
- Benefit o sussidi per l'assistenza, pagabili in denaro direttamente alla famiglia dell'assistito o attraverso sgravi fiscali
- Retribuzione dei costi dell'assistenza
- Pagamento di un'indennità o pensione per la persona che si prodiga nelle cure
- Possibilità, per i lavoratori, di prendere congedi (retribuiti o non retribuiti) per l'assistenza a familiari non autosufficienti
- Aiuti a chi assiste: permettendo ai *care givers* di usufruire di momenti di riposo e di sollievo da un compito davvero stressante e faticoso⁴⁰

Questa strategia che tende a favorire il continuo trasferimento di servizi dalle istituzioni pubbliche ai privati (famiglie *in primis*) è senza dubbio portatrice di alcuni vantaggi, tra i quali:

- a) Quello di rendere il servizio di assistenza più flessibile e mirato
- b) Quello di gravare meno sulle finanze pubbliche
- c) Quello di permettere agli anziani di essere accuditi direttamente a casa propria da persone care

³⁹ J. Lundsgaard, *Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care*, cit., p. 11 e ss.

⁴⁰ AA.VV., *Long-Term Care for Older Persons. Conference organized by the Luxembourg Presidency...*, cit., pp. 48 e ss.

Tuttavia questa soluzione, pur valida, mette in luce alcune **criticità** che è opportuno tenere ben presenti

Benché la famiglia rimanga un punto di riferimento imprescindibile per le LTC e, soprattutto, per l'*Home Care* non bisogna però dimenticare i rischi e i limiti che derivano da una politica che fa eccessivo affidamento sulle reti familiari e parentali.

L'assistenza informale fornita dalle famiglie è essenziale, ma nel lungo periodo questa situazione potrà presentare dei **problemi di sostenibilità**

Profondi **cambi sociali** stanno interessando la struttura delle famiglie

Per trovare la soluzione al problema dell'assistenza non è sufficiente incoraggiare il semplice passaggio da un'assistenza FORMALE a una sempre più INFORMALE.

Gli amministratori e i governanti chiamati a occuparsi delle future problematiche legate all'assistenza delle persone anziane non possono non tenere in considerazione alcuni fondamentali fattori che differenziano la società di oggi (e di domani) da quella di un tempo.

Tra quelli di maggior peso non bisogna dimenticare:

■ **La differente natura dei nuclei familiari**, frutto dei profondi cambi demografici, sociali, economici e comportamentali degli ultimi decenni, quali:

- La “verticalizzazione” delle relazioni che caratterizza le famiglie attuali. Oggi la maggior parte dei rapporti familiari è iscrivibile al tipo “verticale” (cioè tra persone appartenenti a generazioni diverse) che a quello “orizzontale” (ovvero tra persone della stessa generazione, come fratelli/sorelle, cugini etc.) di un tempo
- la maggiore mobilità (sociale e geografica) che porta le persone a trasferirsi anche in posti lontani dal luogo di nascita
- l'aumento del numero di divorzi (e di conseguenza delle persone che vivono da sole) e la scelta, sempre più comune, del restare *single*
- le differenti priorità o necessità delle persone (il lavoro e la carriera, l'indipendenza economica e sociale portano gli individui a non vivere più tutti “sotto lo stesso tetto”)

■ **Il maggior tasso di donne lavoratrici**. Il progressivo aumento del numero di donne impegnate in un'attività lavorativa fuori dalle mura domestiche è un elemento da non sottovalutare e che avrà importanti riflessi proprio sull'assistenza a domicilio. Tradizionalmente era sempre spettato a queste ultime, in quanto casalinghe e non vincolate a orari tassativi, il compito di accudire un parente anziano non più autosufficiente⁴¹.

⁴¹ L. Callegaro, G. Pasini, *Informal Care and Labour Force Participation: The Economics of Family Networks*, in AA.VV., *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe 2004-2007...*, cit., pp. 197-203.

- **Cambi tra i caregivers.** Il progressivo invecchiamento della popolazione, la bassa natalità e l'innalzamento dell'aspettativa media di vita faranno sì che diverse persone anziane o molto anziane si trovino a dover assistere i loro coetanei (per esempio uno dei coniugi)⁴².



In futuro questi fattori potrebbero incidere in maniera anche **molto negativa** su un sistema di assistenza **eccessivamente incentrato e dipendente dal solo affetto e dalla generosità di familiari e amici**

Inoltre oggi, sempre più famiglie in Europa, per far fronte a situazioni di non autosufficienza dove è richiesta un'assistenza continuativa, decidono di assumere lavoratori non specializzati provenienti da paesi extracomunitari che possano vivere – garantendo una presenza di 24 ore su 24 – con i propri cari.

In Italia i lavoratori/lavoratrici impegnati in questo tipo di attività nati fuori dai confini nazionali si è quadruplicato nel volgere di pochi anni, passando dal 20% del 2001 all'83% del 2006⁴³.

2.3.2 Le Istituzioni pubbliche

Benché non esista un sistema sanitario europeo sovranazionale e che le cure e l'assistenza continuative siano, pertanto, di competenza di ogni Stato nazionale, l'Unione Europea promuove e tutela il diritto all'assistenza delle persone anziane.

La Carta Sociale Europea (stilata nel 1961 e rivista nel 1996) inserisce tra i diritti umani da tutelare quello a una vita dignitosa, con una specifica menzione alle persone non autosufficienti e bisognose di un'assistenza continuativa.

La Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea del 2000 parla ancora più esplicitamente del diritto degli anziani a “condurre una vita dignitosa e indipendente” (art. 25), riconoscendo e rispettando “il diritto dei disabili di beneficiare di misure intese a garantirne l'autonomia” (art. 26).

Ugualmente viene riconosciuto e rispettato “il diritto di accesso alle prestazioni di sicurezza sociale e ai servizi sociali che assicurano protezione in casi quali la maternità, la malattia, gli infortuni sul lavoro, la dipendenza o la vecchiaia” e “il diritto all'assistenza sociale e all'assistenza abitativa volte a garantire un'esistenza dignitosa a tutti coloro che non dispongano di risorse sufficienti” (art. 34)⁴⁴.



In quasi tutti gli Stati dell'Unione Europea, i servizi di assistenza continuativa sono di competenza o dei Servizi Sanitari Nazionali o dei ministeri delle Politiche Sociali o di analoghe istituzioni locali. In genere l'appartenenza agli uni o agli altri dipende dalla natura del servizio erogato.

Se è più consistente la “componente sanitaria” allora sarà di competenza del SSN, se, invece, risulta più pronunciato l'aspetto

⁴² European Commission, *2009 Ageing Report: Economic and Budgetary...*, cit., pp.; R. Tarricone, A.D. Tsouros (eds.), *Home Care in Europe...*, cit., pp. 12-13; AA.VV., *Long-Term Care for Older Persons. Conference organized by the Luxembourg Presidency...*, cit., pp. 43 e ss.

⁴³ R. Tarricone, A.D. Tsouros (eds.), *Home Care in Europe...*, cit., pp. 11.

⁴⁴ Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea (2000/C 364/01). Disponibile e scaricabile on-line: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_it.pdf

sociale del servizio erogato, allora questo sarà di pertinenza di organismi riconducibili alle cosiddette politiche sociali.

- I servizi di *Home Care* che generalmente sono di competenza dei diversi SSN riguardano:
 - riabilitazione
 - terapie di supporto
 - azioni di prevenzione delle malattie
 - assistenza infermieristica specializzata
 - fisioterapia
 - terapia occupazionale

- I servizi *Home Care* che generalmente sono di competenza dei diversi **Servizi Sociali** riguardano invece:
 - La gestione della casa (fare la spesa, cucinare, pulire, gestire i soldi, pagare le bollette)
 - La gestione della persona (lavarsi, vestirsi, alzarsi etc.)

Esistono nazioni come Danimarca, Svezia, Norvegia, Finlandia dove le attività di assistenza domiciliare vengono poste sotto la responsabilità di un'unica istituzione: la municipalità. Altre ancora come Germania e Olanda si basano su un sistema assicurativo che copre le spese di assistenza infermieristica a domicilio e quelle dei servizi sociali. Altre ancora come Regno Unito o Italia prevedono un'alternanza di servizi gestiti a livello centrale come periferico⁴⁵.

Tabella 16. Organizzazione dell'assistenza socio-assistenziale in diversi paesi UE. 2008

| Paese | Assistenza sanitaria a domicilio | Assistenza sociale a domicilio |
|---------------|---|--------------------------------------|
| Belgio | Governo centrale o locale | Governo locale o municipalità |
| Danimarca | Governo locale o municipalità | Governo locale o municipalità |
| Finlandia | Governo locale o municipalità | Governo locale o municipalità |
| Francia | Assicurazione socio-sanitaria e Governo locale o municipalità | Governo locale o municipalità |
| Germania | Assicurazione socio-sanitaria | Assicurazione socio-sanitaria |
| Irlanda | Governo centrale o locale | Governo centrale o locale |
| Italia | Governo centrale o locale | Governo locale o municipalità |
| Norvegia | Governo locale o municipalità | Governo locale o municipalità |
| Olanda | Assicurazione socio-sanitaria | Assicurazione socio-sanitaria |
| Portogallo | Governo centrale o locale | Governo locale o municipalità |
| Spagna | Assicurazione socio-sanitaria | Governo locale o municipalità |
| Svezia | Governo locale o municipalità | Governo locale o municipalità |
| Regno Unito | Governo centrale o locale | Governo locale o municipalità |

Fonte: elaborazione propria di dati Cergas

2.3.3 I Privati non famiglia

Oltre all'impegno degli *Informal Carers* familiari e a quello delle istituzioni e organismi pubblici (centrali e locali) esiste un terzo soggetto erogatore di servizi d'assistenza. Si tratta di quella ampia e sempre più in espansione zona della società che risponde al nome di "terzo settore": organizzazioni non-governative, onlus e no-profit, associazioni caritatevoli laiche e religiose che operano con l'ausilio di volontari.



Spesso questi soggetti – diversi fra loro per capacità d'intervento, risorse e finalità – operano in stretto contatto con le istituzioni, in un lavoro di collaborazione e integrazione dei servizi tradizionalmente offerti dalle istituzioni pubbliche. Capita anche che siano queste ultime a demandare il servizio a

⁴⁵ R. Tarricone, A.D. Tsouros (eds.), *Home Care in Europe...*, cit. p. 9 e ss.

organismi privati senza fini di lucro, chiamati a coprire le esigenze assistenziali sul territorio. Talvolta poi i soggetti appartenenti al “terzo settore” sopperiscono alla carenza del pubblico, garantendo quello che le istituzioni per inefficienza, incapacità, incuria o mancanza di risorse non riescono ad assicurare.

In questo mix pubblico-privato, dove il pubblico accredita e monitora il lavoro dei privati c'è spazio anche per imprese, questa volta, con scopo di lucro, alle quali vengono appaltati i servizi di assistenza⁴⁶.

2.4 Uno sguardo sul mondo

Prima di restringere il nostro campo d'indagine alla situazione dell'Italia e del Lazio, continuiamo a osservare come altri paesi in Europa e nel mondo affrontino la cruciale questione dell'assistenza domiciliare alle persone anziane non autosufficienti.

Secondo le stime del 2007, nell'Europa a 27 membri, ci sarebbero circa 20 milioni di persone anziane non autosufficienti.

Tabella 17. Numero di persone anziane non-autosufficienti in Europa. 2007

| Numero di persone anziane non autosufficienti | |
|---|------------------|
| 2007 | |
| Belgio | 455.000 |
| Bulgaria | 841.000 |
| Danimarca | 164.000 |
| Spagna | 1.728.000 |
| Francia | 2.263.000 |
| Italia | 2.515.000 |
| Regno Unito | 3.094.000 |
| Germania | 3.201.000 |
| Norvegia | 155.000 |
| Media Europa | - |
| UE27 | 20.705.000 |
| UE15 | 15.804.000 |
| UE12 | 4.902.000 |



Fonte: Elaborazione propria di dati EPC

La maggior parte di esse riceve assistenza direttamente nella propria abitazione e in maniera **INFORMALE**: più di 12 milioni di individui vengono quotidianamente accuditi da parenti o amici.

Sempre nell'UE a 27, più di 5,5 milioni di anziani ricevono assistenza **FORMALE** a casa, mentre quasi 3 milioni vengono assistiti in strutture residenziali gestite dalle istituzioni pubbliche.

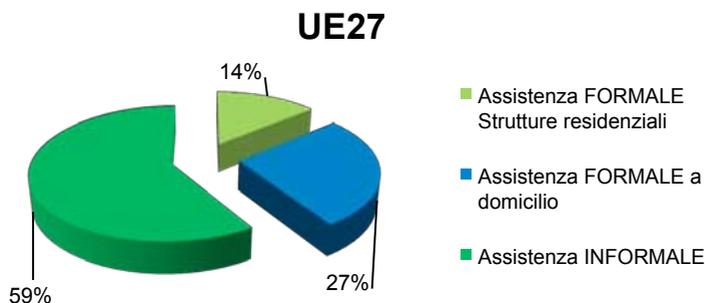
⁴⁶ AA.VV., *Long-Term Care for Older Persons. Conference organized by the Luxembourg Presidency...*, cit., p. 52 e ss.

Tabella 18. Numero di persone che ricevono assistenza formale o informale in Europa. 2007

| Anziani non autosufficienti | | di cui: | | |
|-----------------------------|------------------|--|----------------|--|
| Paese | | Anziani che ricevono Assistenza FORMALE | | Anziani che ricevono Assistenza INFORMALE |
| | | In Strutture residenziali | A domicilio | A domicilio |
| Belgio | 455.000 | 118.000 | 130.000 | 207.000 |
| Bulgaria | 841.000 | 35.000 | 62.000 | 744.000 |
| Danimarca | 164.000 | 60.000 | 111.000 | - |
| Spagna | 1.728.000 | 180.000 | 181.000 | 1.366.000 |
| Francia | 2.263.000 | 552.000 | 953.000 | 758.000 |
| Italia | 2.515.000 | 165.000 | 359.000 | 1.992.000 |
| Regno Unito | 3.094.000 | 469.000 | 883.000 | 1.741.000 |
| Germania | 3.201.000 | 561.000 | 1.028.000 | 1.612.000 |
| Norvegia | 155.000 | 41.000 | 120.000 | - |
| Media Europa | - | - | - | - |
| UE27 | 20.705.000 | 2.897.000 | 5.536.000 | 12.272.000 |
| UE15 | 15.804.000 | 2.629.000 | 4.890.000 | 8.285.000 |
| UE12 | 4.902.000 | 269.000 | 646.000 | 3.987.000 |

Fonte: Elaborazione propria di dati EPC

Grafico 9. Tipo di assistenza anziani non autosufficienti EU27. 2007



Fonte: Elaborazione propria di dati EPC

2.4.1 L'assistenza continuativa e domiciliare in alcuni paesi

Per rendere più ampia la nostra panoramica abbiamo selezionato nazioni con sistemi sanitari organizzati secondo criteri differenti.

- Paesi con un Servizio Sanitario Nazionale pubblico di carattere universalistico (come l'Italia o il Regno Unito). In questo caso, le istituzioni pubbliche nazionali o locali erogano servizi sanitari. Lo possono fare in maniera
 - diretta, fornendo i vari servizi di assistenza
 - Indiretta, appoggiandosi e acquistando i servizi di assistenza da soggetti terzi

Paesi dove vige un modello sanitario fondato su un regime di assicurazioni mediche e fondi di malattia (Germania, Stati Uniti, Giappone) contenenti diversi pacchetti servizi. In questo secondo caso il cittadino può decidere a quale schema assicurativo aderire⁴⁷.

| PAESE ⁴⁸ | Long-Term Care | ASSISTENZA A DOMICILIO |
|--|---|--|
|  <p>GERMANIA</p> <p>Abitanti: 82,1 milioni</p> <p>Persone over 65: 16.480.000</p> | <p>Circa il 90% dei tedeschi è coperto da un'assicurazione malattia. Secondo i dati del 2006 l'87,8% della popolazione usufruisce di un'assicurazione pubblica, mentre il 12,2% di una privata.</p> <p>Dal 1995 esiste un sistema di assicurazione sociale che copre anche le cure e l'assistenza continuativa sia in istituti e centri residenziali che a domicilio.</p> | <p>Quella domiciliare resta il sistema più diffuso per assistere gli anziani malati o non più autosufficienti. Dati del 2002 dicono che 1 milione 370 mila tedeschi hanno ricevuto cure e assistenza a domicilio.</p> <p>Di questi la quasi totalità (1 milione e 290 mila) era affiliata a un'assicurazione pubblica, mentre circa 80.000 erano titolari di un'assicurazione privata di cure a lungo termine.</p> <p>Agli stessi beneficiari dell'assistenza viene dato un contributo in denaro con il quale possono pagare dei <i>care givers</i> non professionali siano questi familiari, amici o altro.</p> <p>Per stimolare la concorrenza e aumentare così la qualità del servizio abbassandone i costi, la legge tedesca spinge affinché i principali erogatori di servizi appartengano alla categoria dei privati, come le associazioni senza scopo di lucro.</p> |
|  <p>NORVEGIA</p> <p>Abitanti: 4,8 milioni</p> <p>Persone over 65: 693.000</p> | <p>Long-Term Care</p> <p>La Norvegia ha un sistema sanitario pubblico a copertura universale e finanziato con le tasse. Tutti i residenti in territorio norvegese possono usufruire dei servizi del SSN.</p> <p>Benché le cure e l'assistenza continuativa siano incluse nei servizi offerti dal SSN statale, la loro gestione avviene completamente a livello locale. I costi sono quasi del tutto a carico dello Stato.</p> <p>Sono le diverse municipalità</p> <ul style="list-style-type: none"> • a decidere come organizzare questo genere d'interventi. • A fornire l'assistenza <p>Esistono tre tipi di assistenza per le persone anziane:</p> <ul style="list-style-type: none">  Case di cura residenziali  Alloggi protetti  Assistenza domiciliare | <p>Assistenza a domicilio</p> <p>Le cure a domicilio sono essenzialmente di due tipologie:</p> <ul style="list-style-type: none">  L'ausiliare familiare assicura dei servizi a domicilio ma ha anche una funzione sociale e di sostegno (portare pasti, dare consigli, piccoli lavoretti)  Cure infermieristiche specializzate fornite da professionisti. In genere sono gratuite <p>Le municipalità norvegesi hanno stabilito una serie di aiuti concreti a chi si prende carico dell'assistenza di un anziano non autosufficiente dando un contributo in denaro.</p> |

⁴⁷ S. Bartoli, G. Fattore, *Italia ed Europa, sistemi sanitari a confronto: The EU HealthBasket Project*, in E. Anessi Pessina, E. Cantù (eds.), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007.*, Milano, Egea, 2008, p. 193 e ss.

⁴⁸ Per compilare queste scheda-paese abbiamo consultato: OECD, *Les soins de longue durée pour les persone âgées...*, cit., pp. 125-155; J. Lundsgaard, *Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care...*, cit., pp. 11-20; Instituto de Mayores y Servicios Sociales, *Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2008*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009; A. Tumlinson, S. Woods, *Long-Term Care in America. An Introduction*, Washington DC, Avalere Health LLC, January 2007.

Long-Term Care

Assistenza a domicilio



REGNO UNITO

Abitanti:
61,4 milioni

Persone over 65:
9.866.000

Le prestazioni sanitarie nel Regno Unito sono erogate dal National Health Service, sistema pubblico finanziato con le imposte. I servizi offerti sono gratuiti. Anche le cure e l'assistenza continuative sono fornite dallo stesso organismo, sebbene a partire dal 1993 ciò avvenga sotto il coordinamento delle varie amministrazioni locali.

Partecipano a questo genere di servizi anche soggetti privati che agiscono per conto e sotto contratto del settore pubblico.

Il finanziamento avviene tramite:

- Sovvenzione/Contributo del governo centrale in base alle esigenze della società locale
- Tasse locali/regionali
- Contributi e integrazioni degli utilizzatori alle spese sono calcolate in dipendenza del reddito e del patrimonio

Quest'ultima regola è valida tanto per quanto concerne l'assistenza in strutture residenziali per anziani come per i servizi a domicilio.

I potenziali beneficiari possono o utilizzare i servizi offerti dall'amministrazione locale o rivolgersi ai privati.

Anche nel Regno Unito la tendenza è quella di potenziare e incentivare l'assistenza domiciliare. La legge prevede che le amministrazioni locali diano possibilità di scelta al futuro assistito. Costui, grazie a un contributo in denaro, potrà decidere di organizzare secondo le proprie esigenze l'assistenza a domicilio.

Analogamente lo Stato contribuisce e sostiene lo sforzo di familiari o persone amiche impegnate nell'assistenza a un anziano non autosufficiente. Si tratta di un contributo in denaro chiamato *Carer's Allowance*.

Per contenere la spesa, l'intervento pubblico è mirato essenzialmente all'assistenza di quei soggetti anziani completamente non autosufficienti. Per ottenere la sovvenzione è necessario:

- Avere un reddito modesto
- Prestare assistenza per almeno 35 ore settimanali a una persona che già rientra nei programmi di *Home Care* per individui non autosufficienti.

Long-Term Care

Assistenza a domicilio



SPAGNA

Abitanti:
45,2 milioni

Persone over 65:
7.520.000

Il Servicio Nacional de Salud garantisce prestazioni sanitarie gratuite a quasi il 100% della popolazione.

La gestione è fortemente decentralizzata, conseguenza dell'ampia autonomia politica e fiscale che caratterizza le diverse regioni spagnole.

Sono le Comunità Autonome (regioni) e i loro organismi locali (municipalità) a gestire i servizi di cura e assistenza domiciliare a lungo termine.

Se le cure sono quasi tutte gratuite, gli aiuti alle famiglie variano molto a seconda:

- a) della Comunità in cui si risiede
- b) delle risorse a disposizione
- c) delle politiche sociali adottate in quella determinata regione.

L'assistenza a lungo termine prevede:

- servizi e centri pubblici e privati di assistenza diurna
- Servizi e centri pubblici e privati di assistenza residenziale
- Servizi di assistenza a domicilio finanziati da istituzioni pubbliche

Tratto comune è l'alta percentuale di assistenza domiciliare fornita da membri della rete familiare.

Circa il 70% delle persone anziane non autosufficienti è assistita e curata da parenti; l'11% si rivolge a persone esterne alla famiglia, mentre solamente il 4% riceve un aiuto professionale da un'istituzione pubblica.

Secondo dati del 2008, sono stati più di 750 mila gli anziani che hanno ricevuto assistenza pubblica a domicilio. Di questi, 358.000 hanno usufruito dei servizi a domicilio del SAD (Servicio de Asistencia a Domicilio), mentre gli altri 395.000 dei servizi di teleassistenza.

Il finanziamento avviene secondo il principio di corresponsabilità: al denaro pubblico si aggiunge quello dell'utente, in una proporzione che varia a seconda del servizio ricevuto, delle condizioni economiche e della comunità autonoma in cui ci si trova.



GIAPPONE

Abitanti:

127 milioni

Persone over 65:

27.500.000

La sanità in Giappone si basa su un sistema di assicurazioni sociali obbligatorie che coprono i principali rischi, anche quelli legati all'invecchiamento e alla non autosufficienza.

In particolare dal 2000 esiste un'Assicurazione per l'assistenza a lungo termine di cui sono beneficiari gli over 65 colpiti da disabilità. I servizi compresi riguardano l'assistenza:

-  In strutture residenziali
-  A domicilio

Anche in questo caso siamo di fronte a un fenomeno di decentralizzazione.

A gestire questo tipo di sistema assicurativo ci pensano le Municipalità con il supporto delle Prefetture (anche se nell'ambito della legislazione emanata dal governo centrale).

Sono le autorità municipali insieme a chi dovrà fornire l'assistenza a decidere a quale livello (ce ne sono 6) e a quali tipi di servizi assistenziali un anziano potrà accedere.

Il finanziamento avviene attraverso la fiscalità generale e attraverso le quote versate dagli stessi anziani (con una piccola parte della propria pensione).

Lo Stato, attraverso le Municipalità, versa un contributo in denaro a quelle famiglie che si occupano dell'assistenza a un parente anziano. I criteri per ricevere la sovvenzione sono:

-  Aver iniziato l'opera di assistenza da almeno un anno
-  Seria forma di non autosufficienza
-  Non aver fatto ricorso ai servizi pubblici finanziati dalle assicurazioni

Questo sistema di assicurazione per l'assistenza continuativa ha ridotto di molto il numero e la durata delle ospedalizzazioni di persone anziane: prima del 2000 molti anziani che oggi vengono assistiti in ricoveri, strutture residenziali o a domicilio, ricevevano cure a lungo termine all'interno dell'ospedale.

Resta comunque il problema della sostenibilità di un sistema che deve fronteggiare una popolazione sempre più vecchia e con un'aspettativa di vita media alla nascita più alta del mondo.

Long-Term Care



AUSTRALIA

Abitanti:

21,6 milioni

Persone over 65:

2.600.000 (2004)

Se il governo centrale si occupa del welfare, i governi federali decidono le politiche sulla sanità.

Entrambi dunque sono implicati nell'organizzazione e gestione delle cure a lungo termine.

Il governo finanzia gli ACAT (*Aged Care Assessment Teams*), gruppi di esperti chiamati a valutare i tipi di servizi di LTC più appropriati e necessari alle esigenze dei diversi pazienti.

L'assistenza continuativa prevede:

- Il ricovero in strutture residenziali
- L'assistenza a domicilio

Assistenza a domicilio

Esistono tre diversi programmi:

■ *Home and Community Care Programme (HACC)*

Per le persone anziani non più autosufficienti. È cofinanziato dal governo centrale e da quelli federali. Si tratta di servizi alla persona e aiuti concreti (come sbrigare faccende quotidiane come cucinare, pulire, cure personali etc).

■ *Community Aged Care Packages (CACP)*

Si rivolgono a persone non autonome che necessitano di cure complesse. Con questo programma si tende a lasciare nelle proprie abitazioni persone che altrimenti sarebbero dovute entrare in strutture residenziali. Nella scelta, in questo caso, interviene un ACAT

■ *Extended Aged Care at Home Packages*

Questo programma è concepito per persone che necessitano di un aiuto ancora più importante di quello fornito nel CACP.

Il finanziamento prevede il grosso contributo statale/federale più l'apporto dell'utente, in base al tipo di servizio ottenuto e al reddito.

Il governo nazionale, nell'intento di favorire l'assistenza domiciliare, assegna contributi e concede agevolazioni a coloro che si prendono cura di una persona anziana non autosufficiente.

Lo fa utilizzando questi strumenti :

- *Carer Payment* assicura delle risorse a coloro che, assistendo una persona non autosufficiente, non riescono a svolgere un'attività remunerativa
- *Carer Allowance* è un contributo per quelle persone che assistono quotidianamente una persona non più autosufficiente
- *National Respite for Carers Programme* serve per dare un momentaneo sollievo a quelle persone (parenti o amici) che si prodigano in un'assistenza continuativa a un individuo non più indipendente. Il programma prevede un breve soggiorno dell'assistito in strutture residenziali. Oltre al temporaneo riposo, operatori professionisti danno consigli utili ai familiari per rendere meno difficile il compito di assistenza
- *Residential Respite* simile al precedente, prevede sempre un breve soggiorno dell'assistito in strutture residenziali. Serve per venire incontro a chi assiste, nel caso in cui quest'ultimo abbia problemi di salute, problemi sul lavoro. Lo scopo è togliere un po' di pressione e stress a chi si deve quotidianamente occupare dell'assistenza a una persona non autosufficiente

Long-Term Care

Assistenza a domicilio



STATI UNITI

Abitanti:

304 milioni

Persone over 65:

38.500.000

Il sistema americano, nel suo insieme basato sulle assicurazioni private, prevede due programmi pubblici finanziati dal governo federale e dai diversi Stati che compongono l'Unione.

■ **MEDICARE:** sono incluse solamente le cure ospedaliere agli anziani per patologie acute. Non sono comprese le cure continuative né in ricoveri né a domicilio

■ **MEDICAID:** è un programma di aiuto sociale per chi non ha le possibilità finanziarie per pagarsi l'assistenza a lungo termine.

L'assistenza può avvenire

- In strutture residenziali e case di cura
- A domicilio

MEDICAID è soprattutto rivolto a persone (non solamente anziani) con redditi molto bassi. Nel 2004 il 32% del totale delle spese di MEDICAID (89 miliardi di \$) è servito per pagare cure a lungo termine, mentre il 16% (46 miliardi di \$) è servito per cure infermieristiche a domicilio.

Le ASSICURAZIONI PRIVATE

Rispetto all'importanza dei programmi governativi e alle spese dei privati, l'assicurazione privata gioca un ruolo marginale nel finanziamento delle LTC, coprendo non più del 10% delle spese totali. Per quanto riguarda i prezzi variano moltissimo secondo l'età dell'assistito, dei servizi offerti, dalla copertura giornaliera, dal periodo di utilizzo etc.

Nel 2002 i prezzi erano 1.134 \$ per una persona di 50 anni, 2.346 \$ per una di 65 e 7.572 \$ per una di 79 anni.

A occuparsi dell'assistenza a domicilio è preposto il programma *Home and Community-Based Waiver*. Tra i servizi offerti ci sono: aiuto nelle attività di base, nella gestione domestica, sollievo a familiari etc.

Secondo i dati del 2004 gli USA hanno speso circa 185 miliardi \$ per cure a lungo termine; di questa cifra, circa la metà (49%) era stata finanziata da MEDICAID.

MEDICARE aveva partecipato per un 19% mentre i privati per un altro 19%.

Come accade in altri paesi, anche negli Stati Uniti si tende a privilegiare e favorire l'assistenza domiciliare, dov'è possibile erogata da familiari.

La stragrande maggioranza di persone non autosufficienti ricevono l'assistenza da parte di parenti o amici non retribuiti. Metà della popolazione (47%) con necessità di LTC riceve assistenza INFORMALE.

L'84% dell'assistenza INFORMALE proviene dall'opera di figli/coniugi.

Il Congressional Budget Office (CBO) ha stimato che nel 2004 il valore economico dell'assistenza INFORMALE non retribuita ha superato i 200 miliardi \$.

Solamente una piccola parte di coloro che hanno bisogno di assistenza continuativa la riceve da operatori retribuiti. Tra questi ci sono soprattutto individui con gravi forme di non autosufficienza.



MESSICO

Abitanti:

111 milioni

Persone over 65:

6.700.000

In Messico l'accesso alle cure e all'assistenza non è il medesimo per tutta la popolazione:

- Esiste un sistema di sicurezza sociale destinato a chi ha un'attività ufficiale e alle persone a loro carico (circa metà della popolazione)
- Esiste il Ministero della Salute che dà assistenza sanitaria a chi non rientra nella prima categoria e a chi non può permettersi una copertura assicurativa.
- Ci sono i privati che erogano servizi a pagamento.

Sono essenzialmente gli ospedali e i centri di lunga degenza i luoghi in cui vengono erogate le cure a lungo termine. Questo almeno per chi ha una copertura assicurativa (anche se il numero di questi centri è davvero limitato). Per coloro che ne sono sprovvisti, l'ospedale si limiterà a curare solamente la fase acuta della malattia.

La gran parte dell'assistenza avviene – necessariamente – a domicilio e attraverso le cure prestate da parenti. Un fenomeno facilitato anche dal fatto che, al contrario di quanto avviene nei paesi più sviluppati, solamente una minima percentuale di messicani over 60 vive da solo (secondo dati del 1994, circa il 7%) e dal fatto che la maggior parte è interamente a carico di figli o parenti, non percependo nessun tipo di pensione.

Nel 2002 il governo messicano ha iniziato un vasto programma in favore degli anziani, pubblicando la *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores* e creando l'Istituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam). Gli obiettivi dichiarati sono proteggere, assistere, aiutare e orientare le persone anziane, sviluppando fra le altre cose un'adeguata assistenza medica.

2.5 I costi dei servizi di assistenza continuativa a domicilio

Organizzare dei validi ed efficienti programmi di *LTC* e *Home Care* non è sufficiente. L'altra grande sfida che i governi devono affrontare e risolvere riguarda il problema dei costi di questi servizi e la questione del loro peso sulla spesa pubblica.

Obiettivo comune a tutti i paesi – sviluppati e in via di sviluppo – è pertanto quello di giungere a una soluzione di equilibrio che riesca a garantire tanto le ragioni dell'assistenza come quelle del bilancio, individuando una formula in grado di armonizzare sostenibilità finanziaria con servizi quanto più possibile adeguati a una domanda in costante crescita.



Insomma, una soluzione che:

- ▶ permetta di controllare le spese
- ▶ eviti di aumentare la tassazione diretta e indiretta sui contribuenti e utilizzatori
- ▶ riesca a ricollocare le risorse già presenti in maniera più proficua

Tutto questo però senza:

- ▶ operare troppi tagli sui servizi forniti, ma anzi potenziando già quelli che attualmente funzionano e creandone altri nuovi

Tra i meccanismi più usati abbiamo:

- Togliere e ridimensionare alcuni servizi di assistenza domiciliare un tempo finanziati con soldi pubblici
- Fornire voucher socio-sanitari, agevolazioni fiscali, contributi in denaro, assegni con i quali pagare le prestazioni assistenziali
- Sostenere con gli stessi strumenti le famiglie che assistono un parente non autosufficiente a casa
- Sostenere finanziariamente con contributi mirati quelle associazioni, enti e fondazioni onlus e no-profit e di volontariato che si prodigano in questo genere di servizi, supplendo, coadiuvando e integrando l'azione degli enti pubblici

Queste misure non alleggeriscono – come abbiamo già evidenziato – solamente il gravoso compito delle famiglie, ma servono per rendere meno rigida, più tempestiva e più mirata – oltre che meno onerosa – la risposta del servizio pubblico al problema dell'assistenza domiciliare.



I futuri costi
dell'assistenza
continuativa
domiciliare: il
problema della
sostenibilità

Ma quanto ci costa e ci costerà un programma di assistenza continuativa in strutture residenziali e a domicilio? Quanto peserà sul bilancio degli Stati?

Allo stato attuale, purtroppo, è impossibile dare risposte precise e definitive: troppe incognite e un lasso di tempo troppo lungo da esaminare non permettono di leggere con chiarezza come sarà il futuro. Tuttavia considerando alcune variabili, è possibile formulare delle ipotesi e far delle previsioni abbastanza plausibili che riescano almeno a darci un'idea, un'indicazione, un'anticipazione riguardo ai probabili costi delle LTC nei prossimi decenni.

I problemi più importanti da risolvere riguarderanno soprattutto la fascia degli *oldest-old*, cioè di quelle persone sopra gli 80 anni, più esposte rispetto alle classi di età precedenti al rischio di trovarsi in condizione di disabilità/non autosufficienza.

A immaginare il futuro ci hanno provato alcuni studi promossi da organismi ufficiali dell'Unione Europea⁴⁹, elaborando differenti scenari a seconda degli elementi presi in considerazione.

Si tratta di proiezioni di spesa e ipotesi di sostenibilità. Pensiamo sia utile visionarne almeno 4⁵⁰.

⁴⁹ Come *Economic Policy Committee (EPC) e Ageing Working Group (AWG)*.

⁵⁰ I dati sono presentati nel documento *European Commission, 2009 Ageing Report: Economic and Budgetary...*, cit., pp. 144-154.

Il primo scenario

prende in considerazione l'impatto che potrà avere la crescita demografica sulla spesa pubblica⁵¹. In questo caso il tasso di disabilità secondo l'età rimane costante ai livelli di oggi e cresce con lo stesso ritmo del totale della popolazione anziana. Inoltre l'aumento dell'aspettativa di vita media alla nascita (la longevità) non sarà seguito da un abbassamento dell'Indice di Dipendenza o di Disabilità degli over 80.

Ovvero fra cinquanta anni, ci sarà lo stesso tasso di non auto sufficienza ma con due sostanziali differenze – e aggravanti – che quegli anziani saranno in numero maggiore rispetto all'oggi e che avranno davanti a loro più anni da vivere.

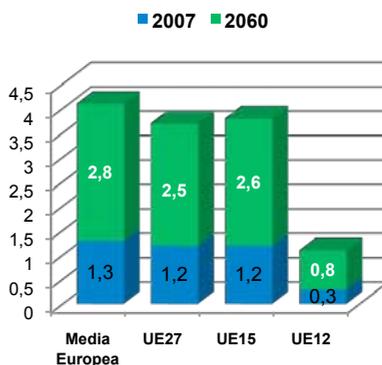
Si tratta, come si può intuire, di una previsione **pessimistica**

Seguendo questa prospettiva, le spese pubbliche per le LTC aumenterebbero in maniera esponenziale. L'incremento medio europeo nel periodo considerato 2007-2060 sarebbe addirittura di 115% di punti sul PIL, con punte di oltre 200 punti in Romania e superiori a 150 in moltissimi altri Stati. In Italia l'incremento sarebbe pari all'86%.

Tabella 19 e Grafico 10. Scenario demografico "puro". Aumento della spesa pubblica LTC. 2007-2060

| Paese | Livello | | Aumento | |
|---------------|------------|----------------|-----------|------------|
| | 2007 | % punti di PIL | % | 2060 |
| Belgio | 1,5 | 1,6 | 105 | 3,0 |
| Bulgaria | 0,2 | 0,2 | 115 | 0,4 |
| Danimarca | 1,7 | 1,7 | 98 | 3,5 |
| Spagna | 0,5 | 0,9 | 176 | 1,5 |
| Francia | 1,4 | 0,9 | 64 | 2,3 |
| Italia | 1,7 | 1,4 | 86 | 3,1 |
| Regno Unito | 0,8 | 0,5 | 66 | 1,4 |
| Germania | 0,9 | 1,5 | 165 | 2,5 |
| Norvegia | 2,2 | 2,9 | 135 | 5,1 |
| Media Europa | 1,3 | 1,5 | 115 | 2,8 |
| UE27 | 1,2 | 1,3 | 103 | 2,5 |
| UE15 | 1,2 | 1,3 | 102 | 2,6 |
| UE12 | 0,3 | 0,5 | 161 | 0,8 |

Fonte: elaborazione propria di dati EPC



Se nel 2007, nell'Europa a 27 membri, le persone anziane non autosufficienti erano calcolate in circa 20 milioni 705 mila, nel 2060 si stima che questa cifra possa più che raddoppiare, passando a oltre 44 milioni.

⁵¹ Pure Demographic Scenario.

Tabella 20. Numero di persone non autosufficienti (Scenario demografico “puro”). 2007 e 2060

| Numero di persone anziane non autosufficienti | | |
|--|------------------|------------------|
| | 2007 | 2060 |
| Belgio | 455.000 | 978.000 |
| Bulgaria | 841.000 | 1.207.000 |
| Danimarca | 164.000 | 362.000 |
| Spagna | 1.728.000 | 4.721.000 |
| Francia | 2.263.000 | 4.833.000 |
| Italia | 2.515.000 | 5.092.000 |
| Regno Unito | 3.094.000 | 6.465.000 |
| Germania | 3.201.000 | 6.036.000 |
| Norvegia | 155.000 | 385.000 |
| Media Europa | - | - |
| UE27 | 20.705.000 | 44.473.400 |
| UE15 | 15.804.000 | 33.985.200 |
| UE12 | 4.902.000 | 10.488.200 |

Fonte: Elaborazione propria di dati EPC

Il secondo scenario

invece, prevede un miglioramento dell'indice di disabilità/non autosufficienza fra gli anziani. A fronte di un aumento tanto del numero di individui over 65 anni come della loro longevità, sarebbe minore il bisogno di assistenza domiciliare.

Insomma più persone anziane, ma meno dipendenti.

Si ipotizza una riduzione della disabilità/non autosufficienza fra gli anziani dei decenni futuri sia pensando in prospettiva ai progressi della scienza medica, sia prendendo in considerazione *trend* positivi già osservati in alcuni paesi sviluppati. Accade, per esempio, che in Italia, Stati Uniti, Danimarca, Finlandia e Olanda i dati del recente passato mostrino una progressiva riduzione del tasso di disabilità/non autosufficienza fra la popolazione anziana.

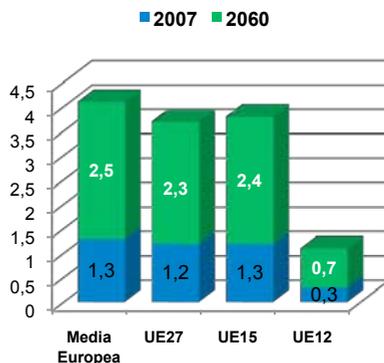
Questa previsione sarebbe positiva anche per la sostenibilità dei servizi pubblici di LTC. La diminuzione dei possibili fruitori porterebbe a una conseguente contrazione della domanda. E non solamente. Avere anziani autosufficienti significherebbe anche il poter contare su potenziali *care givers*, su assistenti informali in grado di prendersi cura dei loro coetanei (come coniuge/compagno o fratello/sorella).

In questo caso si aprono prospettive **ottimistiche**

Tuttavia non si tratta che di un'ipotesi, visto che il quadro è ancora ben lontano dall'essere consolidato e omogeneo. Infatti, se in certi paesi le cifre fanno ben sperare, questo non significa che la situazione sia ovunque la stessa. In alcuni paesi non si registra nessun tipo di variazione rispetto al passato (Australia), in altri i dati sono ancora troppo contraddittori per dare un giudizio più fermo (Regno Unito e Francia), mentre in altri ancora si può addirittura parlare di peggioramento (Giappone o diversi Stati europei).

Tabella 21 e Grafico 11. “Constant Disability” Scenario. Spesa pubblica LTC. 2007-2060

| Paese | Livello | | Aumento | | Livello |
|---------------|------------|----------------|-----------|------------|---------|
| | 2007 | % punti di PIL | % | 2060 | |
| Belgio | 1,5 | 1,2 | 81 | 2,7 | |
| Bulgaria | 0,2 | 0,2 | 112 | 0,4 | |
| Danimarca | 1,7 | 1,3 | 74 | 3,0 | |
| Spagna | 0,5 | 0,8 | 155 | 1,3 | |
| Francia | 1,4 | 0,7 | 52 | 2,1 | |
| Italia | 1,7 | 1,1 | 69 | 2,8 | |
| Regno Unito | 0,8 | 0,4 | 54 | 1,3 | |
| Germania | 0,9 | 1,3 | 141 | 2,2 | |
| Norvegia | 2,2 | 2,5 | 118 | 4,7 | |
| Media Europa | 1,3 | 1,2 | 95 | 2,5 | |
| UE27 | 1,2 | 1,0 | 85 | 2,3 | |
| UE15 | 1,3 | 1,1 | 84 | 2,4 | |
| UE12 | 0,3 | 0,4 | 144 | 0,7 | |



Fonte: Elaborazione propria di dati EPC

In base a questo secondo scenario, si calcola che nel 2060, nell’Europa a 27 membri, le persone non autosufficienti saranno 39 milioni 331 mila.

Tabella 22. Numero di persone non autosufficienti (Constant Disability Scenario). 2007 e 2060

| Numero di persone anziane non autosufficienti | | |
|---|------------------|------------------|
| | 2007 | 2060 |
| Belgio | 455.000 | 866.000 |
| Bulgaria | 841.000 | 1.184.000 |
| Danimarca | 164.000 | 312.000 |
| Spagna | 1.728.000 | 4.086.000 |
| Francia | 2.263.000 | 4.250.000 |
| Italia | 2.515.000 | 4.407.000 |
| Regno Unito | 3.094.000 | 5.847.000 |
| Germania | 3.201.000 | 5.190.000 |
| Norvegia | 155.000 | 348.000 |
| Media Europa | - | - |
| UE27 | 20.705.000 | 39.331.000 |
| UE15 | 15.804.000 | 29.793.000 |
| UE12 | 4.902.000 | 9.537.000 |

Fonte: Elaborazione propria di dati EPC

Il terzo scenario

prevede che le Istituzioni Pubbliche puntino su un modello di assistenza in STRUTTURE RESIDENZIALI, su un modello A DOMICILIO o su tutti e due i modelli⁵².

Le ipotesi sono:

- Un passaggio da un modello di assistenza prevalentemente informale a uno istituzionale/formale: tutti i nuovi beneficiari si spostano verso le istituzioni (l'assistenza domiciliare non è più prevista)
- Un passaggio da un modello informale a uno dove è prevista solamente l'assistenza domiciliare formale
- Metà dei beneficiari si dirigono verso l'assistenza domiciliare, l'altra metà verso quella fornita nelle strutture residenziali

Guardando il costo per unità, notiamo che quello relativo all'assistenza in strutture residenziali è più elevato di quella a domicilio.

Al secondo posto per costo, il sistema che prevede un 50 per cento di assistenza a domicilio e l'altro 50 in strutture residenziali.

Più conveniente è quello che ipotizza l'esistenza della sola assistenza a domicilio.

Tabella 23. Passaggio da assistenza Formale a Informale. 2007-2060

| Paese | Assistenza a domicilio | Mix tra Assistenza a domicilio e Strutt. Resid. | Strutture residenziali |
|---------------|------------------------|---|------------------------|
| | | <i>% punti di PIL</i> | |
| Belgio | 1,8 | 2,0 | 2,2 |
| Bulgaria | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| Danimarca | 2,1 | 1,9 | 1,7 |
| Spagna | 1,0 | 1,5 | 2,8 |
| Francia | 1,0 | 1,1 | 1,3 |
| Italia | 1,9 | 2,2 | 2,5 |
| Regno Unito | 0,6 | 0,6 | 0,6 |
| Germania | 1,7 | 1,8 | 2,0 |
| Norvegia | 3,0 | 3,4 | 3,9 |
| Media Europa | 1,7 | 1,9 | 2,3 |
| UE27 | 1,4 | 1,6 | 1,9 |
| UE15 | 1,5 | 1,7 | 1,9 |
| UE12 | 0,6 | 0,6 | 0,6 |

Fonte: Elaborazione propria di dati EPC

⁵² In particolare, questo test di sensibilità esamina l'impatto sul bilancio di uno spostamento annuo nel settore formale della cura dell'1 % degli anziani disabili che hanno finora ricevuto un'assistenza solo informale. Questo spostamento avviene durante i primi dieci anni del periodo di proiezione.

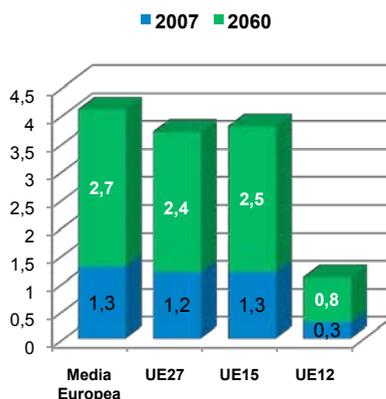
Il quarto scenario

si basa sulle proiezioni realizzate dall'Ageing Work Group Populations and Sustainability (AWG), gruppo di ricerca legato al Economic Policy Committee dell'UE. In questo caso, invece, si è cercato di armonizzare e combinare insieme diverse variabili come l'aumento del numero degli anziani, il tasso di disabilità/non autosufficienza e la prevista maggiore longevità⁵³.

Tabella 24 e Grafico 12. Scenario AWG. 2007-2060

| Paese | Livello | Aumento | | Livello |
|---------------|------------|------------|-----------|------------|
| | 2007 | 2007-2060 | % | 2060 |
| | | % punti | | |
| | | di PIL | | |
| Belgio | 1,5 | 1,4 | 93 | 2,9 |
| Bulgaria | 0,2 | 0,2 | 114 | 0,4 |
| Danimarca | 1,7 | 1,5 | 86 | 3,2 |
| Spagna | 0,5 | 0,9 | 166 | 1,4 |
| Francia | 1,4 | 0,8 | 58 | 2,2 |
| Italia | 1,7 | 1,3 | 77 | 3,0 |
| Regno Unito | 0,8 | 0,5 | 60 | 1,3 |
| Germania | 0,9 | 1,4 | 153 | 2,4 |
| Norvegia | 2,2 | 2,7 | 127 | 4,9 |
| Media | 1,3 | 1,4 | 105 | 2,7 |
| Europa | | | | |
| UE27 | 1,2 | 1,1 | 94 | 2,4 |
| UE15 | 1,3 | 1,2 | 93 | 2,5 |
| UE12 | 0,3 | 0,5 | 152 | 0,8 |

Fonte: Elaborazione propria di dati EPC



Da queste proiezioni emergono almeno due elementi:

- Che la crescita o riduzione della spesa pubblica per l'assistenza continuativa dipenderà dall'aumento o diminuzione degli anni di vita in condizioni di autosufficienza o non autosufficienza
- Che le spese per l'assistenza pubblica a domicilio sono generalmente meno alte di quelle nelle strutture pubbliche.

⁵³ Inoltre l'unità di costo è legata al PIL per lavoratore in caso di servizi di LTC e al PIL pro capite nel caso di benefit in denaro.

3.
L'ASSISTENZA
CONTINUATIVA
E DOMICILIARE
IN ITALIA

3.1 Introduzione: le LTC in Italia

Dopo aver inquadrato il settore LTC nel suo insieme e aver esaminato ciò che accade fuori dai confini nazionali è arrivato il momento di restringere il campo d'osservazione alla sola Italia. Scopo di questa terza parte è mostrare come viene affrontata e trattata la questione delle LTC e dell'*Home Care* nel nostro paese e quali risposte le istituzioni pubbliche danno per soddisfare le richieste di assistenza delle persone non autosufficienti, con un'attenzione particolare a quelle over 65.

3.1.1 Il lungo cammino verso un sistema di LTC e Home Care

In Italia la realizzazione di veri e propri sistemi assistenziali pubblici di lunga durata e a domicilio destinati alle persone non autosufficienti (anziani compresi) risale ai primi anni Novanta ed è, dunque, relativamente recente. Se ne volessimo trovare le origini dovremmo, invece, risalire all'inizio degli anni Settanta.

Fu grazie alla riorganizzazione del territorio, al decentramento amministrativo, nato con l'istituzione delle Regioni e al lento ma progressivo trasferimento di competenze alle realtà locali (Regioni, Province e Comuni) che ci s'incominciò a preoccupare dei bisogni concreti delle popolazioni residenti, tra cui quella di assistenza agli individui non autosufficienti.

A quell'epoca però l'azione di supporto agli anziani fragili e con perdita di autonomia si mescolava

Negli anni Novanta si è incominciato a pensare seriamente alla realizzazione di politiche per LTC e Home Care

a quelle destinate ai disabili, alle persone a rischio di emarginazione e alle famiglie in difficoltà. Si trattava di azioni isolate, sporadiche e di esperienze limitate e circoscritte nel tempo e nello spazio.

Decentramento amministrativo, trasferimenti di competenze e presa di consapevolezza della necessità di realizzare servizi mirati alle esigenze di certi settori della

popolazione erano gli elementi di questo rilevante processo di cambiamento. Un processo purtroppo molto lento e che di frequente ha seguito strade tortuose, soffrendo anche lunghe interruzioni.

Alla riforma del welfare e alla nascita del SSN (1978) non fecero seguito una seria riforma e una profonda riorganizzazione dei servizi sociali e assistenziali a livello nazionale. Considerando la mancanza di direttive dal governo centrale, tutto ciò che successe, si verificò a livello locale, grazie all'iniziativa delle singole Regioni.

Un'importante misura presa a livello nazionale fu l'istituzione dell'Indennità di accompagnamento. Previsto dalla Legge 28 del 1980, non è altro che un contributo economico riservato agli invalidi civili versato dall'istituto di previdenza sociale INPS.

Durante gli anni Novanta, oltre al varo di importanti Riforme del SSN (Leggi 502/1992 e 517/1993), si videro i primi decisi passi verso l'elaborazione di programmi di assistenza specificatamente destinati agli anziani. Una prima risposta fu la stesura del Progetto Obiettivo Anziani, nel 1992. Scopo del Progetto era dare le linee guida necessarie a "definire modalità per individuare i bisogni degli anziani, di fornire indicazioni per rispondere ai bisogni individuati nel quadro delle risorse finanziarie disponibili e per promuovere e facilitare a livello locale l'integrazione dei servizi socio assistenziali e sanitari". L'idea di sviluppare interventi finalizzati, efficaci e omogenei a favore degli over 65 – con particolare attenzione a quelli

La Legge 328/2000 sulla riforma dei servizi sociali: 110 anni dopo quella voluta dal governo Crispi nel 1890

non più autosufficienti – passava attraverso: a) l’istituzione di Unità di Valutazione Geriatrica (UVG); b) l’attivazione o potenziamento dei servizi di Assistenza Domiciliare (di tipo sanitario e socio-assistenziale) e c) interventi di carattere generale per gli anziani ultrasessantacinquenni come promuovere, a livello nazionale e regionale, misure in favore della permanenza degli anziani in famiglia, come l’adozione di sistemi nazionali uniformi per la valutazione del grado di autosufficienza degli anziani o come la creazione di reti di servizi tra loro fortemente integrati, afferenti al sistema sanitario e a quello socio-assistenziale, in grado di assumere, anche mediante l’uso delle più moderne tecnologie, la responsabilità di gestire i problemi dell’anziano fragile, sotto il coordinamento delle unità di valutazione geriatrica.

Intanto, in mancanza di una legge nazionale, le Regioni e gli enti locali divennero soggetti sempre più protagonisti nell’organizzazione e realizzazione di politiche assistenziali.

Infatti, solamente pochi anni fa, nel 2000, venne varata la Legge quadro 328 sull’assistenza. Il fatto che prima di questa legge, il settore assistenziale fosse ancora modellato intorno alle indicazioni contenute in un provvedimento voluto nel 1890 dal governo Crispi, dà l’idea della portata storica dell’evento. Ma non solamente. Dà anche l’idea del ritardo con il quale il legislatore è intervenuto per disciplinare un settore di così grande importanza.

I principi ispiratori della legge possono venire così riassunti:

- principio di universalità delle prestazioni;
- principio di sussidiarietà;
- configurazione di un sistema di servizi a rete;
- articolazione dei rapporti Stato-Regioni-Enti locali e centralità dell’Ente locale;
- riordino delle IPAB.

Tra gli interventi considerati “prioritari” dalla legge 328/2000 c’è proprio il sostegno alle persone non autosufficienti attraverso servizi domiciliari.

A seguito del varo della legge, una misura concreta, seppur di entità limitata, è stata l’istituzione di un programma di finanziamento triennale, il Fondo per le Non Autosufficienze (2006).

Nel frattempo, l’avanzamento del processo di decentralizzazione e la maggior libertà legislativa ha portato alcune Regioni a emanare proprie leggi in materia socio-assistenziale.

3.2 Caratteri delle LTC in Italia

In linea con quanto accade in Europa e nel mondo, anche in Italia la risposta alla sfida socio-sanitaria che il futuro ci pone di fronte – in termini di efficacia, adeguatezza e sostenibilità economica dei servizi offerti – passa attraverso due concetti: quello di territorialità e quello di domiciliarietà. Di cui il secondo è una specificazione del primo.

Gli interventi a titolarità pubblica vengono realizzati tanto a livello nazionale come a livello locale. E sono proprio le diverse istituzioni locali operanti sul territorio – anche grazie alle riforme in senso federale di questi ultimi anni – i soggetti più impegnati nell’organizzazione, programmazione, gestione di quella rete di interventi necessari alla piena assistenza della popolazione anziana (che sappiamo sempre più numerosa) e, in particolare, di quei soggetti più vecchi e fragili come i malati cronici e coloro che hanno perduto l’autosufficienza.

Il sempre maggior peso dell'elemento "territoriale" nell'ambito dell'assistenza sanitaria è confermato da quanto emerge da uno studio promosso dalla FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie Ospedaliere) e dall'Università Bocconi-CERGAS. L'analisi di 13 ASL di 11 diverse Regioni italiane evidenzia come le politiche sanitarie puntino, per certe tipologie d'intervento (su anziani, malati cronici e non autosufficienti), sempre meno sul ricovero in strutture ospedaliere e sempre più su soluzioni alternative.

Oramai, nei bilanci delle ASL, le voci di spesa relative ai servizi territoriali incidono più di quelle ospedaliere, rispettivamente con un 55% circa contro un 40% circa.

Nonostante la situazione sia tutt'altro che omogenea, visti i forti squilibri esistenti fra le diverse Regioni italiane prese in esame, i servizi territoriali, nel periodo 2003-2006 sono aumentati rispetto a quelli ospedalieri. Per la specialistica ambulatoriale si è registrato un +6%, per le dipendenze un +18%, per le strutture intermedie per anziani +4%, per le cure per i disabili +9% e per la riabilitazione e la lungodegenza un +5%. **L'assistenza domiciliare è cresciuta del +7%**⁵⁴.

Le Regioni,
le Province e i
Comuni italiani
giocano un ruolo
di primo piano
nell'erogazione di
servizi di assistenza
alle persone anziane
non autosufficienti

Con una popolazione sempre più vecchia, l'obiettivo primario è quello di permettere al maggior numero di individui di ricevere l'assistenza che necessitano direttamente a casa propria.

L'assistenza domiciliare si afferma come la soluzione più di frequente presa in considerazione perché consente di:

- "togliere" definitivamente agli ospedali – a differenza di quanto accadeva in passato – il compito improprio di erogatori di LTC
- diventare una valida alternativa alla soluzione residenziale o semi-residenziale (case di riposo)
- pesare decisamente meno sulla spesa pubblica, che in materia sanitaria sappiamo già gravata da debiti e deficit anche molto alti

Va da sé che per ottenere dei risultati soddisfacenti in termini di assistenza/servizi e di oculata gestione delle risorse economiche è necessario che le istituzioni pubbliche (regionali o locali) si impegnino nella conoscenza approfondita del territorio.

Solamente sapendo con precisione le esigenze e le necessità di chi lo abita (nel nostro caso anziani non autosufficienti e rispettive famiglie) è possibile evitare sprechi di risorse e garantire un'assistenza davvero efficace.

Conoscenza delle esigenze
degli abitanti del territorio



Coordinamento tra istituzioni ed
organismi erogatori dei servizi

Assistenza adeguata, mirata e senza sprechi

⁵⁴ FIASO-CERGAS, *Un modello per il governo del territorio delle aziende sanitarie. Risultati dal Laboratorio di ricerca*, Milano, Economia Sanitaria, 2008.

Tuttavia per raggiungere risultati davvero positivi e per poter funzionare al meglio, il sistema italiano di LTC dovrebbe cancellare o almeno correggere alcuni suoi difetti come:

L'eccessiva diversità e disomogeneità oggi esistenti tra Regioni

- Per organizzazione e programmazione
- Per risorse e finanziamento
- Per qualità dei servizi

La frammentazione istituzionale

- La moltiplicazione degli attori coinvolti in questo settore (enti locali, ASL, Comuni, Province, Regione, Governo centrale, INPS), tanto nel momento dell'erogazione, come in quello della programmazione e del finanziamento dei servizi, e lo scarso coordinamento che esiste tra di essi non solamente rende il quadro dell'assistenza agli individui non autosufficienti più frammentario, ma anche gli interventi molto meno efficaci.

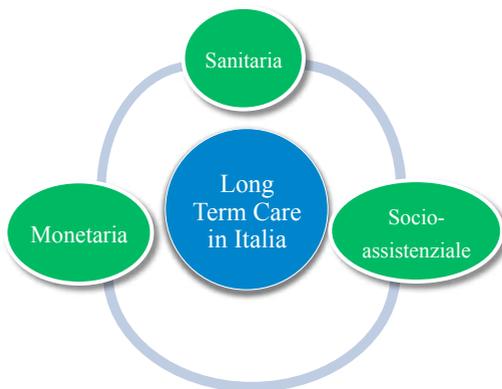
Il ruolo fondamentale giocato dalla famiglia

- La famiglia e le cure informali rivestono ancora un'enorme importanza nell'ambito dell'assistenza e cura agli anziani non autosufficienti.

In ogni modo, l'assistenza di lunga durata in Italia include queste tre diverse componenti

- Tra gli interventi di natura **sanitaria** abbiamo:

- L'assistenza domiciliare
- L'assistenza residenziale e semi-residenziale
- Le prestazioni ambulatoriali
- La lungodegenza



- Tra gli interventi di natura **socio-assistenziale** (gestite dai Comuni) abbiamo:

- L'aiuto domestico
- L'assistenza personale
- L'assistenza residenziale e semi-residenziale

- Tra gli interventi di natura **monetaria** abbiamo:

- L'indennità di accompagnamento
- Gli assegni di cura
- Voucher

3.2.1 L'offerta di LTC in Italia

L'offerta di LTC in Italia è sostanzialmente rappresentata da tre tipologie di servizi:

1. Strutture residenziali e semi-residenziali

Nel 2007 in Italia si contavano:

-  **5.105 strutture residenziali** pubbliche e private accreditate
 - ▶ nel 1997 erano 1.820
-  **2.280 strutture semi-residenziali**
 - ▶ Nel 1997 erano 820

L'apporto del privato accreditato in questo settore è considerevole. Per quanto riguarda le strutture residenziali si è passati dalle 64 (5% del totale) del 1997 alle 3.726 (73%) di dieci anni dopo, mentre per quanto concerne le strutture semi-residenziali, la presenza dei privati accreditati è passata dalle 67 unità (circa l'8% del totale) del 1997 alle 1.300 (57%) del 2007⁵⁵.

Tra i soggetti privati più attivi abbiamo, in ordine di importanza:

- Le imprese non-profit
- Gli enti religiosi
- Le imprese private a scopo di lucro

Per quanto concerne il pubblico, sono i Comuni i principali possessori e gestori di residenze per persone non più autosufficienti, seguiti dalle Istituzioni di Pubblica Assistenza e Beneficenza (IPAB) e, a molta distanza, dalle ASL.

Secondo i dati ISTAT del 2005⁵⁶ (ultimi disponibili) i posti letto totali nelle strutture residenziali ammontavano a 265.326, così ripartiti:

-  73.972 → Residenze Assistenziali per anziani Non Autosufficienti
-  95.620 → Residenze Socio-Sanitarie per anziani
-  95.734 → Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)⁵⁷

-  Sempre nel 2005 sono stati **345.093** gli anziani ricoverati nei diversi tipi di strutture residenziali italiane.

Si tratta di un servizio a pagamento il cui costo varia molto in dipendenza del tipo di struttura scelta e del reddito dell'anziano ricoverato (o di quello della sua famiglia). Di solito la spesa supera i 1.000 euro mensili.

⁵⁵ F. Lecci, A. Liotta, *La struttura del SSN*, in E. Anessi Pessina, E. Cantù (eds.), *L'aziendalizzazione della sanità...*, cit., p. 56.

⁵⁶ ISTAT, *Annuario Statistico Italiano 2009. Capitolo 3: Sanità e Salute...*, cit. p. 74 e 93.

⁵⁷ Le Residenze Sanitarie Assistenziali sono strutture destinate ad accogliere gli anziani non autosufficienti. Come spiega un Documento della Società Italiana di Gerontologia Geriatria SIGG, i suoi obiettivi sono quelli di offrire: "a) una sistemazione residenziale (Residenza) con una connotazione il più possibile domestica, organizzata in modo da rispettare il bisogno individuale di riservatezza e di privacy e da stimolare al tempo stesso la socializzazione tra gli anziani ospiti; b) tutti gli interventi medici, infermieristici e riabilitativi (Sanitaria) necessari a prevenire e curare le malattie croniche e le loro riacutizzazioni; nonché gli interventi volti a recuperare e sostenere l'autonomia dei degenti; c) un'assistenza individualizzata (Assistenziale), orientata alla tutela ed al miglioramento dei livelli di autonomia, al mantenimento degli interessi personali ed alla promozione del benessere".

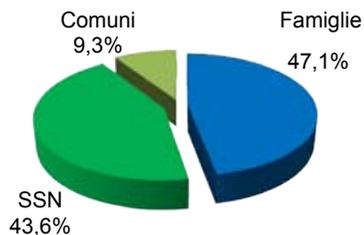
Dai dati relativi al 2004 (ultimi disponibili)⁵⁸ si evince che la maggioranza degli utenti (56,5%) pagava interamente la retta, che il 35,5% di essi ne versava solamente una parte e che l'8% invece era esentato dal pagamento in quanto sprovvisto delle risorse economiche sufficienti.

Nel caso di parziale o totale impossibilità nel sostenere i costi della retta mensile, Comuni e ASL intervengono, integrando o versando per intero l'importo necessario.

La spesa totale per l'assistenza residenziale ha superato i 6 miliardi di euro (dei quali più di 2,5 miliardi solamente per le RSA).

Il maggior contributo alle spese arriva proprio dalle famiglie, seguite dal SSN e dagli enti locali (i Comuni).

Grafico 13. Ripartizione spese assistenza residenziale. 2004 (%)



Fonte: elaborazione propria di dati Network Non Autosufficienza e ISTAT

Tabella 25. Ripartizione spese assistenza residenziale. 2004 (in euro)

| Residenza assistenziale – Residenza socio-sanitaria – RSA | |
|---|----------------------|
| Contributore | € |
| SSN | 2.731.912.152 |
| Utente/famiglia | 2.950.148.196 |
| Comune | 586.127.748 |
| Totale | 6.268.188.096 |

2. Assistenza Domiciliare

(Si veda paragrafo 3.4)

3. Prestazioni monetarie

In Italia esistono 3 diverse forme di prestazioni monetarie, ovvero di versamenti in denaro in favore di privati per acquistare o per contribuire all'acquisto di servizi assistenziali.

1

L'indennità di accompagnamento⁵⁹

È un sostegno economico nazionale finanziato dalla fiscalità generale e pagato dall'INPS in favore di quegli individui in condizioni di totale non autosufficienza, impossibilitati a compiere in maniera autonoma gli atti quotidiani fondamentali e a deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore.

L'importo mensile nel 2009 ammontava a **472,04** euro, da moltiplicare per 12 mensilità.

⁵⁸ Si utilizzano i dati elaborati dai ricercatori del Network Non Autosufficienza per la realizzazione del loro pregevole Rapporto 2009 (già citato al cap. II). In particolare quelli che si trovano al capitolo 3, *I servizi residenziali*, di F. Pesaresi e E. Brizioli, pp. 53-68.

⁵⁹ I seguenti dati sono stati reperiti dalla Banca Dati INPS.

Nonostante questo strumento – risalente al 1980 (Legge 18) – non riguardi esclusivamente la popolazione anziana, ma sia destinato al sostegno dell’invalidità civile in generale, tra i maggiori beneficiari ci sono proprio gli over 65.

L’indennità è concessa:

- indipendentemente dalla situazione economica del richiedente
- indipendentemente dall’età del richiedente

Se nelle intenzioni si configura come un modo per contribuire alle spese che il disabile o la sua famiglia dovranno fronteggiare per ottenere un’adeguata assistenza, in realtà non esistono particolari restrizioni di utilizzo da parte del beneficiario.

Secondo i dati INPS, nel 2008 sono stati **1.131.700** gli anziani percettori d’indennità di accompagnamento. Sempre in quell’anno per l’indennità di accompagnamento destinato agli ultra sessantacinquenni sono stati spesi oltre 6 miliardi di euro.

2

L’assegno di cura

È un sostegno economico molto simile all’indennità di accompagnamento per tipologia, caratteristiche e obiettivi (p.e. non esistono restrizioni specifiche all’utilizzo). Nato negli anni Novanta, si differenzia dalla prima modalità di contribuzione poiché non è l’INPS l’organismo preposto all’erogazione ma:

- gli enti locali (Comuni, Province, Regioni)
- le ASL

in base a norme e regole che possono variare a secondo delle zone interessate.

È una misura sempre più diffusa e fondamentale nelle politiche sulla non autosufficienza a livello regionale.

3

I Buoni e voucher socio-assistenziali

Sono concessi dagli enti pubblici locali alle persone non autosufficienti e consentono di “comprare” servizi assistenziali erogati solamente da soggetti pubblici e privati accreditati.

Questa terza modalità di sostegno all’assistenza si differenzia dalle prime due soprattutto perché **vincola** il trasferimento monetario **all’acquisto di particolari servizi**, togliendo la discrezionalità di utilizzo che caratterizza tanto l’indennità di accompagnamento che l’assegno di cura.

È stato sperimentato la prima volta dalla Regione Lombardia.

Il Fondo per le Non Autosufficienze

Esiste un’altra misura a supporto delle persone disabili non autosufficienti, il Fondo per le Non-Autosufficienze. Si tratta di un programma di finanziamento autonomo, a carattere nazionale e ripartito fra le diverse Regioni in base alle esigenze riscontrate sul territorio.

Ha come obiettivo primario quello di garantire a tutte le persone non autosufficienti almeno livelli essenziali di assistenza.

Istituito nel 2006, presso il Ministero della Solidarietà Sociale, prevedeva un programma di finanziamento da spalmare su 3 annualità, secondo questa ripartizione:

- 100 milioni per il 2007
- 300 milioni per il 2008 (in origine 200 poi aumentati di altri 100)
- 400 milioni per il 2009 (in origine 200 poi aumentati di altri 200)
- Per il 2010 è stato deciso di stanziare la medesima cifra messa disposizione nel 2009 (400 milioni)

L'istituzione del Fondo per la Non Autosufficienza ha avuto importanti ripercussioni anche a livello locale. Negli ultimi anni, sull'esempio dell'iniziativa sviluppata a livello nazionale, alcune Regioni hanno dato vita a uno specifico Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, aggiungendo stanziamenti regionali alla quota destinata loro dal Fondo Nazionale.

Alcune Regioni hanno già elaborato politiche per aiutare le persone non autosufficienti:⁶⁰

- Istituendo specifici Fondi Regionali con leggi di bilancio
- Istruendo leggi di riordino dedicate al tema della non autosufficienza
- Inserendo in tali leggi l'istituzione di un Fondo Regionale. L'entità delle risorse del Fondo Regionale dipende dalla disponibilità annuale. Generalmente viene stabilita nella legge annuale di bilancio della Regione.

Le modalità scelte sono sempre le stesse:

- trasferimenti monetari (con o senza vincoli di utilizzo da parte dei beneficiari)
- prestazioni assistenziali in natura

Benché rappresenti un contributo modesto, se pensato in relazione alla vastità e gravità del problema e al numero di potenziali beneficiari (i 2.600.000 disabili presenti in Italia, secondo i dati ISTAT), il Fondo Nazionale può essere pur sempre considerato come un primo passo verso un differente modo di affrontare il problema della non autosufficienza.

- Per la prima volta si tenta di destinare delle risorse extra esclusivamente alle necessità delle persone con perdita di autonomia
- Per la prima volta si è di fronte a una programmazione pensata a livello nazionale (viatico per un riordino delle politiche assistenziali e per la promozione di un serio coordinamento – a livello nazionale e regionale – nella gestione delle medesime). L'obiettivo finale è la riduzione di quella frammentazione e incomunicabilità che tuttora esiste fra i diversi soggetti erogatori e finanziatori dei servizi per i disabili (Comuni, Province, Regioni, ASL, INPS, Ministeri etc.)

Questo almeno nelle intenzioni. Infatti, ci sono fattori avversi che ne mettono e ne metteranno in dubbio la stessa esistenza, quali:

- il cattivo stato delle nostre finanze e la necessità di operare tagli alla spesa pubblica (in concomitanza con la pesante crisi congiunturale)
- le scelte politiche differenti (come potrebbe essere il non rifinanziamento del Fondo)
- il fatto che le Regioni utilizzino i rispettivi fondi regionali non come strumenti di ricomposizione della già menzionata frammentazione istituzionale esistente, ma trasformandoli in nuovi soggetti in campo

⁶⁰ C. Ceda, G. Fosti, F. Tediosi, *Il Fondo per le Non Autosufficienze: implicazioni per la governance dei servizi socio-sanitari regionale e locali*, in E. Anessi Pessina, E. Cantù (eds.), *L'aziendalizzazione della sanità...*, cit., pp. 289-306. Per maggiori dettagli sulle singole Regioni si vada più avanti, al paragrafo 3.4.4 del nostro studio.

3.3 La spesa per le LTC

Secondo le stime fornite dalla Ragioneria Generale dello Stato (RGS), nel 2007⁶¹ la spesa per le LTC in Italia, senza distinzioni di età, è stata così composta:

Tabella 26. Spesa globale LTC in Italia. 2007

| | Spesa in miliardi di € | % del PIL |
|--|------------------------|-------------|
| 1. Componente sanitaria | 12,5 | 0,81 |
| 2. Componente monetaria – ind. accompagnamento ⁶² | 10,8 | 0,70 |
| 3. Componente socio- assistenziale | 2,3 | 0,16 |
| Totale Spesa | 25,6 | 1,66 |

Fonte: elaborazione propria di dati RGS

Il 59% dei 2,3 miliardi della componente socio-assistenziale è stata impiegata per servizi non-residenziali; il 23% è stata utilizzata per interventi di assistenza residenziale mentre il 18% per trasferimenti di denaro.

Considerando, invece, anche la fascia d'età degli assistiti, notiamo che circa il 70% della spesa pubblica per l'assistenza a lungo termine è stata destinata a persone over 65 anni.

Tabella 27. Spesa LTC in Italia per persone over 65. 2007

| | Spesa in miliardi di € | % del PIL |
|--|------------------------|-------------|
| 1. Componente sanitaria | - | 0,46 |
| 2. Componente monetaria – ind. Accompagnamento | - | 0,54 |
| 3. Componente socio- assistenziale | - | 0,12 |
| Totale Spesa | 17,3 | 1,13 |

Fonte: elaborazione propria di dati RGS

Osservando ancora più nel dettaglio notiamo che quell'1,66% del PIL destinato alle LTC è così ripartito:

Tabella 28. Ripartizione della spesa per LTC. 2007 (%)

| Voci di spesa | Globale % |
|-------------------------------|-------------|
| LTC a casa | 0,51 |
| LTC in strutture residenziali | 0,44 |
| LTC in indennità | 0,71 |
| Totale | 1,66 |

Fonte: elaborazione propria di dati RGS

⁶¹ Si veda: Ragioneria Generale dello Stato, *La spesa per Long Term Care*, in *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario - Aggiornamento 2008*, Capitolo 4, pp. 99-120.

⁶² Come ci ricordano i ricercatori del CER GAS a queste cifre bisognerebbe “aggiungere la spesa riconducibile alla LTC per le pensioni di invalidità civile e quelle per inabilità erogate dall'INPS che, nel 2005, è stata pari a circa 31,4 miliardi di euro, quasi il triplo di quella per l'indennità di accompagnamento”; C. Ceda, G. Fosti, F. Tediosi, *Il Fondo per le Non Autosufficienze: implicazioni per la governance dei servizi socio-sanitari regionale e locali*, in E. Anessi Pessina, E. Cantù (eds.), *L'aziendalizzazione della sanità...*, cit., p. 292.

Per quanto riguarda l'1,13% del PIL impiegato nelle LTC ad anziani over 65, questa è la distribuzione:

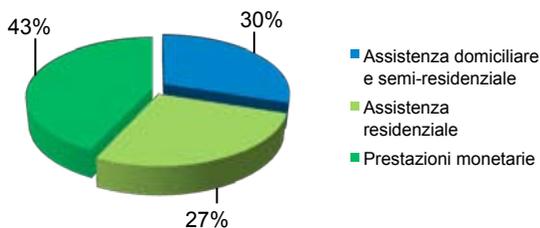
Tabella 29. Ripartizione della spesa per LTC per over 65. 2007 (%)

| Voci di spesa | Over 65 % |
|-------------------------------|--------------|
| LTC a casa | 0,26 |
| LTC in strutture residenziali | 0,31 |
| LTC in indennità | 0,55 |
| Totale | 1,13 |

Fonte: elaborazione propria dati RGS e Network Non-Autosufficienza

In termini percentuali le prestazioni monetarie rappresentano il 43% della spesa pubblica italiana per LTC. L'assistenza domiciliare, invece, incide solamente per un 30%.

Grafico 14. Spesa pubblica per LTC. Componenti in %. 2007



Fonte: elaborazione propria di dati CERGAS

3.3.1 La spesa per servizi socio-assistenziali per over 65 nei Comuni

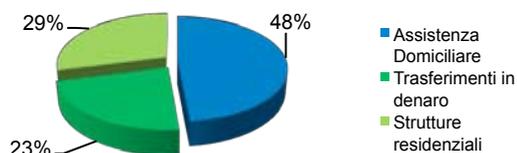
Considerando la sempre maggiore importanza degli enti locali nella pianificazione, nel finanziamento, nella realizzazione e nell'erogazione di servizi di assistenza, concentriamo la nostra attenzione sull'offerta **socio-assistenziale destinata agli anziani**. Lo facciamo analizzando un po' più nel dettaglio le spese sostenute dai Comuni per l'erogazione di servizi di LTC.

Le cifre si riferiscono all'anno 2006 (ultimo disponibile)⁶³.

Sono i servizi di Assistenza a Domicilio a incidere maggiormente sulla spesa sociale dei Comuni, assorbendo quasi il 50% delle risorse messe a disposizione per quel genere di interventi. Seguono le spese per le strutture residenziali e i trasferimenti monetari.

⁶³ Dati tratti dall'indagine ISTAT *Interventi e servizi sociali dei Comuni-Anno 2006*, pubblicati nell'agosto 2009.

Grafico 15. Percentuali di spesa per servizi sociali dei Comuni. 2006 (%)



Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

■ ASSISTENZA DOMICILIARE

→ Per i differenti interventi di Assistenza Domiciliare sono stati spesi oltre 524 milioni di euro.

Tabella 30. Spesa dei Comuni per Assistenza Domiciliare. 2006 (in euro)

| Assistenza domiciliare → | | 524.267.452 € | | | | |
|--------------------------------|---|---------------------------------------|-------------------------------|---|--|-----------|
| Assistenza socio-assistenziale | Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari | Servizi di prossimità (buon vicinato) | Telesoccorso e teleassistenza | Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario | Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio | Altro |
| 353.306.820 | 55.129.437 | 4.613.207 | 11.292.296 | 70.946.088 | 25.410.878 | 3.568.726 |

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

→ Per i servizi detti “di supporto” come mensa o trasporto sociale sono stati spesi 21 milioni e 664 mila euro.

■ TRASFERIMENTI IN DENARO

→ La somma dei diversi contributi in denaro erogati alle persone non autosufficienti per il pagamento di interventi e servizi è stata di poco superiore ai 217 milioni di euro:

Tabella 31. Spesa dei Comuni per trasferimenti in denaro. 2006 (in euro)

| Trasferimenti in denaro → | | 217.031.158 € | | | | |
|---------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------|---|------------------------------------|---|
| Buoni spesa o buoni pasto | Contributi per servizi alla persona | Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie | Retta per centri diurni | Retta per altre prestazioni semi-residenziali | Retta per prestazioni residenziali | Contributi economici per servizio trasporti |
| 1.325.628 | 12.565.335 | 4.404.598 | 4.661.478 | 3.388.762 | 190.685.357 | 1.573.530 |

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMI-RESIDENZIALI

→ La spesa totale per le strutture residenziali e semi-residenziali ha raggiunto quasi i 400 milioni di euro, con il 77% delle risorse destinate alle prime e il restante 23% alle seconde.

Tabella 32. Spesa dei Comuni per strutture residenziali e semi-residenziali. 2006 (in euro)

| Totale strutture → | | 397.525.672 € | | | |
|--------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|--|-------------------|----------------------------------|
| Strutture comunitarie e residenziali | Strutture residenziali | Altro (es. centri estivi o invernali) | Strutture a ciclo diurno o semi-residenziale | Centri diurni | Altro (es. centri aggr. Sociale) |
| 304.274.230 | 280.746.621 | 23.527.609 | 93.251.442 | 62.638.199 | 30.613.243 |

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

Esaminando i dati in base alla ripartizione territoriale, notiamo che sono i Comuni situati nelle zone del Nord della nostra penisola a erogare i finanziamenti più consistenti.

Tabella 33. Finanziamenti Comuni secondo zona geografica. 2006 (in euro)

| Zone geografiche | Somma erogata € |
|-------------------------|------------------------|
| Nord-ovest | 154.255.216 |
| Nord-est | 167.503.051 |
| Centro | 83.401.788 |
| Sud | 54.239.992 |
| Isole | 64.867.405 |
| Italia | 524.267.452 |

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

■ ASSISTENZA SOCIO-ASSISTENZIALE

Per ogni utente vengono spesi in media 1.646 euro. La spesa media per utente più alta si registra nelle Regioni del Nord-Est (1.874 euro), mentre quella più ridotta in quelle del Sud (1.200 euro).

Tavola 34. L'assistenza domiciliare socio-assistenziale⁽¹⁾ nell'area anziani: utenti, spesa e spesa media per utente, per regione e ripartizione geografica. 2006

| Regione e ripartizione geografica | Utenti | Spesa (€) | Spesa media per utente (€) |
|-----------------------------------|----------------|--------------------|----------------------------|
| Piemonte | 13.577 | 19.263.287 | 1.419 |
| Valle d'Aosta | 1.227 | 5.505.483 | 4.487 |
| Lombardia | 34.132 | 57.362.586 | 1.681 |
| Trentino - Alto Adige | 6.634 | 24.989.589 | 3.767 |
| <i>Bolzano</i> | <i>3.200</i> | <i>11.100.000</i> | <i>3.469</i> |
| <i>Trento</i> | <i>3.434</i> | <i>13.889.589</i> | <i>4.045</i> |
| Veneto | 15.798 | 21.192.275 | 1.341 |
| Friuli - Venezia Giulia | 7.900 | 16.384.397 | 2.074 |
| Liguria | 5.357 | 10.385.288 | 1.939 |
| Emilia - Romagna | 22.513 | 36.464.514 | 1.620 |
| Toscana | 10.648 | 19.460.811 | 1.828 |
| Umbria | 1.230 | 2.502.977 | 2.035 |
| Marche | 3.523 | 6.116.143 | 1.736 |
| Lazio | 18.881 | 34.200.246 | 1.811 |
| Abruzzo | 6.566 | 8.887.573 | 1.354 |
| Molise | 2.186 | 1.884.173 | 862 |
| Campania | 13.895 | 17.945.529 | 1.292 |
| Puglia | 5.903 | 8.189.968 | 1.387 |
| Basilicata | 1.332 | 2.007.122 | 1.507 |
| Calabria | 5.151 | 3.115.909 | 605 |
| Sicilia | 30.757 | 37.824.256 | 1.230 |
| Sardegna | 7.430 | 19.624.694 | 2.641 |
| Nord-ovest | 54.293 | 92.516.644 | 1.704 |
| Nord-est | 52.845 | 99.030.775 | 1.874 |
| Centro | 34.282 | 62.280.177 | 1.817 |
| Sud | 35.033 | 42.030.274 | 1.200 |
| Isole | 38.187 | 57.448.950 | 1.504 |
| Italia | 214.640 | 353.306.820 | 1.646 |

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT



ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA ADI

Per quanto riguarda l'ADI, l'indagine rileva solamente la componente assistenziale, essendo quella medico-infermieristica e riabilitativa a carico del SSN.

Tavola 35. L'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari⁽¹⁾ nell'area anziani: utenti, spesa e spesa media per utente, per regione e ripartizione geografica. 2006

| Regione e ripartizione geografica | Utenti | Spesa | Spesa media per utente |
|-----------------------------------|----------------|-------------------|------------------------|
| Piemonte | 5.482 | 5.172.543 | 944 |
| Valle d'Aosta | 13 | 31.895 | 2.453 |
| Lombardia | 48.986 | 1.333.112 | 27 |
| Trentino - Alto Adige | 173 | 767.871 | 4.439 |
| <i>Bozano/Bozen</i> | <i>0</i> | <i>0</i> | <i>-</i> |
| <i>Trento</i> | <i>173</i> | <i>767.871</i> | <i>4.439</i> |
| Veneto | 21.744 | 17.885.793 | 823 |
| Friuli - Venezia Giulia | 1.321 | 1.705.274 | 1.291 |
| Liguria | 261 | 361.485 | 1.385 |
| Emilia - Romagna | 26.699 | 4.784.510 | 179 |
| Toscana | 2.779 | 4.702.744 | 1.692 |
| Umbria | 771 | 710.246 | 921 |
| Marche | 393 | 723.348 | 1.841 |
| Lazio | 4.207 | 7.225.904 | 1.718 |
| Abruzzo | 650 | 917.903 | 1.412 |
| Molise | 157 | 247.196 | 1.574 |
| Campania | 1.568 | 2.480.103 | 1.582 |
| Puglia | 2.829 | 2.816.873 | 996 |
| Basilicata | 72 | 3.264 | 45 |
| Calabria | 1.549 | 169.363 | 109 |
| Sicilia | 1.259 | 1.854.491 | 1.473 |
| Sardegna | 573 | 1.235.519 | 2.156 |
| Nord-ovest | 54.742 | 6.899.035 | 126 |
| Nord-est | 49.937 | 25.143.448 | 504 |
| Centro | 8.150 | 13.362.242 | 1.640 |
| Sud | 6.825 | 6.634.702 | 972 |
| Isole | 1.832 | 3.090.010 | 1.687 |
| Italia | 121.486 | 55.129.437 | 454 |

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

VOUCHER, ASSEGNI DI CURA E BUONI SOCIO-SANITARI

Per quanto riguarda la spesa in assegni di cura e voucher socio-assistenziali, troviamo in cima alla classifica i Comuni della Lombardia, Regione che per prima ha avviato il programma dei voucher sanitari. Sopra i 10 milioni di euro ci sono Piemonte e Veneto, regioni che hanno puntato molto su questa tipologia d'interventi.

Tavola 36. Voucher, assegno di cura e buono socio-sanitario nell'area anziani: utenti, spesa e spesa media per utente, per regione e ripartizione geografica. 2006

| Regione e ripartizione geografica | Utenti | Spesa | Spesa media per utente |
|-----------------------------------|---------------|-------------------|------------------------|
| Piemonte | 3.736 | 16.193.931 | 4.335 |
| Valle d'Aosta | 102 | 1.000.000 | 9.804 |
| Lombardia | 11.321 | 18.815.833 | 1.662 |
| Trentino - Alto Adige | 475 | 2.663.173 | 5.607 |
| <i>Bozano/Bozen</i> | 0 | 0 | - |
| <i>Trento</i> | 475 | 2.663.173 | 5.607 |
| Veneto | 20.152 | 11.345.814 | 563 |
| Friuli - Venezia Giulia | 2.198 | 6.928.317 | 3.152 |
| Liguria | 1.601 | 2.590.522 | 1.618 |
| Emilia - Romagna | 14.242 | 6.159.043 | 432 |
| Toscana | 1.103 | 1.757.397 | 1.593 |
| Umbria | 0 | 0 | - |
| Marche | 77 | 127.044 | 1.650 |
| Lazio | 24 | 3.697 | 154 |
| Abruzzo | 52 | 46.145 | 887 |
| Molise | 0 | 0 | - |
| Campania | 133 | 279.691 | 2.103 |
| Puglia | 27 | 5.550 | 206 |
| Basilicata | 0 | 0 | - |
| Calabria | 34 | 8.205 | 241 |
| Sicilia | 2.322 | 3.021.726 | 1.301 |
| Sardegna | 0 | 0 | - |
| <i>Nord-ovest</i> | <i>16.760</i> | <i>38.600.286</i> | <i>2.303</i> |
| <i>Nord-est</i> | <i>37.067</i> | <i>27.096.347</i> | <i>731</i> |
| <i>Centro</i> | <i>1.204</i> | <i>1.888.138</i> | <i>1.568</i> |
| <i>Sud</i> | <i>246</i> | <i>339.591</i> | <i>1.380</i> |
| <i>Isole</i> | <i>2.322</i> | <i>3.021.726</i> | <i>1.301</i> |
| Italia | 57.599 | 70.946.088 | 1.232 |

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

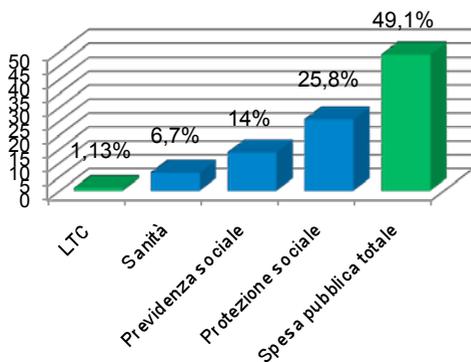
3.3.2 Alcune riflessioni sulla spesa italiana in LTC

L'esame dei soldi spesi nel nostro paese per finanziare i programmi di LTC e i servizi socio-sanitari a domicilio destinati alle persone anziane suscita alcune considerazioni:

Una prima riflessione riguarda la consistenza delle spese pubbliche per LTC: l'1,13% sul PIL appare una percentuale davvero scarsa, soprattutto se si considera quanto poco incida sulla voce di spesa "protezione sociale" (ovvero appena lo 0,4% del totale). Per tutte le conseguenze demografiche e sociali legate al progressivo invecchiamento della popolazione è necessario e

urgente che le autorità pubbliche si adoperino nella programmazione, nell'organizzazione e nella realizzazione di un efficace sistema di assistenza e di cure di lunga durata.

Grafico 16. Voci di spesa Italia % sul PIL. 2007



Fonte: elaborazione propria di dati RGS

- Le istituzioni pubbliche sembrano preferire le prestazioni monetarie agli interventi in natura. L'incidenza in percentuale sul PIL della spesa per prestazioni monetarie (0,55%) è circa la somma di quella sborsata per le LTC a domicilio e in strutture residenziali (rispettivamente 0,26% e 0,31%). Alla fine del 2007 il numero di prestazioni monetarie ammontava a circa un 1 milione 6 mila unità.
- L'importanza e la consistenza della componente monetaria nel quadro delle LTC in Italia evidenzia quanto le istituzioni pubbliche siano orientate verso un sistema di assistenza in cui il peso della componente informale debba rimanere preponderante. L'indennità di accompagnamento può, infatti, divenire stimolo e motivo per l'assunzione di un'assistente familiare privata. Come si può osservare nella tabella sottostante, il 6,6% degli anziani over 65 si avvale della collaborazione a domicilio di un'assistente familiare⁶⁴.

Tabella 37. Percentuale di beneficiari anziani per tipologia di assistenza

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

Fonte: elaborazione propria di dati Network Non-Autosufficienza

L'attuale dibattito verte non solamente sulla necessità o meno di rivedere politiche assistenziali fortemente incentrate su prestazioni monetarie, ma anche sulla specifica tipologia di contribuzione rappresentata dall'indennità di accompagnamento e dagli assegni di cura.

⁶⁴ Sul fenomeno "badanti-assistenti familiari" si veda anche paragrafo 3.4.5 di questo nostro lavoro.

Essenzialmente la questione ruota intorno a due temi:

- La mancanza di vincoli nell'impiego di questa somma. Non essendo il beneficiario o la sua famiglia obbligati a spendere direttamente per acquistare "servizi di assistenza". Questa è forse la caratteristica dell'attuale sistema di contribuzione in denaro che più lascia perplessi.
- Ugualmente è oggetto di discussione il fatto che l'importo versato per l'indennità di accompagnamento sia uguale per tutti, senza che ci sia una corrispondenza tra contributo e
 - Reddito del beneficiario o della sua famiglia
 - Livello di bisogno del beneficiario

I rischi sono:

- che il successivo percorso di assistenza non sia calibrato sulle reali necessità del singolo assistito
- che l'indennità di accompagnamento perda la sua prima ragione d'essere: servire come sostegno nell'acquisto di servizi aggiuntivi in grado di migliorare o rendere l'assistenza adeguata alla singola situazione di disabilità.

Un altro motivo di dibattito è:

- l'impossibilità di scegliere tra prestazioni monetarie e in natura. A differenza di quello che accade in altri paesi nel mondo e in Europa (es. la Germania), in Italia l'anziano non autosufficiente non può decidere a quale tipo di servizio aderire.

La mancanza di integrazione e di comunicazione tra i diversi soggetti erogatori di prestazioni di LTC (in natura o monetarie, nazionali e locali) porta a percorsi assistenziali frammentari e discontinui, non centrati sulle vere esigenze dell'assistito.

3.4 L'Assistenza Domiciliare in Italia

Lasciamo da parte le altre forme di LTC come possono esserlo le Strutture residenziali o semi-residenziali e focalizziamo il nostro interesse su quelle a domicilio.

Anche in Italia, come nel resto d'Europa, questo tipo di interventi a titolarità pubblica rientra nell'ambito dei settori:

- Sanitario
- Sociale

Anche se non sempre esiste una rigida separazione fra le due componenti.

Responsabili di questi servizi sono:

LE REGIONI

per quanto concerne:

- 1) la programmazione
- 2) la regolamentazione

Comuni

per quanto concerne:

- 1) la programmazione
- 2) la regolamentazione

ASL e Aziende Ospedaliere

Un'ulteriore suddivisione prevede che:

- Gli interventi di tipo **sanitario** siano sotto la responsabilità delle ASL o AO
- Gli interventi di tipo **sociale** siano sotto la responsabilità dei Comuni
- Le prestazioni possano essere: o erogate direttamente o comprate da soggetti privati⁶⁵

Nel 2006 la Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)⁶⁶ ha individuato diverse tipologie di "cure domiciliari":

■ Cure Domiciliari Prestazionali

Prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato, di genere professionalmente qualificato e rispondenti a un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico o riabilitativo. Possono ripetersi nel tempo ma non prevedono la presa in carico del paziente, né l'elaborazione di un Piano Assistenza Individualizzato né la valutazione di un'Unità di Valutazione. Possono rientrare in questa tipologia d'intervento i prelievi del sangue, le iniezioni, le consulenze mediche specialistiche, l'educazione e la formazione dei *care giver*.

■ Cure domiciliari Integrate

di cui sono stati individuati 3 livelli di assistenza:

- **I livello** = è definita assistenza "a bassa intensità" ed è destinata a quei soggetti parzialmente o totalmente non autosufficienti a rischio di emarginazione. Assistenza di natura sociale: aiuto psicologico e supporto nello svolgimento delle faccende domestiche e quotidiane
- **II livello** = è definita assistenza a "media-alta intensità". Assistenza di tipo essenzialmente sanitario per persone non autosufficienti o appena dimesse da una struttura ospedaliera e dunque ancora bisognose di prestazioni mediche, riabilitative e infermieristiche
- **III livello** = è quella propria dell'ADI, in cui l'elemento sanitario è integrato da interventi di tipo socio-assistenziale. È pensato per andare incontro alle necessità di quelle persone non autosufficienti con bisogni dall'alto livello di complessità (perché affetti da patologie gravi o fortemente invalidanti)

■ Cure palliative a malati terminali

si tratta di un'assistenza che risponde in maniera intensiva a bisogni di elevata complessità come quelli di persone gravemente malate.

⁶⁵ L. Mauri, A. Pozzi, *Le politiche di long term care in Italia. I principali nodi del dibattito*, in "Mutamento Sociale", 2007, n. 17, p. 4 e ss.

⁶⁶ Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e dell'assistenza ospedaliera a domicilio*, Roma, Ministero della salute, 2006.

Esistono differenti programmi d'intervento domiciliare, a seconda del tipo di servizio fornito⁶⁷:

| Nome | Descrizione | Prestazioni erogate | Enti erogatori |
|---|---|---|------------------|
| Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) | Programma d'assistenza caratterizzato da prestazioni di tipo sanitario e socio-assistenziali. È un servizio gratuito | Prestazioni di tipo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapeutico ▪ Infermieristico (prelievi, ▪ Medico (visite, esami etc.) ▪ Riabilitativo ▪ Socio assistenziale (pasti a domicilio, igiene personale, trasporto etc.) | ASL e dei Comuni |
| Servizio Assistenza Domiciliare (SAD) | Programma che prevede interventi di sostegno nelle attività quotidiane e nella cura personale Non sempre è gratuito (spesso dipende dal reddito) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aiuto nelle attività igienico sanitarie della persona (nell'alzarsi, nel vestirsi, lavarsi, prepararsi i pasti etc.) ▪ Aiuto nella gestione della casa (faccende domestiche, spesa, pagamento bollette etc.) | Comuni |
| Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) | Programma di assistenza garantito dal medico di medicina generale a quelle persone incapacitate a recarsi presso l'ambulatorio a causa delle proprie condizioni di salute È un servizio gratuito | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visita del medico curante a domicilio | ASL |
| Ospedalizzazione e Domiciliare (OD) | Programma di assistenza a domicilio da parte di personale e tecnologie di tipo ospedaliero | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistenza da parte di un'equipe di specialisti a domicilio | ASL |

3.4.1 Come accedere all'Assistenza

Le richieste di ammissione al servizio di assistenza domiciliare, possono pervenire da parte dei cittadini, dai servizi territoriali, dal Medico di Medicina Generale o dal personale medico ospedaliero al momento della dimissione.

Per accedere al programma SAD è necessario fare domanda presso gli uffici dei Servizi Sociali del Comune di residenza. Organismi di valutazione preposti (Unità di Valutazione) decideranno – considerando i requisiti e la situazione attuale del richiedente – se e in che modo intervenire.

Per quanto riguarda l'ADI, una volta che la domanda è stata ammessa, un'equipe multi-disciplinare e multi-professionale composta da specialisti, la cosiddetta Unità di Valutazione Geriatrica o Multidimensionale (UVG o UVM), svolgerà un'analisi approfondita del caso.

⁶⁷ C. Gori, G. Casanova, *I servizi domiciliari*, in AA.VV., *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia...*, cit., p. 36 e L. Mauri, A. Pozzi, *Le politiche di long term care in Italia...*, cit. p. 4 e ss.

Solitamente⁶⁸ ne fanno parte le seguenti figure professionali: il medico geriatra, un infermiere professionale, un sociologo e un assistente sociale.

In dipendenza del caso trattato, questi specialisti possono essere affiancati da altri operatori quali medici di medicina generale, medici specialisti, terapisti della riabilitazione e psicologi. Generalmente responsabile e coordinatore è il medico geriatra.

I principali compiti dell'UV sono quelli di:

- Decidere e definire il tipo di prestazioni, la frequenza, l'estensione e l'intensità d'intervento che il caso in esame richiede (elaborare un piano di assistenza il più possibile individualizzato, mirato alle esigenze di quel singolo anziano)
- Attuare il programma d'intervento deciso
- Seguire la persona destinataria dell'intervento durante tutto il periodo dell'assistenza

Si arriva dunque alla stesura del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI), d'accordo con il paziente utente e la sua famiglia.

Quello fornito dalle UVG è un servizio gratuito e a carico del SSN.

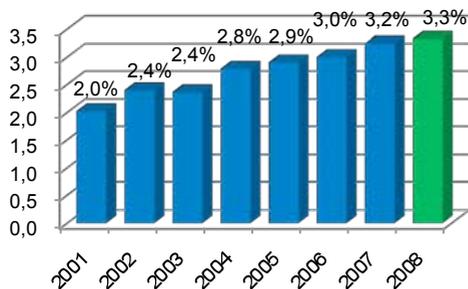
3.4.2 La diffusione del servizio ADI fra la popolazione anziana

Anche se i servizi domiciliari integrati non sono destinati ai soli anziani non autosufficienti ma a tutte le persone disabili che necessitano di assistenza, sono proprio i primi a beneficiarne maggiormente: oltre l'85% dei fruitori di ADI appartiene alla fascia d'età degli over 65.

Secondo gli ultimi dati disponibili (2008)⁶⁹, a usufruire dell'ADI è il 3,3% degli anziani residenti in Italia (circa 345.000 individui).

Osservando la serie storica dal 2001 fino al 2008 si nota come il servizio di assistenza integrato a domicilio abbia – seppur lentamente – sempre aumentato la sua diffusione, crescendo in sette anni dell'1,3%.

Grafico 17. Crescita dell'ADI. 2001-2008 (%)



Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

⁶⁸ La composizione delle UV non è uguale in tutte le Regioni.

⁶⁹ ISTAT, *Noi Italia. 100 statistiche per capire il paese in cui viviamo - edizione 2010*, Roma, 2010.

Per quanto riguarda la diffusione per zone geografiche, esiste un netto divario tra Regioni del Sud e Regioni del Centro-Nord. Dai dati emerge soprattutto l'ampia diffusione dell'ADI nelle zone del Nord-Est (2,9%).

Tabella 38. Anziani che usufruiscono del servizio Adi per area. 2001-2008 (%)

| Area geografica | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2001-2008 |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----------|
| Nord-ovest | 2,6 | 2,2 | 2,2 | 2,6 | 2,8 | 2,8 | 3,0 | 3,2 | 0,6 |
| Nord-est | 2,9 | 4,6 | 4,3 | 4,7 | 5,2 | 5,3 | 5,8 | 5,8 | 2,9 |
| Centro | 2,1 | 2,9 | 2,5 | 3,2 | 2,9 | 3,1 | 3,3 | 3,1 | 1,0 |
| Centro-Nord | 2,5 | 3,1 | 2,9 | 3,4 | 3,5 | 3,6 | 3,9 | 3,9 | 1,4 |
| Mezzogiorno | 0,9 | 1,0 | 1,2 | 1,5 | 1,6 | 1,7 | 1,8 | 2,0 | 1,1 |

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT, Ministero della Salute

Tra le Regioni dove si registrano le più alte percentuali di anziani che usufruiscono dei servizi ADI abbiamo:

-  Friuli Venezia Giulia.....7,3%
-  Emilia Romagna.....6,1%
-  Veneto.....6,0%
-  Umbria.....5,1%

 La **Regione Lazio** si posiziona perfettamente in linea con la media nazionale con il 3,3%.

 Per quanto concerne la presenza sul territorio, dati del 2006 parlano di 173 servizi ADI in Italia.

Tabella 39. Anziani che usufruiscono del servizio Adi per Regione. 2001-2008 (%)

| Regioni | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | Differenze 2001-2008 |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------------------|
| Piemonte | 1,4 | 1,6 | 1,7 | 1,8 | 1,8 | 1,5 | 1,8 | 1,9 | 0,5 |
| Valle d'Aosta | | | 0,3 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | |
| Lombardia | 2,4 | 2,5 | 2,6 | 3,5 | 3,2 | 3,5 | 3,6 | 4,0 | 1,6 |
| Liguria | 3,6 | 2,5 | 1,9 | 1,2 | 3,1 | 3,1 | 3,2 | 3,2 | -0,3 |
| Trentino-Alto Adige | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,6 | 0,9 | 0,8 | 0,5 | 0,3 |
| Bolzano | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | | |
| Trento | 0,3 | | | | 0,8 | 1,3 | 1,0 | 1,0 | 0,7 |
| Veneto | 3,0 | 3,8 | 3,7 | 4,3 | 5,0 | 5,1 | 6,4 | 6,0 | 3,0 |
| Friuli-Venezia Giulia | 7,6 | 9,1 | 7,8 | 7,7 | 7,9 | 7,5 | 7,2 | 7,3 | -0,3 |
| Emilia-Romagna | 1,9 | 4,8 | 4,6 | 4,9 | 5,4 | 5,6 | 5,7 | 6,1 | 4,2 |
| Toscana | 1,9 | 3,1 | 3,0 | 2,8 | 2,1 | 2,1 | 2,1 | 2,0 | 0,1 |
| Umbria | 1,5 | 1,8 | 2,4 | 2,5 | 4,1 | 4,0 | 4,3 | 5,1 | 3,6 |
| Marche | 4,0 | 2,5 | 2,8 | 2,7 | 3,3 | 3,7 | 3,9 | 4,1 | 0,1 |
| Lazio | 1,7 | 3,0 | 1,9 | 3,9 | 3,3 | 3,4 | 3,8 | 3,3 | 1,6 |
| Abruzzo | 0,9 | 1,0 | 1,8 | 3,6 | 1,8 | 3,4 | 3,6 | 4,2 | 3,3 |
| Molise | 5,8 | 6,9 | 8,9 | 6,7 | 6,1 | 5,4 | 3,7 | 3,4 | -2,4 |
| Campania | 0,8 | 0,8 | 0,9 | 1,2 | 1,4 | 1,2 | 1,6 | 1,8 | 1,0 |
| Puglia | 1,1 | 1,3 | 1,2 | 1,2 | 2,0 | 1,6 | 1,6 | 1,8 | 0,8 |
| Basilicata | 2,6 | 3,1 | 4,1 | 4,1 | 3,9 | 4,3 | 4,3 | 4,0 | 1,4 |
| Calabria | 0,6 | 0,4 | 0,6 | 1,1 | 1,6 | 2,5 | 2,7 | 2,6 | 2,0 |
| Sicilia | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 0,8 | 0,8 | 1,0 | 1,0 | 0,9 | 0,3 |
| Sardegna | 0,5 | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 1,1 | 1,3 | 1,2 | 2,1 | 1,6 |
| Italia | 2,0 | 2,4 | 2,4 | 2,8 | 2,9 | 3,0 | 3,2 | 3,3 | 1,3 |

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT, Ministero della Salute

Benché si riferiscano al 2006, i seguenti dati forniti dal Rapporto “Osservasalute”⁷⁰ ci aiutano a comprendere il variegato e composito sistema dell’ADI in Italia.

⁷⁰ Si tratta di elaborazioni provenienti dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

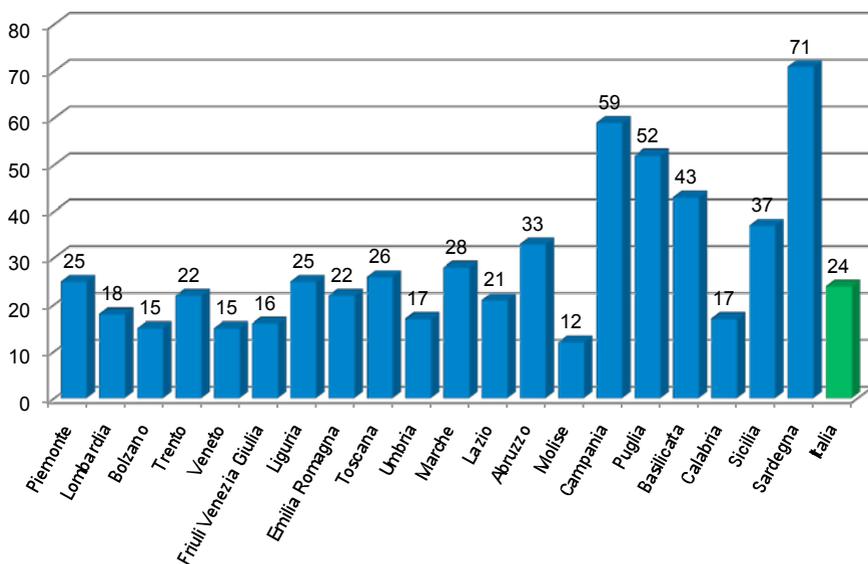
Tabella 40. ADI – Numero di casi trattati. 2006

| Regioni | Casi trattati | | | Assistibili anziani (per 1000 residenti > 65) | Ore di assistenza per caso |
|-----------------------|--------------------|-----------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|
| | Assistibili in ADI | Numero per 100.000 abitanti | Tassi di assistibili anziani % | | |
| Piemonte | 19.890 | 458 | 75,1 | 16,2 | 25 |
| Valle d'Aosta | 66 | 53 | 75,8 | 2,1 | 184 |
| Lombardia | 76.641 | 860 | 84,5 | 37,1 | 18 |
| Bolzano | 357 | 74 | 90,2 | 4,2 | 15 |
| Trento | 1.572 | 311 | 79,6 | 14,0 | 22 |
| Veneto | 54.556 | 1.147 | 85,6 | 54,1 | 15 |
| Friuli Venezia Giulia | 26.133 | 2.159 | 79,0 | 80,0 | 16 |
| Liguria | 13.858 | 861 | 94,5 | 32,3 | 25 |
| Emilia Romagna | 59.093 | 1.405 | 90,0 | 58,8 | 22 |
| Toscana | 20.092 | 554 | 89,1 | 22,4 | 26 |
| Umbria | 9.881 | 1.135 | 83,0 | 42,6 | 17 |
| Marche | 14.595 | 952 | 86,6 | 38,5 | 28 |
| Lazio | 41.719 | 773 | 85,8 | 36,6 | 21 |
| Abruzzo | 11.314 | 865 | 84,8 | 36,2 | 33 |
| Molise | 6.723 | 2.098 | 57,0 | 57,1 | 12 |
| Campania | 11.785 | 204 | 87,3 | 12,3 | 59 |
| Puglia | 13.556 | 333 | 84,5 | 17,2 | 52 |
| Basilicata | 5.873 | 991 | 87,4 | 45,7 | 43 |
| Calabria | 11.252 | 562 | 81,1 | 26,2 | 17 |
| Sicilia | 10.701 | 213 | 81,3 | 10,2 | 37 |
| Sardegna | 4.496 | 271 | 83,5 | 13,6 | 71 |
| Italia | 414.153 | 703 | 84,8 | 31,9 | 24 |

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

Grafico 18. Numero di ore medie annue ADI. 2006

Fonte: elaborazione propria di dati OSSERVA SALUTE



Ciò che emerge (e che discuteremo più approfonditamente nel paragrafo 3.4.4) è:

- la più volte menzionata disomogeneità tra le varie zone geografiche del nostro paese, con enormi differenze esistenti tra Regioni per quanto concerne: risorse impiegate, programmazione, diffusione sul territorio del servizio, capacità ed efficienza di intervento, coordinamento
- l'esistenza di differenti maniere di intendere e realizzare le politiche assistenziali nelle diverse Regioni italiane, con scelte talvolta antitetiche
- il basso numero di ore erogate mediamente per utente all'anno (circa 24) che non lascia molti dubbi sulla scarsa efficacia dell'intervento pubblico

3.4.3 L'assistenza domiciliare: la situazione dei Comuni

I Comuni italiani sono un importante soggetto erogatore di servizi a domicilio⁷¹.

Oltre l'85% di essi ha attivato un servizio di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale.

Per quanto riguarda l'ADI, questa percentuale si abbassa notevolmente, arrivando al 39,7%; in questo caso bisogna considerare che l'indagine ha preso in esame solamente la componente assistenziale, essendo quella sanitaria a carico del SSN.

Come avviene per altri ambiti, anche la diffusione dell'assistenza domiciliare nei Comuni italiani presenta tratti di forte disomogeneità.

Per quanto concerne i servizi socio-assistenziali:

- esistono differenze geografiche: la copertura più ampia si ha nelle regioni del Nord (e in particolare nel Nord-Est con il 95,2% del totale), mentre la più limitata nel Sud, con il 68,9%.
- esistono importanti squilibri regionali, anche fra Regioni vicine e appartenenti alla stessa area geografica. Per esempio se la percentuale di Comuni coperti dal servizio è dell'84% in Campania (appena al di sotto della media nazionale), il medesimo indicatore scende fino al 29,8% quando si fa riferimento alla situazione nella Regione Calabria (peggior dato a livello nazionale).

Per quanto concerne l'ADI fornito dai Comuni, la Regione Veneto occupa la prima posizione; la stessa Regione ha la più alta percentuale di Comuni erogatori di prestazioni monetarie (assegni di cura, voucher etc.).

⁷¹ ISTAT *Interventi e servizi sociali dei Comuni-Anno 2006...*, cit.

ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE

Tavola 41. L'assistenza domiciliare socio-assistenziale⁽¹⁾ nell'area anziani: indicatori territoriali. 2006

| Regione e ripartizione geografica | Percentuale di comuni coperti dal servizio | Indice di copertura territoriale del servizio ^(a) (per 100 persone) ^(b) | Indicatore di presa in carico degli utenti ^(c) (per 10.000 persone) ^(b) |
|-----------------------------------|--|---|---|
| Piemonte | 99,8 | 98,3 | 138 |
| Valle d'Aosta | 95,9 | 98,7 | 485 |
| Lombardia | 81,8 | 92,4 | 183 |
| Trentino - Alto Adige | 100,0 | 100,0 | 376 |
| <i> Bolzano (2)</i> | <i>100,0</i> | <i>100,0</i> | <i>394</i> |
| <i> Trento</i> | <i>100,0</i> | <i>100,0</i> | <i>361</i> |
| Veneto | 94,1 | 98,0 | 172 |
| Friuli - Venezia Giulia | 92,7 | 96,1 | 287 |
| Liguria | 97,9 | 99,4 | 125 |
| Emilia - Romagna | 93,8 | 94,1 | 235 |
| Toscana | 97,2 | 98,3 | 126 |
| Umbria | 73,9 | 91,1 | 61 |
| Marche | 77,2 | 92,8 | 102 |
| Lazio | 79,1 | 92,9 | 182 |
| Abruzzo | 99,0 | 95,5 | 235 |
| Molise | 78,7 | 73,7 | 310 |
| Campania | 84,4 | 67,4 | 156 |
| Puglia | 60,9 | 78,9 | 83 |
| Basilicata | 61,8 | 77,3 | 113 |
| Calabria | 29,8 | 53,3 | 140 |
| Sicilia | 83,3 | 82,9 | 339 |
| Sardegna | 90,2 | 94,4 | 252 |
| <i> Nord-ovest</i> | <i>90,5</i> | <i>95,1</i> | <i>165</i> |
| <i> Nord-est</i> | <i>95,2</i> | <i>96,3</i> | <i>227</i> |
| <i> Centro</i> | <i>83,3</i> | <i>94,6</i> | <i>141</i> |
| <i> Sud</i> | <i>68,9</i> | <i>72,5</i> | <i>144</i> |
| <i> Isole</i> | <i>86,7</i> | <i>85,7</i> | <i>318</i> |
| Italia | 85,3 | 89,6 | 184 |

⁽¹⁾ Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale

^(a) Popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

^(b) Popolazione di riferimento: persone con età maggiore di 65 anni.

^(c) Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

⁽²⁾ Dato riferito all'intera provincia.

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

Tavola 42. L'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari⁽¹⁾ nell'area anziani: indicatori territoriali. 2006

| Regione e ripartizione geografica | Percentuale di comuni coperti dal servizio | Indice di copertura territoriale del servizio ^(a) (per 100 persone) ^(b) | Indicatore di presa in carico degli utenti ^(c) (per 10.000 persone) ^(b) |
|-----------------------------------|--|---|---|
| Piemonte | 65,0 | 66,7 | 56 |
| Valle d'Aosta | 12,2 | 8,0 | 5 |
| Lombardia | 39,4 | 34,1 | 263 |
| Trentino - Alto Adige | 34,2 | 35,3 | 10 |
| <i>Bolzano-Bozen(2)</i> | <i>0,0</i> | <i>0,0</i> | <i>0</i> |
| <i>Trento</i> | <i>52,0</i> | <i>65,4</i> | <i>18</i> |
| Veneto | 91,9 | 93,3 | 237 |
| Friuli - Venezia Giulia | 44,3 | 52,6 | 48 |
| Liguria | 17,9 | 59,7 | 6 |
| Emilia - Romagna | 47,8 | 50,0 | 279 |
| Toscana | 73,9 | 61,9 | 33 |
| Umbria | 33,7 | 30,5 | 38 |
| Marche | 4,9 | 20,3 | 11 |
| Lazio | 39,4 | 69,8 | 40 |
| Abruzzo | 38,7 | 39,1 | 23 |
| Molise | 4,4 | 15,7 | 22 |
| Campania | 25,4 | 38,7 | 18 |
| Puglia | 15,5 | 25,9 | 40 |
| Basilicata | 12,2 | 25,0 | 6 |
| Calabria | 3,4 | 5,2 | 42 |
| Sicilia | 22,3 | 17,4 | 14 |
| Sardegna | 10,9 | 16,6 | 19 |
| <i>Nord-ovest</i> | <i>47,2</i> | <i>46,9</i> | <i>166</i> |
| <i>Nord-est</i> | <i>61,5</i> | <i>66,3</i> | <i>215</i> |
| <i>Centro</i> | <i>40,3</i> | <i>56,7</i> | <i>33</i> |
| <i>Sud</i> | <i>18,7</i> | <i>28,6</i> | <i>28</i> |
| <i>Isole</i> | <i>16,7</i> | <i>17,2</i> | <i>15</i> |
| Italia | 39,7 | 45,9 | 104 |

⁽¹⁾ Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari

^(a) Popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

^(b) Popolazione di riferimento: persone con età maggiore o uguale a 65 anni.

^(c) Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

⁽²⁾ Dato riferito all'intera provincia.

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

Tavola 43. Voucher, assegno di cura e buono socio-sanitario nell'area anziani: indicatori territoriali. 2006

| Regione e ripartizione geografica | Percentuale di comuni coperti dal servizio | Indice di copertura territoriale del servizio ^(a) (per 100 persone) ^(b) | Indicatore di presa in carico degli utenti ^(c) (per 10.000 persone) ^(b) |
|-----------------------------------|--|---|---|
| Piemonte | 78,0 | 88,0 | 38 |
| Valle d'Aosta | 1,4 | 32,4 | 40 |
| Lombardia | 79,1 | 79,5 | 61 |
| Trentino - Alto Adige | 65,8 | 53,9 | 27 |
| Bolzano (2) | 0,0 | 0,0 | 0 |
| Trento | 100,0 | 100,0 | 50 |
| Veneto | 93,8 | 90,0 | 220 |
| Friuli - Venezia Giulia | 67,1 | 74,0 | 80 |
| Liguria | 24,3 | 58,6 | 37 |
| Emilia - Romagna | 72,1 | 74,4 | 149 |
| Toscana | 21,3 | 29,2 | 13 |
| Umbria | 1,1 | 0,8 | 0 |
| Marche | 1,2 | 9,3 | 2 |
| Lazio | 5,0 | 1,7 | 0 |
| Abruzzo | 3,6 | 4,8 | 2 |
| Molise | 0,0 | 0,0 | 0 |
| Campania | 0,7 | 1,0 | 1 |
| Puglia | 1,2 | 10,7 | 0 |
| Basilicata | 0,8 | 0,5 | 0 |
| Calabria | 1,2 | 2,1 | 1 |
| Sicilia | 24,1 | 38,2 | 26 |
| Sardegna | 0,0 | 0,0 | 0 |
| <i>Nord-ovest</i> | <i>72,6</i> | <i>78,9</i> | <i>51</i> |
| <i>Nord-est</i> | <i>78,4</i> | <i>78,9</i> | <i>159</i> |
| <i>Centro</i> | <i>8,4</i> | <i>12,2</i> | <i>5</i> |
| <i>Sud</i> | <i>1,3</i> | <i>4,4</i> | <i>1</i> |
| <i>Isole</i> | <i>12,3</i> | <i>28,8</i> | <i>19</i> |
| Italia | 44,3 | 44,4 | 49 |

^(a) Popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

^(b) Popolazione di riferimento: persone con età maggiore o uguale a 65 anni.

^(c) Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

⁽²⁾ Dato riferito all'intera provincia.

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

3.4.4 L'assistenza domiciliare nell'Italia delle Regioni

Riepiloghiamo i punti di forza e di debolezza, cercando di dare un quadro il più possibile completo delle LTC e dell'assistenza domiciliare⁷².

In un ambito di tale rilevanza e delicatezza come quello dell'assistenza alle persone non autosufficienti (specie se anziani), oltre ai problemi contingenti e alle tradizionali disuguaglianze fra Regioni, quello che ha contribuito a originare l'attuale situazione di generalizzata disomogeneità è stata:



**la prolungata mancanza di una vera programmazione
e di un serio coordinamento a livello nazionale**

Vediamo alcuni punti di interesse:

- Ci sono Regioni dove le responsabilità di programmazione, gestione ed erogazione ricadono principalmente sull'amministrazione regionale (e nel concreto su Aziende USL) e Regioni dove, invece, sono realtà come i Comuni a farsene maggior carico. Anche se la tendenza dell'ultimo periodo è quella di un ravvicinamento tra le due diverse visioni⁷³.
- Esistono Regioni che da un punto di vista della globalità amministrativa:
 - tendono ad accorpate gli Assessorati alla Sanità e alle Politiche Sociali
→ Friuli Venezia Giulia → Sardegna
 - tendono ad attribuire autonomia alle politiche sociali (con competenze ben distinte)
→ Piemonte → Liguria
→ Emilia Romagna → Veneto
→ Puglia
- Esistono Regioni che da un punto di vista della globalità programmatica:
 - realizzano un "piano sociale che si occupa di servizi sociali, affiancato da un piano sanitario che riprende la parte relativa ai servizi sanitari"
→ Marche → Puglia
→ Umbria → Sardegna
→ Toscana
 - realizzano integrazione tra sanità e sociale (grazie a un unico atto di programmazione):
→ Lombardia → Veneto
→ Emilia Romagna⁷⁴
- Se poi si osservano gli orientamenti di sviluppo nelle politiche assistenziali⁷⁵:
 - la tendenza generale è quella di un potenziamento dei trasferimenti monetari
→ tutte le Regioni (salvo la Toscana)

⁷² Si vedano: AA.VV., *Territori e non autosufficienza. Rapporto finale 2007*, Roma, IRES, maggio 2007, p. 37; C. Gori, G. Casanova, *I servizi domiciliari*, in AA.VV., *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia...*, cit., p. 46 e ss.; E. Pavolini E., *Regioni e Politiche sociali per anziani. Le sfide della non autosufficienza*, Roma, Carocci, 2004.

⁷³ G. Giorgi, E. Ranci Ortigosa, *Il governo delle politiche regionali*, in C. Gori (ed.), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Roma, Carocci, 2008, p. 78.

⁷⁴ F. Bertoni, C. Caffarena, B. Riboldi, *Il quadro delle riforme*, in C. Gori (ed.), *Le riforme regionali per i non autosufficienti...*, cit., pp. 28-29.

⁷⁵ *Ibidem*, pp. 34-35.

Box 4. Le leggi regionali sulla non autosufficienza⁷⁷

| Regioni che hanno approvato una legge organica di riordino del sistema regionale dei servizi sociali dopo la legge 328/2000 | | | Regioni dotate di una legge organica che disciplina il settore, precedente alla 328/2000 | | |
|--|--|---|---|----------------|---|
| Basilicata | I.r. 4/2007 | Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale | Abruzzo | I.r. 22/1998 | Norme per la programmazione e la organizzazione dei servizi di assistenza sociale |
| Calabria | I.r. 23/2003 | Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali | Lazio | I.r. 38/1996 | Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socioassistenziali |
| Campania | I.r. 11/2007 | Legge per la dignità e la cittadinanza sociale | Marche | I.r. 43/1988 | Norme per il riordino delle funzioni di assistenza sociale di competenza dei comuni per l'organizzazione del servizio sociale e per la gestione dei relativi interventi nella regione |
| Emilia Romagna | I.r. 2/2003 | Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali | Molise | I.r. 1/2000 | Riordino delle attività socioassistenziali e istituzione di un sistema di protezione sociale e dei diritti sociali di cittadinanza |
| Friuli Venezia Giulia | I.r. 6/2006 | Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale | Prov. Bolzano | I.p.a. 13/1991 | Riordino dei servizi sociali nella provincia di Bolzano |
| Liguria | I.r. 12/2006 | Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari | Sicilia | I.r. 22/1986 | Riordino dei servizi e delle attività socioassistenziali |
| Lombardia | I.r. 3/2008 I.r. 4/2008 e modifiche I.r. 212/215 | Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario | Umbria | I.r. 3/1997 | Riorganizzazione della rete di protezione sociale regionale e di riordino delle funzioni socio assistenziali |
| Piemonte | I.r. 1/2004 | Norme per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento | Veneto | I.r. 55/1982 | Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale |
| Prov. Trento | I.p.a. 13/2007 | Politiche sociali nella Provincia di Trento | Valle d'Aosta | I.r. 5/2000 | Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione sociosanitaria regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali prodotte ed erogate dalla regione |
| Puglia | I.r. 19/2006 | Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia | | | |
| Sardegna | I.r. 23/2005 | Sistema integrato dei servizi alla persona (abrogazione I.r. 4/1998, Riordino delle funzioni socio assistenziali). | | | |
| Toscana | I.r. 41/2005 | Legge sul sistema integrato dei servizi sociali e la tutela dei diritti di cittadinanza Sociale | | | |

⁷⁷ G. Giorgi, E. Ranci Ortigosa, *Il governo delle politiche regionali*, in C. Gori (ed.), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*..., cit., pp. 80-81.

Box 5. Le leggi per l'istituzione dei diversi Fondi Regionali per la Non Autosufficienza⁷⁸

| Legge di riordino | | |
|-----------------------|--|--|
| Basilicata | I.r. 4/2007 | Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale |
| Friuli Venezia Giulia | I.r. 6/2006 | Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale |
| Liguria | I.r. 12/2006 | Promozione del sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari |
| Lombardia | I.r. 3/2008 | Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario |
| Legge specifica | | |
| Lazio | I.r. 20/2006 | Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza |
| Toscana | I.r. 66/2008 | Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza |
| Umbria | I.r. 9/2008 | Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni |
| Prov. Bolzano | I.p. 10/2007 | Interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti |
| Legge di bilancio | | |
| Emilia Romagna | I.r. 2/2003 I.r. 27/2004 dgr 509/2007 dgr 1206/2007 | Istituzione Fondo Regionale per la non autosufficienza |
| Sardegna | I.r. 2/2007 dgr 44/2007 I.r. 4/2006 | Disposizione per la predisposizione del bilancio annuale e pluriennale della regione |
| Veneto | I.r. 1/2007 dgr 1944/2008 | Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2008 art.3, Fondo regionale per la non autosufficienza |
| Prov. Trento | I.p. 23/2007 | Disposizioni per la formazione del bilancio annuale di Trento 2008 e pluriennale 2008-10 della Provincia Autonoma di Trento (legge finanziaria 2008) |

- La mancanza di una linea guida comune è evidente quando si prende in considerazione l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Sovente ci si trova di fronte a scelte antitetiche, a soluzioni tra di loro contrastanti, specchio di opposte maniere di intendere a) il ruolo dell'assistenza pubblica e b) il fine a cui questa debba tendere.

Esiste un irriducibile aut-aut tra:

- l'efficacia dell'intervento
- la maggior diffusione fra la popolazione

Si ripropone l'eterna – e ingannevole – contrapposizione tra “qualità” contro “quantità”, con Regioni che preferiscono:

- Assistere un numero **minore di utenti** anziani ma con **maggiore intensità**
 - Sardegna
 - Puglia
 - Piemonte
 - Campania
 - Sicilia
- Assistere un numero **maggiore di utenti** anziani ma con **minore intensità**
 - Friuli Venezia Giulia
 - Molise
 - Umbria
 - Liguria
 - Emilia Romagna
 - Veneto
 - Lombardia
 - **Lazio**

⁷⁸ C. Ceda, G. Fosti, F. Tediosi, *Il Fondo per le Non Autosufficienze: implicazioni per la governance dei servizi socio-sanitari regionale e locali*, in E. Anessi Pessina, E. Cantù (eds.), *L'aziendalizzazione della sanità...*, cit., p. 296.

- L'incrocio di dati sull'assistenza domiciliare e la presenza di strutture residenziali (RSA) ripropone la spaccatura dell'Italia in due parti:
 - Quella del Nord (con l'aggiunta della Toscana)
 - Quella del Centro-Sud (con l'eccezione del Piemonte)
 Nel Nord a buona presenza dei servizi residenziali RAS corrisponde anche una migliore organizzazione e diffusione dei servizi ADI.

- Tra le misure maggiormente utilizzate nelle politiche a favore della non autosufficienza c'è l'erogazione di contributi economici alle famiglie, come gli **assegni di cura**. Le principali ragioni della diffusione di questo strumento assistenziale sono⁷⁹:
 - La convinzione che sia il modo più rapido e, tutto sommato, a costi contenuti per raggiungere il maggior numero di persone. Può favorire la permanenza degli anziani non autosufficienti a casa propria, in alternativa al ricovero in strutture residenziali.
 - È meno complicato che realizzare una rete di servizi assistenziali.
 - È funzionale alla realtà delle badanti, divenendo sostanzialmente un contributo che le famiglie utilizzano per retribuire l'assistente familiare.
 - Il ricevere un contributo in denaro da poter spendere con grande libertà e senza – o quasi – vincoli di utilizzo è molto apprezzato dalle famiglie e dagli assistiti.

- L'istituzione del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza e i successivi diversi Fondi Regionali sono stati passi fondamentali in direzione di una politica finalmente attenta alla delicata e importantissima questione dell'assistenza ai non autosufficienti (disabili e soprattutto anziani)⁸⁰.

3.4.5 *Ruolo della famiglia e delle assistenti familiari*

Come abbiamo anticipato nel capitolo precedente, se globalmente la famiglia resta un punto di riferimento essenziale nell'assistenza agli anziani non autosufficienti, ciò è particolarmente vero in alcune nazioni del Sud Europa, come per esempio l'Italia, la Spagna, il Portogallo o la Grecia.

Il sistema italiano:
 grande spazio
 all'intervento
 informale, ma spesso
 senza sostegni
 adeguati ai care giver

Nel nostro paese, per lungo tempo, si è erroneamente creduto che la rete di assistenza informale parentale, comunitaria (amici e vicini) o caritatevole (il volontariato) potesse bastare a soddisfare le richieste delle persone anziane non autosufficienti. La conseguenza è stata quella di puntare con troppo ritardo e troppo debolmente sullo sviluppo di un programma assistenziale ad ampio raggio e di carattere nazionale.

Nel nostro paese ancora oggi l'80% delle famiglie in cui è presente un membro disabile o anziano non autosufficiente non cerca aiuto nelle strutture pubbliche, ma preferisce gestire privatamente l'onere dell'assistenza.

⁷⁹ C. Gori, S. Pasquinelli, *Gli assegni di cura*, in C. Gori (ed.), *Le riforme regionali per i non autosufficienti...*, cit., p. 159.

⁸⁰ G. Giorgi, E. Ranci Ortigosa, *Il governo delle politiche regionali*, in C. Gori (ed.), *Le riforme regionali per i non autosufficienti...*, cit., pp. 77 e ss.

Il sistema italiano non solamente lascia ancora grande spazio all'intervento informale, ma sovente non garantisce nemmeno sostegni adeguati a coloro che decidono di assistere direttamente un proprio caro a domicilio (al di là di misure dette di "sollievo" adottate da alcune realtà locali come l'organizzazione di Centri Diurni Integrati, servizi come gli *home relief* e l'educazione al *care* fatta agli assistenti).

Gli stessi trasferimenti monetari generici, di bassa entità e non vincolati all'acquisto di servizi di assistenza – come può essere l'indennità di accompagnamento – sono insufficienti per venire realmente incontro alla complessità dei problemi che si trovano ad affrontare i *care givers* informali.

Dunque le strade percorse dai privati sono sostanzialmente due:

- Farsi direttamente carico dell'assistenza, accudendo il proprio caro in maniera continuativa
- Ricorrere all'opera di personale non specializzato, come le assistenti familiari, che nel linguaggio corrente sono state ribattezzate "badanti"

Un fenomeno, quello della presenza di assistenti familiari nelle nostre case, cresciuto notevolmente soprattutto a partire dalla fine degli anni Novanta. Ne hanno stimolato la crescita fattori quali:

- Cambi nella composizione dei nuclei familiari
- Cambi nelle abitudini degli individui
- Maggior partecipazione femminile al mondo del lavoro
- Inadeguatezza dei sistemi pubblici di assistenza
- Ampia disponibilità di forza lavoro

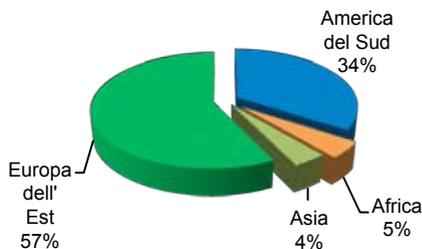
Secondo recenti stime, si pensa che le badanti attive sul nostro territorio nazionale siano oltre 774.000⁸¹.

Nella stragrande maggioranza dei casi l'assistente familiare è:

- di sesso femminile
- di provenienza straniera (700.000). Tra le zone di origine, le principali restano quelle dell'Europa dell'Est (Romania e Ucraina, *in primis*) e dell'America del Sud (Perù ed Ecuador, in particolare):

⁸¹ Sul tema delle assistenti familiari si vedano: S. Pasquinelli, G. Rusmini, *Badanti: la nuova generazione. Caratteristiche e tendenze del lavoro privato di cura*, Milano, Istituto per la Ricerca Sociale-IRS, 2008; Id., *I sostegni al lavoro privato di cura*, in AA.VV., *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia...*, cit., cap. 5, pp. 83-97 e A. Pozzi (coord.), *L'integrazione delle assistenti familiari immigrate nella rete dei servizi territoriali*, in AA.VV., *Territori e non autosufficienza...*, cit., parte III, pp. 186-121.

Grafico 19. Provenienza delle assistenti familiari straniere. 2007 (%)



Fonte: elaborazione propria di dati IRS

Tuttavia a causa della condizione di irregolarità nelle quali queste persone – molto spesso – si trovano a operare, è difficoltoso quantificare in maniera precisa il numero di assistenti familiari presenti in Italia.

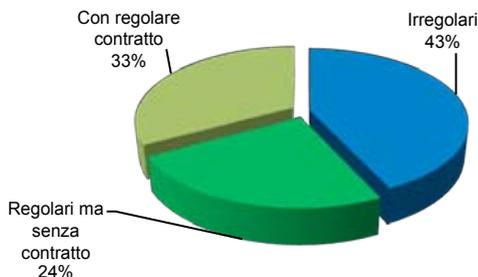
Le irregolarità riguardano:

- l'assenza di un regolare contratto
- la mancanza del permesso di soggiorno

In ogni caso, una possibile ripartizione delle badanti sulla base della loro condizione rivela che:

- 300.000..... sono irregolarmente presenti in Italia
- 232.000..... hanno un regolare contratto di lavoro
- 168.000..... sono in regola con il permesso di soggiorno ma sono senza contratto

Grafico 20. Articolazione per condizione delle assistenti familiari straniere. 2007 (%)



Fonte: elaborazione propria di dati IRS

Il 6,6% degli over 65 utilizza i servizi offerti dalle badanti e al Nord 1 anziano su 10 ricorre a questa forma di assistenza privata.

La spesa totale per pagare il lavoro delle assistenti familiari ammonta a 9 miliardi e 352 milioni di euro annui. I costi per un'ora di lavoro oscillano tra 8 e 10 euro.

Una famiglia italiana spende mediamente 970 euro al mese per pagare l'assistenza domiciliare non professionistica⁸².

Il guadagno netto mensile di una badante varia da 680 a 1.000 euro e più. I fattori che più incidono, aumentando o diminuendo, l'entità della retribuzione sono:

→ il livello di impegno (part-time, full-time o co-residenza)

→ la condizione di irregolarità della persona assunta

Una badante irregolare (perché retribuita "in nero" o perché clandestina) guadagna fino al 40% in meno rispetto a una con regolare contratto.

Tabella 44 e grafico 21. Guadagno netto mensile e ripartizione secondo livello d'impegno. 2007

| Retribuzione | Co-residenti % | A ore (a partire da 6 ore al giorno) % |
|-----------------|----------------|--|
| Fino a 750 € | 14,8 | 21,7 |
| Tra 750-1.000 € | 73,3 | 52,5 |
| Oltre 1.000 € | 11,5 | 25,7 |

Fonte: elaborazione propria di dati IRS

Attualmente 7 badanti su 10 co-risiedono con l'assistito, anche se la tendenza fra le nuove arrivate in Italia è orientata verso un lavoro sempre più "a ore". Un trend riscontrabile soprattutto fra le lavoratrici provenienti dal Sud America, mentre fra quelle provenienti dall'Est Europa la co-residenza è ancora abbastanza praticata e accettata.

Come scrivono i ricercatori dell'IRES: "Il mercato di cura privato in Italia è contraddistinto da un alto tasso di informalità. L'insufficienza del servizio pubblico a ricoprire la molteplicità di bisogni che l'assistenza ad un anziano richiede, ha favorito la crescita dell'organizzazione 'self making', creata su misura, attiva 24 ore al giorno e con prezzi non equiparabili alle tariffe dell'assistenza regolare"⁸³.

Alcune Regioni italiane hanno adottato misure con l'obiettivo dichiarato di:

- Sostenere le famiglie nell'assistenza
- Regolarizzare e disciplinare il lavoro delle "badanti"

Tra gli interventi ci sono:

- **Assegni di cura**. Alcune Regioni (Abruzzo, Emilia Romagna, Veneto, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia e Sardegna) concedono un assegno di cura vincolato alla regolare assunzione di un'assistente familiare. Si tratta però di una misura a cui fanno ricorso un numero limitato di famiglie.
- **Agevolazioni fiscali**. Sconti sul pagamento degli oneri contributivi con il fine di incoraggiare assunzioni regolari.
- **Formazione**. Formare le assistenti familiari per rendere migliore il loro servizio e più qualificato il loro lavoro.

⁸² Benché sia una cifra in grado di incidere anche in maniera consistente sul bilancio di molte famiglie, è pur sempre meno onerosa di quella che si dovrebbe sborsare per retribuire un operatore appartenente a una cooperativa di servizi.

⁸³ A. Pozzi (coord.), *L'integrazione delle assistenti familiari immigrate nella rete dei servizi territoriali*, in AA.VV., *Territori e non autosufficienza...*, cit., parte III, p. 101.

- Istituzione di sportelli pubblici per domanda/offerta. Un servizio utile tanto alle famiglie che spesso non sanno dove e a chi rivolgersi nel momento di cercare un'assistente familiare come alle lavoratrici, che ne traggono quella visibilità indispensabile per trovare lavoro.

Tuttavia queste misure non sembrano essere sufficienti per contrastare abitudini e pratiche irregolari. Benché siano iniziative lodevoli, a tutt'oggi:

- a) risultano ancora troppo poco diffuse e isolate per essere davvero efficaci e
- b) non sembrano tanto vantaggiose da convincere i potenziali fruitori – ovvero famiglie e lavoratrici straniere – a uscire dall'ombra. Le cifre erogate non riescono a coprire gli oneri contributivi a carico delle famiglie.

Purtroppo, restare in una condizione di irregolarità garantisce a entrambe le parti interessate benefici a cui è difficile rinunciare⁸⁴. Permetterebbe:

 alle famiglie

- di godere di maggiore libertà decisionale (rapporti meno vincolanti grazie all'assenza di obblighi contrattuali)
- di pagare salari decisamente meno alti (conseguenza del mancato versamento dei contributi e di una certa tendenza a sfruttare la manodopera facendo leva proprio sull'irregolarità)

 alle badanti

- di guadagnare soldi in nero (senza l'obbligo di dover pagare le imposte)
- di gestire con maggiore discrezionalità i futuri progetti migratori (rientro in patria)
- ugualmente di instaurare rapporti con il datore di lavoro meno vincolanti

Concludendo possiamo dire che per evitare di rendere inutile e velleitario ogni singola attività o iniziativa (anche la più meritoria) è necessario cominciare a **ragionare per reti**.

Come scrive il sociologo Alessandro Pozzi, bisogna pensare che le attività che i *care givers* “svolgono all'interno del nucleo familiare vanno ad inserirsi in una complessa rete di relazioni assistenziali preesistente, un mix di servizi pubblici, privati e familiari dal quale dipende il carattere stesso dell'assistenza. Ragionare per reti significa considerare tutte le realtà che a vario titolo gravitano attorno alla persona non autosufficiente, a partire dalla possibile esistenza di un nucleo familiare alle spalle dell'anziano bisognoso di cure, sino a raggiungere il territorio con le sue reti informali di assistenza volontaristica, rionale o amicale, sino a spingersi, in ultima battuta, verso la platea dei servizi pubblici e privati disponibili: dall'assistenza sociale comunale e dai servizi messi in atto dall'ente locale e dalle strutture socio sanitarie e residenziali presenti sul territorio.

È questo un lavoro di *back service* che permette di mettere a sistema una varietà di aiuti che altrimenti rischiano di vanificarsi a vicenda o di sviluppare grande disordine attorno all'assistito”⁸⁵.

⁸⁴ C. Gori, S. Pasquinelli, *Gli assegni di cura*, in C. Gori (ed.), *Le riforme regionali per i non autosufficienti...*, cit., p. 177.

⁸⁵ A. Pozzi (coord.), *L'integrazione delle assistenti familiari immigrate nella rete dei servizi territoriali*, in AA.VV., *Territori e non autosufficienza...*, cit., parte III, p. 145 e Id., *Le politiche di long term care in Italia. I principali nodi del dibattito...*, cit., p. 12 e ss.

3.5 L'esperienza di tre regioni più il Lazio

A questo punto mostriamo come viene articolata e gestita l'assistenza alle persone non autosufficienti in tre regioni italiane, a nostro giudizio particolarmente significative per assetto istituzionale, per soluzioni adottate e per composizione socio-demografica della popolazione: Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Liguria. Da ultimo il punto sulla Regione Lazio.



3.5.1 Friuli Venezia Giulia



La popolazione totale del Friuli Venezia Giulia ammonta a 1.230.936 di abitanti (31 gennaio 2008).

La percentuale di persone over 65 anni è del 23,1%, percentuale superiore di tre punti alla media italiana (20,1%). Alla fine del 2008 si contavano più di 285.000 persone anziane.

| Età | Maschi | Femmine | Totale |
|---------|--------|---------|--------|
| 65-69 | 33.621 | 41.707 | 75.328 |
| 70-74 | 30.397 | 36.517 | 66.914 |
| 75-79 | 22.053 | 31.853 | 53.906 |
| 80-84 | 15.151 | 28.435 | 43.586 |
| 85-89 | 8.270 | 20.873 | 29.143 |
| 90-94 | 1.830 | 6.202 | 8.032 |
| 95-99 | 649 | 2.971 | 3.620 |
| 100-104 | 40 | 327 | 367 |
| 105-109 | 3 | 14 | 17 |

Fonte: elaborazione propria dati Istat e Regione FVG

A Trieste si conta la più alta percentuale di popolazione over 65 fra i capoluoghi di Regione d'Italia: ben il 28%:

| | M over 65 | F over 65 | M+F over 65 | M+F in % |
|---------|-----------|-----------|-------------|----------|
| Trieste | 22.417 | 35.302 | 57.719 | 28 |

Fonte: Elaborazione propria di dati ISTAT, Ageing Society – Osservatorio Terza Età

Legislazione

Il settore dei servizi destinati alle persone non autosufficienti è stato regolato a livello regionale dalla:

■ Legge 6 del 31 marzo 2006. *Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale*

- All'articolo 41 si dichiarano non autosufficienti quelle persone che “non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri”.

- Sempre l'articolo 41 stabilisce l'istituzione di un Fondo per l'Autonomia Possibile e per l'assistenza a lungo termine⁸⁶. Tramite il Fondo si provvede al finanziamento di prestazioni e servizi destinati ai soggetti non autosufficienti con priorità per gli interventi diretti al sostegno della domiciliarità.

Il Fondo è formato con risorse regionali e nazionali, nonché con risorse provenienti dalla fiscalità generale ed eventuali risorse di altri soggetti pubblici e privati.

- L'articolo 45 riguarda anche le politiche per le persone anziane con perdita di autosufficienza.
- All'articolo 6 si parla esplicitamente di misure pensate per "favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio, anche attraverso il sostegno all'assistenza familiare e l'offerta semiresidenziale e residenziale temporanea".

Assistenza Domiciliare Integrata

Secondo dati del 2006 (ultimi disponibili), il Friuli Venezia Giulia è la prima regione italiana per sviluppo e diffusione di servizi di Assistenza Domiciliare Integrata.

In ogni distretto della Regione è garantita un'offerta per 12 ore nei giorni feriali e – salvo poche eccezioni – anche nei giorni prefestivi e festivi.

Il 7,3% degli anziani è coperto dai servizi ADI.

Si registrano 2.159 casi per 100.000 abitanti, tre volte la media nazionale, ferma a 703.

Anche la percentuale di popolazione anziana raggiunta da questo servizio è la più elevata d'Italia (80 per mille), considerando che il dato nazionale è pari a 31,9 per mille⁸⁷.

La percentuale di anziani che usufruiscono dei servizi ADI ha subito numerose fluttuazioni nel corso degli ultimi anni:

| % | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 01-08 |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| FVG | 7,6 | 9,1 | 7,8 | 7,7 | 7,9 | 7,5 | 7,2 | 7,3 | -0,3 |
| Italia | 2,0 | 2,4 | 2,4 | 2,8 | 2,9 | 3,0 | 3,2 | 3,3 | 1,3 |

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT, Ministero della Salute

Il numero delle ore per ciascun caso trattato è inferiore alla media nazionale, 16 contro 24.

Quest'ultimo dato mostra chiaramente su quali direttrici si muove l'intervento pubblico a favore delle non autosufficienti: si favorisce una maggiore diffusione del servizio sul territorio, rispetto all'intensità dello stesso.

| | Assistibili in ADI | Tassi di assistibili per 100.000 | Tassi assistibili anziani % | Assistibili anziani (per 1.000 >65) | Ore di assistenza per caso |
|-----------------------|--------------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| Friuli Venezia Giulia | 26.133 | 2.159 | 79 | 80 | 16 |
| Italia | 414.153 | 703 | 84,4 | 31,9 | 24 |

Fonte: elaborazione propria di dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Nel 2007, più di 27.000 anziani hanno usufruito di interventi domiciliari per prestazioni di assistenza infermieristica, mentre sono stati oltre 8.000 quelli che hanno goduto di assistenza riabilitativa.

⁸⁶ I criteri in base ai quali avviene la ripartizione delle risorse fra i singoli Comuni sono contenuti nel Decreto del Presidente della Regione 8 agosto 2007 n. 0245/Pres. Per quanto riguarda il Fondo per l'autonomia: Decreto del Presidente della Regione 2 febbraio 2007, n. 035/Pres.

⁸⁷ Dati raccolti in *Rapporto Osservasalute 2008*, Osservatorio della Salute 2009 dell'Università Cattolica, pp. 371-373.

Nella seguente tabella il dettaglio delle singole Aziende per i Servizi Sanitari (ASS).

| ASS | 2006 | | | | 2007 | | | |
|---|---------------|----------------|-----------------|------------------------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------------------------|
| | Utenti totali | Accessi totali | Utenti >64 anni | Copertura % della popolaz. Ass >64 | Utenti totali | Accessi totali | Utenti >64 anni | Copertura % della popolaz. Ass >64 |
| ASSISTENZA DOMICILIARE INFERMIERISTICA | | | | | | | | |
| Triestina | 8.300 | 99.776 | 7.501 | 11,6 | 7.520 | 107.287 | 6.795 | 10,5 |
| Isontina | 2.591 | 37.025 | 2.306 | 6,8 | 2.818 | 39.816 | 2.523 | 7,4 |
| Alto Friuli | 2.520 | 36.964 | 2.249 | 13,2 | 2.357 | 36.184 | 2.080 | 12,2 |
| Medio Friuli | 7.381 | 118.011 | 6.368 | 8,3 | 7.324 | 128.480 | 6.462 | 8,4 |
| Basso Friuli | 3.531 | 59.685 | 3.115 | 13,0 | 3.846 | 59.570 | 3.350 | 14,0 |
| Friuli Occ. | 6.402 | 91.922 | 5.817 | 9,6 | 6.866 | 101.354 | 6.211 | 10,2 |
| FVG | 30.725 | 443.383 | 27.356 | 9,9 | 30.731 | 472.691 | 27.421 | 9,9 |
| ASSISTENZA DOMICILIARE RIABILITATIVA | | | | | | | | |
| Triestina | 2.171 | 11.235 | 1.817 | 2,8 | 2.062 | 9.516 | 1.729 | 2,7 |
| Isontina | 508 | 4.629 | 400 | 1,2 | 666 | 5.125 | 498 | 1,5 |
| Alto Friuli | 753 | 3.035 | 675 | 4,0 | 775 | 3.879 | 682 | 4,0 |
| Medio Friuli | 2.292 | 10.365 | 2.034 | 2,7 | 3.036 | 15.451 | 2.619 | 3,4 |
| Basso Friuli | 730 | 5.882 | 638 | 2,7 | 987 | 6.660 | 859 | 3,6 |
| Friuli Occ. | 2.034 | 7.252 | 1.819 | 3,0 | 2.327 | 8.964 | 2.072 | 3,4 |
| FVG | 8.488 | 42.398 | 7.383 | 2,7 | 9.853 | 49.595 | 8.459 | 3,1 |

Fonte: elaborazione propria di dati Sistema Servizio Sanitario Regionale FVG

Significativo anche il dato della spesa per l'ADI, che in Friuli Venezia Giulia incide (2005) per il 3,15% sulla spesa sanitaria regionale, contro l'1,08% a livello nazionale.

Assistenza residenziale

Esiste un'ampia tipologia di strutture residenziali e semi-residenziali per anziani, tra cui individuiamo:

- le residenze polifunzionali
- le comunità alloggio
- le case albergo
- le residenze a utenza diversificata
- i centri diurni

Rispetto ad altre Regioni italiane, in FVG le RSA presentano caratteristiche diverse:

- 1) perché costituiscono un'offerta distrettuale
- 2) perché prevedono degenze brevi (inferiori al mese)
- 3) poiché sono pensate per recupero fisico e sociale di persone appena dimesse da un reparto ospedaliero. Una volta terminata la riabilitazione i pazienti anziani potranno tornare nelle proprie abitazioni o in altre strutture residenziali.

Nel 2007 si contavano 161 strutture residenziali e 45 semi-residenziali.

Nel 2005 sono stati più di 20 mila gli anziani ricoverati nelle strutture residenziali della Regione Friuli Venezia Giulia:

| | RSA | Residenze socio-sanitarie | Residenze assistenziali | Altre residenze | Totale anziani ricoverati |
|--------|---------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------------------------|
| FVG | 8.406 | 9.138 | 2.677 | 623 | 20.842 |
| Italia | 132.052 | 114.229 | 84.040 | 14.771 | 345.093 |

Fonte: elaborazione propria dati Network non Autosufficienza

Prestazioni monetarie

Oltre alle risorse destinate alla Regione Friuli Venezia Giulia dal Fondo nazionale, dal 2007 è possibile contare su quelle del Fondo per l'Autonomia Possibile e per l'assistenza a lungo termine (FAP).

L'obiettivo è l'erogazione di aiuti in denaro (assegni, contributi e sostegni) che possano facilitare l'assistenza a domicilio di persone non autosufficienti, evitando il ricovero in strutture residenziali.

Per raggiungere lo scopo si passa attraverso il potenziamento dell'ADI e la realizzazione di un progetto personalizzato per il beneficiario. L'accesso o meno ai fondi del FAP è deciso da un'apposita **Unità di Valutazione Distrettuale (UVD)**.

L'aiuto economico si articola su diversi tipi di intervento:

- **assegno per l'autonomia (APA)**: ha lo scopo di rendere possibile e sostenibile l'assistenza dei familiari a domicilio delle persone in condizioni di grave non autosufficienza
- **contributo per l'aiuto familiare**: ha l'obiettivo di sostenere quelle persone o famiglie che per garantire l'assistenza ricorrono all'aiuto di un'assistente familiare (la badante)
- **sostegno alla vita indipendente**: contribuisce al finanziamento di progetti di vita indipendente per le persone con grave disabilità, in grado di autodeterminarsi
- Sostegno a progetti in favore di persone con problemi di salute

L'APA e il contributo familiare sono cumulabili.

I requisiti per l'accesso sono:

- ▶ persone di età pari o superiore a 65 anni in condizioni di non autosufficienza con perdita di almeno 2 attività del quotidiano vivere (*Activities of daily living, Adl*)
- ▶ persone di età inferiore ai 65 anni in condizioni di grave disabilità con perdita di almeno 2 Adl (da legge 5 febbraio 1992, n. 104 *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*, articolo 3, comma 3)
- ▶ persone di età inferiore ai 65 anni in condizione di grave non autosufficienza temporanea, con perdita di almeno 2 Adl
- ▶ individui affetti da gravi patologie (demenza)
- ▶ individui inseriti in progetti di vita indipendenti

L'entità dell'APA varia a seconda delle Adl che si perdono. Per esempio:

- Con perdita di 2 ADL
 - fino a 15.000 euro di ISEE familiare, da 3.600 a 4.500 euro annui
 - da 15.001 a 25.000 euro di ISEE familiare, da 2.700 a 3.600 euro annui
 - da 25.001 a 35.000 euro di ISEE familiare da 2.000 a 2.700 euro annui

- Con perdita di 3 ADL
 - fino a 15.000 euro di ISEE familiare, da 5.100 a 6.200 euro annui
 - da 15.001 a 25.000 euro di ISEE familiare, da 4.000 a 5.100 euro annui
 - da 25.001 a 35.000 euro di ISEE familiare da 3.000 a 4.000 euro annui

La soglia ISEE massimale è pari a 35.000 euro. Gli importi possono essere ridotti se la persona non autosufficiente già riceve un assegno di accompagnamento.

■ Nel 2009 la dotazione del Fondo ammontava a **21,9 milioni** di euro. A questi si deve aggiungere la quota destinata al Friuli Venezia Giulia del Fondo nazionale: 9,28 milioni di euro.

Sostegni al lavoro privato di assistenza

La Regione mette a disposizione un contributo in denaro a favore di quelle famiglie che assumono regolarmente un'assistente di cura privata. L'obiettivo è duplice: sostenere le famiglie nell'assistenza e far emergere il lavoro "in nero" delle badanti.

Criteria d'accesso:

Non autosufficienza certificata

- ISEE familiare non superiore a € 35.000
- Regolare assunzione dell'assistente per almeno 25 ore settimanali

Entità:

- da 25 a 39 ore/settimanali.....€ 120 mensili
- oltre 40 ore/settimanali.....€ 200 mensili

Comuni

Per quanto concerne la spesa dei Comuni per l'area anziani le cifre sono le seguenti:

| 2006 | Interventi e servizi | Trasferimenti in denaro | Strutture | Totale |
|---------|----------------------|-------------------------|-------------|-------------|
| Anziani | 31.177.989 | 20.817.044 | 49.716.869 | 101.711.902 |
| Totale | 81.384.494 | 67.102.123 | 122.147.640 | 270.634.257 |

Fonte: elaborazione propria dati Servizio Statistica Regione FVG

La spesa per interventi a favore degli anziani ha assorbito il 37,58% delle risorse destinate ai servizi sociali. Sempre per quanto riguarda l'area anziani:

A) assistenza domiciliare socio assistenziale nell'area anziani è stata così ripartita:

| Regione | Utenti | Spesa € | Spesa media per utente |
|-----------------------|----------------|--------------------|------------------------|
| Friuli Venezia Giulia | 7.900 | 16.384.397 | 2.074 |
| Italia | 214.640 | 353.306.820 | 1.646 |

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

B) assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari⁽¹⁾

| Regione | Utenti | Spesa € | Spesa media per utente |
|-----------------------|----------------|-------------------|------------------------|
| Friuli Venezia Giulia | 1.321 | 1.705.274 | 1.291 |
| Italia | 121.486 | 55.129.437 | 454 |

⁽¹⁾ Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

C) Voucher, assegno di cura e buono socio-sanitario

| Regione | Utenti | Spesa € | Spesa media per utente |
|-----------------------|---------------|-------------------|------------------------|
| Friuli Venezia Giulia | 2.198 | 6.928.317 | 3.152 |
| Italia | 57.599 | 70.946.088 | 1.232 |

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

Sul fronte dell'assistenza, il 92% dei Comuni della Regione è coperto dal servizio domiciliare socio-assistenziale:

| Regione e ripartizione geografica | Percentuale di comuni coperti dal servizio | Indice di copertura territoriale del servizio ^(a) (per 100 persone) ^(b) | Indicatore di presa in carico degli utenti ^(c) (per 10.000 persone) ^(b) |
|-----------------------------------|--|---|---|
| Friuli - Venezia Giulia | 92,7 | 96,1 | 287 |
| Italia | 85,3 | 89,6 | 184 |

⁽¹⁾ Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale

^(a) Popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

^(b) Popolazione di riferimento: persone con età maggiore di 65 anni.

^(c) Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

⁽²⁾ Dato riferito all'intera provincia.

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

Per quanto riguarda l'ADI la percentuale è comunque sopra la media nazionale (44,3%)

| Regione e ripartizione geografica | Percentuale di comuni coperti dal servizio | Indice di copertura territoriale del servizio ^(a) (per 100 persone) ^(b) | Indicatore di presa in carico degli utenti ^(c) (per 10.000 persone) ^(b) |
|-----------------------------------|--|---|---|
| Friuli - Venezia Giulia | 44,3 | 52,6 | 48 |
| Italia | 39,7 | 45,9 | 104 |

⁽¹⁾ Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari

^(a) Popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

^(b) Popolazione di riferimento: persone con età maggiore o uguale a 65 anni.

^(c) Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

⁽²⁾ Dato riferito all'intera provincia.

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

Per quanto concerne le prestazioni monetarie, l'indicatore di presa in carica degli utenti è quasi il doppio della media nazionale:

| Regione e ripartizione geografica | Percentuale di comuni coperti dal servizio | Indice di copertura territoriale del servizio ^(a) (per 100 persone) ^(b) | Indicatore di presa in carico degli utenti ^(c) (per 10.000 persone) ^(b) |
|-----------------------------------|--|---|---|
| Friuli - Venezia Giulia | 67,1 | 74,0 | 80 |
| Italia | 44,3 | 44,4 | 49 |

^(a) Popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

^(b) Popolazione di riferimento: persone con età maggiore o uguale a 65 anni.

^(c) Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

⁽²⁾ Dato riferito all'intera provincia.

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

3.5.2 Emilia Romagna



La popolazione dell'Emilia Romagna conta 4.337.966 residenti, pari al 7% di quella nazionale (31 dicembre 2008).

Il 22,5% dei suoi abitanti (poco meno di un milione) supera i 65 anni di età. In totale gli anziani sono 975.208.

Gli over 75 rappresentano il 51% degli anziani dell'intera Regione.

A Bologna, città capoluogo di Regione, la percentuale di anziani residenti supera di diversi punti la media nazionale (il 27%, circa 100 mila persone).

Per quanto riguarda le province, isolando solamente le classi di età che ci interessano, la situazione è la seguente (2008):

| Province | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85-89 | 90-94 | 95-99 | oltre 100 | TOTALE |
|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---------------|---------------|--------------|----------------|
| Piacenza | 17.375 | 16.174 | 14.227 | 11.159 | 6.666 | 2.237 | 864 | 102 | 68.804 |
| Parma | 24.619 | 23.084 | 19.528 | 16.061 | 10.277 | 3.296 | 1.244 | 102 | 98.211 |
| Reggio Emilia | 25.996 | 24.501 | 20.633 | 16.751 | 10.331 | 3.213 | 1.202 | 108 | 102.735 |
| Modena | 36.536 | 34.496 | 28.616 | 22.930 | 14.434 | 4.344 | 1.602 | 140 | 143.098 |
| Bologna | 58.005 | 54.267 | 46.940 | 37.532 | 23.673 | 7.516 | 2.758 | 300 | 230.991 |
| Ferrara | 22.905 | 22.273 | 19.256 | 14.376 | 9.113 | 2.370 | 843 | 64 | 91.200 |
| Ravenna | 22.064 | 22.255 | 18.815 | 15.026 | 9.454 | 2.985 | 1.230 | 107 | 91.936 |
| Forlì-Cesena | 21.985 | 20.994 | 17.108 | 13.945 | 8.513 | 2.604 | 978 | 105 | 86.232 |
| Rimini | 16.271 | 15.374 | 12.454 | 9.558 | 5.880 | 1.778 | 633 | 53 | 62.001 |
| TOTALE | 245.756 | 233.418 | 197.577 | 157.338 | 98.341 | 30.343 | 11.354 | 1.081 | 975.208 |

Fonte: elaborazione propria di dati Servizio Statistiche Regione Emilia-Romagna

Legislazione

L'Emilia Romagna è stata la prima regione italiana ad attivarsi per dare una risposta concreta e soddisfacente alle necessità delle persone anziane non autosufficienti.

Dal punto di vista legislativo abbiamo:

■ Legge regionale 2 del 12 marzo 2003 *Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*

- All'articolo 50 si dichiara non autosufficiente ogni persona "anziana o disabile che non può provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri".

Sempre all'articolo 50 si prevede l'istituzione di Fondo sociale per la non autosufficienza

- All'articolo 2 comma 4 si spiega che "La presente legge riconosce, promuove e sostiene: le iniziative di reciprocità e di auto aiuto delle persone e delle famiglie che svolgono compiti di cura; l'autonomia e la vita indipendente, con particolare riferimento al sostegno alle scelte di permanenza al proprio domicilio delle persone in condizioni di non autosufficienza o con limitata autonomia"

Legge regionale 27/2004, *Legge Finanziaria*

- L'articolo 51 istituisce ufficialmente il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA)

 DGR 509/2007, avvio del FRNA nel 2007 e programma triennale 2007-2009

 DGR 1206/2007, Indirizzi attuativi per la gestione del programma

- Con le due delibere si stabilisce il programma del FRNA

Tuttavia già nel 1994 (L.R. 5/94), la Regione Emilia-Romagna aveva cominciato a prendere coscienza dell'importanza di sviluppare una serie di interventi a favore degli anziani non autosufficienti. Il discorso era proseguito nel 1999 (Delibera di Giunta regionale n. 124 dell'8/02/1999), con l'esplicitazione dei criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari e con l'identificazione di un unico modello di assistenza domiciliare integrata basato su livelli di intensità delle cure, graduate in relazione al bisogno sanitario e socio-assistenziale del singolo paziente.

Assistenza domiciliare

Si hanno due grandi tipologie d'intervento:

L'ADI

È un servizio presente in tutti i Distretti.

Fornisce una forma di assistenza integrata dove sono previsti sia interventi di tipo sanitario che socio-assistenziale.

L'obiettivo dell'ADI è permettere al maggior numero di persone non autosufficienti di ricevere l'assistenza necessaria al proprio domicilio, evitando così ricoveri in strutture di tipo residenziale.

I destinatari sono i malati di qualsiasi età, cronici, terminali, disabili gravi e gravissimi. Si basa sull'integrazione di figure professionali sanitarie e sociali come medici di famiglia, infermieri, medici specialisti, fisioterapisti, assistenti sociali, assistenti di base e con l'ausilio di volontari.

Sono previsti 3 livelli di intensità di assistenza in base alle esigenze del paziente. Per questa ragione viene elaborato un Piano personalizzato.

L'attivazione del servizio è richiesta nella maggior parte dei casi dal medico di famiglia o fa parte di un percorso di dimissione protetta (da ospedale o struttura residenziale).

L'Assistenza sociale domiciliare comunale

Il servizio si rivolge principalmente alle persone anziane.

Si tratta generalmente di interventi di sostegno e di assistenza nel compimento di tutta una serie di azioni quotidiane: cura e l'igiene della persona, cura dell'alloggio e la gestione delle faccende quotidiane, integrazione sociale, attività di segretariato sociale.

È garantito dai Comuni in base ai propri regolamenti.

I numeri di queste due tipologie di assistenza:

Secondo i dati forniti dall'ISTAT, nel 2008 il 6,1% della popolazione anziana dell'Emilia Romagna ha ricevuto servizi di assistenza domiciliare integrata. Si tratta della seconda regione italiana dopo il Friuli Venezia Giulia per copertura. Dal 2001 al 2008 questa percentuale è aumentata del 4,2%.

| | Assistibili in ADI | Tassi di assistibili per 100.000 | Tassi assistibili anziani % | Assistibili anziani (per 1.000 >65) | Ore di assistenza per caso |
|----------------|-----------------------|--|-----------------------------------|---|-------------------------------|
| Emilia Romagna | 59.093 | 1.405 | 90 | 58,8 | 22 |
| Italia | 414.153 | 703 | 84,4 | 31,9 | 24 |

Fonte: elaborazione propria dati Osservatorio della Salute

Invece, i dati forniti dalla Regione Emilia Romagna sempre per il 2008 (Banca Dati ADI) ci informano che sono oltre 77.000 gli anziani che fruiscono di Cure Domiciliari⁸⁸.

La maggior parte di essi supera gli 80 anni (23,8%), mentre ben il 22,6% si trova in un'età compresa fra gli 85 e gli 89 anni.

| Età | 65-69 | | 70-74 | | 75-79 | | 80-84 | | 85-89 | | >=90 | |
|--------------------|---------------|------|------------|------|---------|------|---------|-------|---------|-------|------------|-------|
| | N. Paz. | % | N. Paz. | % | N. Paz. | % | N. Paz. | % | N. Paz. | % | N. Paz. | % |
| Piacenza | 272 | 4,8 | 455 | 8,02 | 830 | 14,6 | 1.346 | 23,73 | 1.239 | 21,84 | 1.066 | 18,9 |
| Parma | 515 | 5,08 | 866 | 8,55 | 1.527 | 15,1 | 2.367 | 23,37 | 2.323 | 22,93 | 1.596 | 15,76 |
| Reggio E. | 568 | 5,34 | 967 | 9,09 | 1.573 | 14,8 | 2.364 | 22,22 | 2.153 | 20,24 | 1.716 | 16,13 |
| Modena | 591 | 4,42 | 1.109 | 8,3 | 1.839 | 13,8 | 3.186 | 23,83 | 3.082 | 23,06 | 2.451 | 18,34 |
| Bologna | 849 | 4,8 | 1.420 | 8,03 | 2.724 | 15,4 | 4.291 | 24,28 | 4.060 | 22,97 | 2.890 | 16,35 |
| Imola | 120 | 4,77 | 194 | 7,71 | 335 | 13,3 | 529 | 21,02 | 567 | 22,53 | 537 | 21,33 |
| Ferrara | 296 | 4,59 | 590 | 9,15 | 1.062 | 16,5 | 1.618 | 25,09 | 1.458 | 22,6 | 909 | 14,09 |
| Ravenna | 303 | 4,5 | 582 | 8,64 | 935 | 13,9 | 1.623 | 24,08 | 1.491 | 22,12 | 1.214 | 18,01 |
| Forlì | 105 | 3,31 | 198 | 6,24 | 392 | 12,4 | 752 | 23,7 | 790 | 24,9 | 709 | 22,34 |
| Cesena | 142 | 4,3 | 259 | 7,84 | 529 | 16 | 799 | 24,19 | 749 | 22,68 | 565 | 17,11 |
| Rimini | 215 | 4,1 | 402 | 7,67 | 754 | 14,4 | 1.361 | 25,97 | 1.255 | 23,95 | 863 | 16,47 |
| TOTALE | 3.976 | 4,7 | 7.042 | 8,29 | 12.500 | 15 | 20.236 | 23,8 | 19.167 | 22,6 | 14.516 | 17,1 |
| 65 ANNI E OLTRE | TOTALE 77.437 | | | | | | | | | | | |

Fonte: elaborazione propria su dati Banca Dati ADI – Regione Emilia Romagna

Oltre al numero di pazienti, le rilevazioni statistiche riguardano anche la TAD, la Tipologia di Assistenza Domiciliare, ovvero l'episodio di cura di assistenza domiciliare reso al singolo paziente. La TAD ci permette di raccogliere informazioni riconducibili a due diverse dimensioni: le caratteristiche del paziente e le caratteristiche dell'assistenza erogata⁸⁹.

⁸⁸ Si tratta di pazienti che hanno ricevuto almeno un accesso al domicilio.

⁸⁹ Da Assessorato Politiche per la Salute, *Le cure domiciliari in Emilia Romagna*, 2006, p. 4.

| Azienda USL di erogazione | Tipologia di Assistenza Domiciliare | | | | | | | | Totale | |
|---------------------------------|---------------------------------------|-------|-----------------------------------|-------|-----------------------------|------|-----------------------|-------|---------|-----|
| | Assistenza di Medicina Generale | | Assistenza Infermieristic a | | Assistenza specialistica | | Assistenza Sociale | | | |
| | N. TAD | % | N. TAD | % | N. TAD | % | N. TAD | % | N. TAD | % |
| PIACENZA | 5.026 | 58,61 | 2.834 | 33,05 | 0 | 0 | 715 | 8,34 | 8.575 | 100 |
| PARMA | 5.173 | 42,34 | 5.961 | 48,79 | 0 | 0 | 1.083 | 8,86 | 12.217 | 100 |
| REGGIO E. | 6.329 | 47,93 | 6.056 | 45,86 | 0 | 0 | 821 | 6,22 | 13.206 | 100 |
| MODENA | 11.877 | 76,37 | 3.018 | 19,41 | 25 | 0,16 | 631 | 4,06 | 15.551 | 100 |
| BOLOGNA | 13.313 | 59,08 | 7.925 | 35,17 | 1.297 | 5,76 | 0 | 0 | 22.535 | 100 |
| IMOLA | 1.615 | 56,02 | 1.268 | 43,98 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2.883 | 100 |
| FERRARA | 4.153 | 59,65 | 2.420 | 34,76 | 242 | 3,48 | 147 | 2,11 | 6.962 | 100 |
| RAVENNA | 3.331 | 42,6 | 3.463 | 44,28 | 0 | 0 | 1.026 | 13,12 | 7.820 | 100 |
| FORLÌ | 2.878 | 73,14 | 987 | 25,08 | 0 | 0 | 70 | 1,78 | 3.935 | 100 |
| CESENA | 2.039 | 51,13 | 1.787 | 44,81 | 0 | 0 | 162 | 4,06 | 3.988 | 100 |
| RIMINI | 3.454 | 59,51 | 1.896 | 32,67 | 0 | 0 | 454 | 7,82 | 5.804 | 100 |
| TOTALE | 59.188 | 57,2 | 37.615 | 36,35 | 1.564 | 1,51 | 5.109 | 4,94 | 103.476 | 100 |

Fonte: elaborazione propria su dati Banca Dati ADI- Regione Emilia Romagna

Per quanto riguarda la distribuzione delle TAD per livello di assistenza:

| Azienda USL di erogazione | Livello intensità assistenziale | | | | | | | | TOTALE | |
|---------------------------------|---------------------------------|-------|--------------------|----|----------------|-------|----------------|------|--------|-----|
| | Bassa intensità | | Media intensità | | Alta intensità | | Non definibile | | | |
| | N. TAD | % | N. TAD | % | N. TAD | % | N. TAD | % | N. TAD | % |
| Emilia Romagna | 34.852 | 35,43 | 22.621 | 23 | 11.782 | 11,98 | 29.112 | 29,6 | 98.367 | 100 |

Fonte: elaborazione propria su dati Banca Dati ADI- Regione Emilia Romagna

Mentre per ciò che concerne la distribuzione per classi di età e per durata della TAD:

| Durata della TAD | Età del paziente | | | | | |
|--------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|
| | 65-69 N. TAD | 70-74 N. TAD | 75-79 N. TAD | 80-84 N. TAD | 85-89 N. TAD | >=90 N. TAD |
| Fino a 1 mese | 911 | 1.489 | 2.088 | 3.012 | 2.871 | 2.432 |
| Da 2 a 3 mesi | 876 | 1.396 | 2.474 | 3.812 | 3.659 | 3.009 |
| Da 3 a 6 mesi | 700 | 1.203 | 2.280 | 3.578 | 3.391 | 2.689 |
| Da 6 a 9 mesi | 472 | 873 | 1.671 | 2.707 | 2.670 | 2.013 |
| Da 9 mesi a 1 anno | 1.597 | 3.153 | 6.010 | 10.361 | 9.886 | 7.136 |
| Totale | 4.556 | 8.114 | 14.523 | 23.470 | 22.477 | 17.279 |

Fonte: elaborazione propria su dati Banca Dati ADI- Regione Emilia Romagna

Sostegni per la permanenza a domicilio dell'anziano

Centro Diurno:

struttura semi-residenziale che offre assistenza e realizza programmi di riattivazione, socializzazione e animazione nelle ore del giorno.

Aperti 6 giorni alla settimana per una media di 10 ore al giorno

Nel 2004 il costo medio giornaliero è stato di 21 euro (trasporto escluso)

Telesoccorso:

sistema di telecomunicazione che, semplicemente premendo un pulsante, consente all'utente di lanciare un segnale di soccorso alla centrale operativa. Questa, grazie al sistema "viva voce" è in grado di fornire interventi rapidi. Il Telesoccorso è normalmente collegato agli altri servizi come l'ADI.

Assistenza residenziale

L'offerta di assistenza residenziale per anziani è composta da:

La Casa protetta:

struttura una struttura residenziale socio-sanitaria per anziani non autosufficienti che per differenti ragioni non possono più essere assistiti a domicilio.

Prima di accedere un'unità di valutazione elabora un piano individualizzato per ogni assistito.

Sono pensate per lunghi periodi di permanenza.

Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA):

Servizio residenziale dove la componente sanitaria prevale su quella socio-assistenziale. È caratterizzato dalla maggior presenza di personale specialistico (medici, infermieri, terapisti etc.).

I pazienti di queste strutture sono generalmente anziani non più autosufficienti affetti da patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o malattie croniche (già stabilizzate). Persone non più assistibili a domicilio e che richiedono riabilitazione, terapie e assistenza continua.

Casa di riposo

Casa di riposo, Casa albergo, Albergo per anziani, sono nomi diversi per indicare una struttura socio-assistenziale a carattere residenziale destinata ad anziani non autosufficienti di grado lieve.

Comunità alloggio

Struttura socio-assistenziale residenziale di dimensioni ridotte e pensata per l'assistenza di persone anziane non autosufficienti (grado lieve) che necessitano di una vita comunitaria e di reciproca solidarietà.

Residenza protetta

Si tratta di un complesso di alloggi di diversa tipologia dotato di zone per la vita comunitaria

**Presidi socio-assistenziali, posti, utenti e totale assistiti nel corso dell'anno per settore.
Valori al 31 Dicembre**

| Settori | Presidi | Posti | Utenti | Utenti assistiti All'anno 1) |
|--|------------|---------------|---------------|---------------------------------|
| Casa protetta | 348 | 17.772 | 17.141 | 24.958 |
| Casa di riposo | 206 | 7.299 | 6.375 | 9.595 |
| Residenza protetta | 23 | 374 | 340 | 386 |
| Comunità alloggio | 72 | 918 | 824 | 1.134 |
| Residenza sanitaria assistenziale (RSA) | 65 | 2.232 | 2.010 | 7.606 |
| Centro diurno | 229 | 3.805 | 3.530 | 5.560 |
| Totale | 943 | 32.400 | 30.220 | 49.239 |

1) Gli utenti assistiti nell'anno comprendono quelli presenti al 31 dicembre e quelli usciti per dimissioni o decesso

Fonte: elaborazione propria di dati Servizio Statistico Regione Emilia Romagna

Prestazioni monetarie e sostegni alle famiglie

Una risposta al problema della non autosufficienza (e non solamente fra gli anziani) è rappresentata dall'istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.

Nella già citata Delibera della Giunta Regionale 509/2007 si approva il Programma per l'avvio del Fondo regionale per la non autosufficienza e per lo sviluppo del triennio 2007-2009⁹⁰.

La ripartizione dei soldi è stata la seguente:

Milioni di €

| | | |
|------|-------|--------------------------|
| 2007 | 311 | |
| 2008 | 304,4 | +49,7 non spesi del 2007 |
| 2009 | 419,2 | +50,4 non spesi nel 2008 |

La programmazione 2009 prevede contenuta nella DGR 1702/2009:

- 305,8 milioni da destinare all'area anziani sopra i 75 anni
- 12,5 milioni all'assegno di cura per le gravissime disabilità
- 100,8 milioni per gli interventi a favore di persone con disabilità
- 4,1 milioni (per sostenere l'implementazione del sistema omogeneo di tariffe)

Bisogna poi considerare anche le risorse provenienti dal Fondo Nazionale per le non autosufficienze, che è stato così ripartito:

Ripartizione Fondo nazionale

| | |
|--------------|------|
| 7,9 milioni | 2007 |
| 23,8 milioni | 2008 |
| 31,8 milioni | 2009 |

⁹⁰ Per una precisa descrizione dei meccanismi di funzionamento e delle istituzioni che regolano il FRNA si veda: C. Ceda, G. Fosti, F. Tediosi, *Il Fondo per le Non Autosufficienze: implicazioni per la governance dei servizi socio-sanitari regionale e locali*, in E. Anessi Pessina, E. Cantù (eds.), *L'aziendalizzazione della sanità...*, cit., pp. 297-300.

Tra le misure più importanti abbiamo:

L'assegno di cura

Contributo in denaro concesso a famiglie che assistono in casa propria un anziano non autosufficiente (in alternativa all'inserimento stabile in strutture residenziali)

L'importo dell'assegno varia a seconda:

- della gravità della condizione di non autosufficienza dell'anziano
- delle sue necessità assistenziali
- delle attività socio-assistenziali di rilievo sanitario garantite

È stabilito a seconda della tipologia di attività assistenziale necessaria.

Dal 2009 i nuovi assegni hanno i seguenti importi (DGR 159/2009):

- 22,00 euro livello A (elevato)
- 17,00 euro livello B (alto)
- 13,00 euro livello C (medio)

Nel caso in cui l'anziano non autosufficiente già percepisca un'indennità di accompagnamento (o contributi analoghi) erogata dall'INPS, dall'INAIL o da altri enti, allora l'assegno regionale sarà di importo ridotto.

Altri tipi di contributi economici o agevolazioni

Contributi e agevolazioni disponibili per adattare la casa e superare le barriere architettoniche nelle abitazioni private (La legge regionale 21 agosto 1997, n.29 all'articolo 10).

Si prevedono contributi del 50% sulla spesa sostenuta per acquistare ausili, attrezzature, arredi personalizzati e attrezzature informatiche per la casa.

Eliminazione barriere architettoniche (La legge 9 gennaio 1989 n.13)

Contributi per l'eliminazione di barriere architettoniche negli edifici privati dove vivono persone con gravi disabilità o limitazione permanente nelle funzioni motorie

Agevolazioni fiscali

Per l'eliminazione di barriere architettoniche nell'abitazione, l'acquisto di particolari strumentazioni, ausili, protesi e sussidi tecnici e informatici sono previste l'aliquota IVA agevolata al 4% e detrazioni fiscali in sede di denuncia dei redditi.

Agevolazioni fiscali per anziani e disabili assistiti a domicilio

Possibilità di avvalersi di alcune agevolazioni fiscali (deduzioni e detrazioni) per le spese sostenute per la cura e l'assistenza

Alcune spese possono dare diritto a agevolazioni fiscali:

- Le spese sostenute nei confronti degli enti (Comuni o agenzie private) che forniscono prestazioni assistenziali assicurate da *personale qualificato dei Servizi di Assistenza domiciliare*.

È necessario richiedere al soggetto gestore del servizio di Assistenza Domiciliare una "dichiarazione delle Spese di Assistenza Specifica". Le spese di assistenza specifica sono detraibili per le persone autosufficienti o parzialmente autosufficienti, mentre sono deducibili per le persone con riconoscimento di handicap grave (L. 104);

→ Le spese sostenute per addetti all'assistenza personale:

- **contributi previdenziali e assistenziali** versati trimestralmente dalla famiglia, tramite appositi bollettini postali per gli "addetti ai servizi domestici ed all'assistenza personale o familiare" (es. colf, baby-sitter e assistenti delle persone anziane), per la parte a carico del datore di lavoro.

Tali contributi possono essere portati in detrazione fino a un importo annuo massimo di **euro 1.549,37**.

- **la retribuzione di addetti all'assistenza personale dei soggetti non autosufficienti**; è possibile portare in deduzione sino a un massimo di euro 2.100,00 annui (art. 349 Legge 311 del 30/12/2004 - Legge Finanziaria 2005; importo aggiornato dal comma 319 della Legge n. 296 del 27/12/2006 *Legge Finanziaria 2007*), ma l'importo spettante è inversamente proporzionale al reddito percepito, cioè è tanto più basso quanto maggiore è il reddito del singolo contribuente, non si applica né alle colf, né alle baby-sitter.

Per avere diritto a fruire dell'agevolazione, il reddito complessivo non deve superare i 40.000 euro annui.

Agevolazioni fiscali per l'acquisto o l'allestimento di un autoveicolo

Per l'acquisto e l'allestimento dell'autoveicolo nuovo e usato sono previste le seguenti agevolazioni fiscali:

- IVA al 4% (per cilindrata fino a 2000cc, a benzina e a 2800 cc, a diesel)
- Detrazione IRPEF (19% della spesa sostenuta, fino a un massimo di euro 18.075,99 per l'acquisto e l'eventuale adattamento)
- Esenzione delle imposte di trascrizione, anche sulla registrazione dei passaggi di proprietà
- Esenzione pagamento bollo auto

Sono stati pensati anche dei sostegni al lavoro privato di assistenza: un contributo aggiuntivo di 160 euro/mese per chi

- attesta la regolare contrattualizzazione del rapporto di lavoro per l'assunzione di un'assistente familiare
Ne possono usufruire coloro che hanno un reddito inferiore a 15.000 euro

3.5.3 Liguria



La popolazione residente in Liguria è di 1.615.064 unità (31 dicembre 2008).

Un cittadino su quattro è anziano. Gli over 65 sono oltre 430 mila di cui la maggior parte donne (59%). Se le persone comprese nella fascia d'età 65-79 anni sono 304 mila, gli ultraottantenni sono oltre 127 mila, ovvero il 30% di tutti gli anziani residenti.

| Età | Maschi | Femmine | M+F |
|----------------|---------|---------|---------|
| 65-69 | 51.780 | 60.714 | 112.494 |
| 70-74 | 44.580 | 55.622 | 100.202 |
| 75-79 | 37.760 | 53.836 | 91.596 |
| 80-84 | 24.885 | 43.436 | 68.321 |
| 85-89 | 11.763 | 26.377 | 38.140 |
| 90-94 | 3.764 | 11.520 | 15.284 |
| 95-99 | 907 | 3.816 | 4.723 |
| 100+ | 82 | 487 | 569 |
| Totale over 65 | 175.521 | 255.808 | 431.329 |

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

In Liguria esiste una delle più alte concentrazioni di over 65 in Italia: il 26,8% dei residenti è anziano, mentre la media nazionale è del 20,1%

L'indice di invecchiamento regionale è del 238,9 contro il 142 italiano. Un valore che sale fino a 244,5 nella provincia di Savona.

| | Percentuali residenti 65 e oltre | Indice di vecchiaia | Età media |
|-----------|----------------------------------|---------------------|-----------|
| Imperia | 26,1 | 225,8 | 46,7 |
| Savona | 27,2 | 244,5 | 47,4 |
| Genova | 26,9 | 240,4 | 47,3 |
| La Spezia | 26,7 | 238,9 | 47,1 |
| Liguria | 26,8 | 238,9 | 47,2 |
| Italia | 20,1 | 142,8 | 42,8 |

Fonte: Elaborazione propria di dati ISTAT e Servizio Statistico Regione Liguria

La città di Genova ha un'alta concentrazione di popolazione anziana.

| Capoluoghi di Regione | Maschi over 65 | Femmine over 65 | Entrambi i sessi over 65 | Entrambi i sessi over 65 in % |
|-----------------------|----------------|-----------------|--------------------------|-------------------------------|
| Genova | 65.469 | 98.811 | 164.280 | 26,9 |

Fonte: Elaborazione propria di dati ISTAT, Ageing Society – Osservatorio Terza Età

Legislazione

Il settore dei servizi destinati alle persone non autosufficienti è stato regolato dalla seguente legge regionale:

- Legge Regionale n. 12 del 24 maggio 2006, *Promozione del sistema integrato di servizi socio-sanitari*

- All'articolo 46, comma 1, sono definite non autosufficienti quelle persone che “con grave disabilità permanente impossibilitate a svolgere le funzioni della vita quotidiana e quelle dedicate alla cura della persona, con difficoltà nelle relazioni umane e sociali, nelle attività strumentali, nella mobilità e nell'uso dei mezzi di comunicazione”.
- All'articolo 47 si stabilisce l'istituzione di un Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

I principali obiettivi a cui tende la politica a favore della non autosufficienza in Liguria sono:

Sostegno alla domiciliarità

In particolare potenziamento e ampliamento della rete dei servizi di assistenza domiciliare integrata

Potenziamento della residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria e sociale pubblica, accreditata e privata.

Sviluppo dei Servizi di Prossimità

In questo caso gli obiettivi sono la prevenzione e il monitoraggio

Sostegno alle cure informali

Attraverso prestazioni monetarie sostenere i *care givers* informali e l'assunzione di assistenti familiari che consentano un mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti

La non autosufficienza

Come avviene l'accesso ai servizi per le persone che richiedono una valutazione di non autosufficienza:

- L'**accesso** ai servizi del Distretto Sociosanitario attraverso lo Sportello Integrato Sociosanitario.
- la **presa in carico** del caso da parte del Distretto per la valutazione.
- la **Valutazione Multidimensionale** da parte dell'Unità Valutazione Multidimensionale (UVM), organismo di valutazione misto sanitario e sociale (composto da medico specialista, infermiere, terapeuta della riabilitazione, assistente sociale, educatore, medico di medicina generale). Per la valutazione è stata adottata la scheda *AGED Assessment of Geriatric Disability PLUS*.
- **elaborazione del Piano Individualizzato di Assistenza** da parte dell'UVM con l'indicazione delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali da erogare e individuazione del responsabile del caso (case manager) incaricato di seguire la gestione del Piano, di verificare le appropriatezze delle prestazioni e di attivare tutte le risorse necessarie degli Ambiti Territoriali Sociali e delle ASL .
- **erogazione delle prestazioni** di:
 - assistenza domiciliare, anche integrata con la componente socio-assistenziale
 - assistenza residenziale e semiresidenziale di tipo riabilitativo
 - assistenza residenziale e semiresidenziale, anche integrata con la componente socio-assistenziale
 - assistenza a favore della non autosufficienza
- **verifica** degli esiti delle prestazioni da parte del case manager.

Assistenza domiciliare integrata

L'Assistenza Domiciliare Integrata è un servizio organizzato dalle Asl in collaborazione con i Comuni

Destinato soprattutto alle persone anziane, ai disabili e alle persone affette da malattie cronico-degenerative in fase stabilizzata, parzialmente, totalmente o temporaneamente non autosufficienti, con necessità di un'assistenza continuativa.

Gli interventi possono essere di:

- **tipo sociale** (pulizia dell'appartamento, invio di pasti caldi, supporto psicologico, disbrigo di pratiche amministrative, ecc.)
- **di tipo socio-sanitario** (attività riabilitative, assistenza infermieristica, etc.)

Secondo i dati del 2008 sulla percentuale di anziani che usufruiscono del servizio di ADI, la Liguria si pone appena al di sotto della media nazionale, con un 3,2%.

| Regioni | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 01-08 |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Liguria | 3,6 | 2,5 | 1,9 | 1,2 | 3,1 | 3,1 | 3,2 | 3,2 | -0,3 |
| Italia | 2,0 | 2,4 | 2,4 | 2,8 | 2,9 | 3,0 | 3,2 | 3,3 | 1,3 |

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT, Ministero della Salute

Per quanto riguarda il numero delle ore il dato del 2006 ci evidenzia come queste siano di poco sopra quelle della media italiana:

| | Assistibili in ADI | Tassi di assistibili per 100.000 | Tassi assistibili anziani % | Assistibili anziani (per 1.000 >65) | Ore di assistenza per caso |
|---------|--------------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| Liguria | 13.858 | 861 | 94,5 | 32,3 | 25 |
| Italia | 414.153 | 703 | 84,4 | 31,9 | 24 |

Fonte: elaborazione propria di dati Osservasalute

Tre i servizi di assistenza che permettono di restare nella propria abitazione anche a persone non completamente autosufficienti, ci sono:

I Centri Diurni

Presso i centri diurni, il personale infermieristico assiste gli ospiti nella cura e pulizia della persona. Gli anziani possono passare lì la giornata, accuditi e insieme ad altri ospiti, mentre le famiglie che li assistono possono trovare parziale sollievo al loro faticoso compito.

Ci sono due distinte tipologie di centro:

I livello: può ospitare anziani parzialmente autosufficienti senza prevalenti disturbi cognitivi

II livello: pazienti affetti principalmente da disturbi patologici psichiatrici severi. Per essere ospitati nei centri occorre ritirare e compilare l'apposita domanda presso i Distretti Sociali o le Unità di Valutazione Geriatrica (UVG)

I Comuni

Per quanto riguarda i servizi socio assistenziali erogati dai Comuni:

- l'assistenza domiciliare, la percentuale di Comuni liguri coperti dai servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale per anziani è di quasi il 98% (2006).

| Regione e ripartizione geografica | Percentuale di comuni coperti dal servizio | Indice di copertura territoriale del servizio ^(a) (per 100 persone) ^(b) | Indicatore di presa in carico degli utenti ^(c) (per 10.000 persone) ^(b) |
|-----------------------------------|--|--|---|
| Liguria | 97,9 | 99,4 | 125 |
| Italia | 85,3 | 89,6 | 184 |

⁽¹⁾ Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale

^(a) Popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

^(b) Popolazione di riferimento: persone con età maggiore di 65 anni.

^(c) Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

⁽²⁾ Dato riferito all'intera provincia.

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

- L'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari⁽¹⁾ nell'area anziani

| Regione e ripartizione geografica | Percentuale di comuni coperti dal servizio | Indice di copertura territoriale del servizio ^(a) (per 100 persone) ^(b) | Indicatore di presa in carico degli utenti ^(c) (per 10.000 persone) ^(b) |
|-----------------------------------|--|--|---|
| Liguria | 17,9 | 59,7 | 6 |
| Italia | 39,7 | 45,9 | 104 |

⁽¹⁾ Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari

^(a) Popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

^(b) Popolazione di riferimento: persone con età maggiore o uguale a 65 anni.

^(c) Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

⁽²⁾ Dato riferito all'intera provincia.

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

- Voucher, assegno di cura e buono socio-sanitario nell'area anziani: indicatori territoriali

| Regione e ripartizione geografica | Percentuale di comuni coperti dal servizio | Indice di copertura territoriale del servizio ^(a) (per 100 persone) ^(b) | Indicatore di presa in carico degli utenti ^(c) (per 10.000 persone) ^(b) |
|-----------------------------------|--|--|---|
| Liguria | 24,3 | 58,6 | 37 |
| Italia | 44,3 | 44,4 | 49 |

^(a) Popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

^(b) Popolazione di riferimento: persone con età maggiore o uguale a 65 anni.

^(c) Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

⁽²⁾ Dato riferito all'intera provincia.

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

Sul fronte delle spese per i servizi socio-assistenziali, i Comuni liguri si sono così comportati (2006):

- L'assistenza domiciliare socio-assistenziale⁽¹⁾ nell'area anziani: utenti, spesa e spesa media per utente, per regione e ripartizione geografica

| Regione e ripartizione geografica | Utenti | Spesa (€) | Spesa media per utente (€) |
|-----------------------------------|---------|-------------|----------------------------|
| Liguria | 5.357 | 10.385.288 | 1.939 |
| Italia | 214.640 | 353.306.820 | 1.646 |

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

- L'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari⁽¹⁾ nell'area anziani: utenti, spesa e spesa media per utente, per regione e ripartizione geografica

| Regione e ripartizione geografica | Utenti | Spesa (€) | Spesa media per utente (€) |
|-----------------------------------|---------|------------|----------------------------|
| Liguria | 261 | 361.485 | 1.385 |
| Italia | 121.486 | 55.129.437 | 454 |

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

- Voucher, assegno di cura e buono socio-sanitario nell'area anziani: utenti, spesa e spesa media per utente, per regione e ripartizione geografica

| Regione e ripartizione geografica | Utenti | Spesa (€) | Spesa media per utente (€) |
|-----------------------------------|---------------|-------------------|----------------------------|
| Liguria | 1.601 | 2.590.522 | 1.618 |
| Italia | 57.599 | 70.946.088 | 1.232 |

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

Assistenza residenziale

L'offerta di Strutture residenziali è composta da:

■ Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

Sono destinate a persone anziane non autosufficienti che non possono essere assistite a domicilio.

Esistono due tipi di funzioni:

- **Ricovero temporaneo:** per riabilitazione o convalescenza dopo una malattia o per sollievo alla famiglia, accoglienza di pazienti anziani nelle fasi terminali della vita.
- **Ricovero definitivo:** funzione di mantenimento, in caso di grave disabilità è possibile l'accoglienza in moduli dedicati. La disabilità è valutata dall'Unità Valutazione Geriatria (UVG).

■ Residenza protetta

Strutture residenziali che ospitano persone anziane autosufficienti o con parziali disabilità. Le attività sono quelle: di accoglienza alberghiera, di animazione e socializzazione, con prestazioni di assistenza sanitaria di medicina generale, assistenza tutelare e, nel caso di ospiti parzialmente autosufficienti, assistenza infermieristica.

■ Comunità alloggio e Alloggi protetti

Strutture a carattere comunitario o per piccoli nuclei di persone anziane autosufficienti o con lievi disabilità.

| | RSA | Residenze socio-sanitarie | Residenze assistenziali | Altre residenze | Totale anziani ricoverati |
|---------|---------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------------------------|
| Liguria | 7.457 | 12.832 | 851 | 1.008 | 22.179 |
| Italia | 132.052 | 114.229 | 84.040 | 14.771 | 345.093 |

Fonte: elaborazione propria dati ISTAT e Network Non Autosufficienza

Prestazioni monetarie

La Liguria è stata una delle prime Regioni italiane ad attivarsi per istituire un Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.

Il Fondo Regionale per i Non Autosufficienti (FRNA) è infatti “pensato come un vero e proprio ‘contenitore’ di tutte le risorse volte a mettere in atto misure a favore delle persone non autosufficienti, siano di tipo sociale, sanitario o socio-sanitario, tanto di origine statale (una quota del FNPS), quanto comunale (finanziamenti per ‘interventi di sostegno alla persona e alla famiglia e all’aiuto domestico familiare’) come di fonte propria regionale”⁹¹.

Il Distretto Sociosanitario è l’organismo che gestisce i contributi del Fondo, che assicura, con modalità uniformi sul territorio regionale, l’accertamento e la valutazione della non autosufficienza.

Lo fa attraverso:

- Lo Sportello Integrato Sociosanitario,
- L’Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM),
- Il Sistema informativo per la non Autosufficienza
- Il Piano Individualizzato di Assistenza (PIA)
- Il responsabile del caso (case manager)

L’obiettivo è ovviamente una distribuzione il più possibile ampia delle risorse messe a disposizione.

 Le misure economiche erogate sono state 6.924.

Come si evince dalla tabella seguente, la maggior parte dei beneficiari è di sesso femminile e ha più di 84 anni.

| Utenti per genere | F % | M % | % | Anziani per età | % | Disabili per età | % |
|-------------------|-----|-----|-----|-----------------|-----|------------------|----|
| Anziani | 74 | 26 | 100 | 65-74 anni | 14 | Minori | 18 |
| Disabili | 47 | 53 | 100 | 75-84 anni | 38 | Adulti | 82 |
| | | | | 85 e oltre | 48 | | |
| | | | | | 100 | | |

Fonte: elaborazione propria di dati Servizio Statistico Regione Liguria

I finanziamenti del Fondo Regionale e Nazionale sono stati così ripartiti:

| Anno | Finanziamenti Regionali | Finanziamenti statali | Totale |
|--------|-------------------------|-----------------------|------------|
| 2006 | 7.100.000 | | 7.100.000 |
| 2007 | 9.600.000 | 3.512.700 | 13.112.700 |
| 2008 | 11.332.849 | 9.500.000 | 20.832.849 |
| 2009 | 6.500.000 | 8.416.380 | 14.916.380 |
| Totale | 34.532.849 | 21.429.080 | 55.961.929 |

Fonte: elaborazione propria di dati Servizio Statistico Regione Liguria

⁹¹ AA.VV., *Territori e non autosufficienza...*, Roma, IRES, maggio 2007 p. 45.

In 3 anni sono stati erogati attraverso il FRNA quasi 56 milioni di euro.
 Il contributo in denaro prevede:

- valore ISEE fino 10.000 euro : 350 euro/mese
- valore ISEE da 10.001 a 20.000 euro : 280 euro /mese

3.6 Regione Lazio



Popolazione

La popolazione residente nella Regione Lazio è pari a 5.626.710 individui (31 dicembre 2008), terza regione più popolosa d'Italia dopo Lombardia e Campania. Le donne superano per numero gli uomini di circa 220 mila unità.

Popolazione residente Regione Lazio

| Lazio | Maschi | Femmine | M+F |
|--------|-----------|-----------|-----------|
| Totale | 2.703.994 | 2.922.716 | 5.626.710 |

Fonte: elaborazione propria di dati Servizio Statistico Regione Lazio

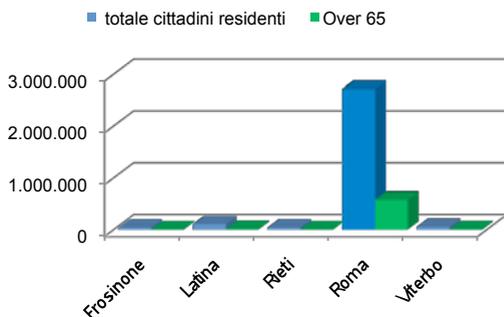
Un cittadino su cinque residente nella Regione Lazio è anziano. Su 5 milioni 600 mila di persone, più di 1 milione e 100 mila ha più di 64 anni.

Tuttavia per quanto riguarda la percentuale di anziani residenti, la Regione Lazio è ancora – anche se di molto poco – sotto la media nazionale: 19,7% rispetto al 20,1%.

Vediamo nel dettaglio: popolazione totale e anziana nelle 5 province:

| | Totale | Over 65 |
|---------------|------------------|------------------|
| Frosinone | 496.917 | 98.173 |
| Latina | 545.217 | 94.745 |
| Rieti | 159.018 | 36.192 |
| Roma | 4.110.035 | 810.866 |
| Viterbo | 315.523 | 66.421 |
| Totale | 5.626.710 | 1.106.397 |

Fonte: elaborazione propria di dati Servizio Statistico Regione Lazio



Per quanto riguarda i capoluoghi di provincia, facciamo lo stesso confronto tra numero complessivo di residenti e popolazione over 65:

| | Totale cittadini residenti | Over 65 |
|-----------|----------------------------|---------|
| Frosinone | 48.215 | 9.213 |
| Latina | 117.149 | 19.120 |
| Rieti | 47.654 | 10.156 |
| Roma | 2.724.347 | 583.790 |
| Viterbo | 62.441 | 12.897 |

Fonte: elaborazione propria di dati Servizio Statistico Regione Lazio

Osservando i dati relativi al segmento di popolazione più anziana, quella dagli 80 anni in avanti, ricaviamo che:

- sono 294.822 gli *oldest old* residenti nel Lazio. Di questi le donne sono quasi il doppio rispetto agli uomini (192.770 contro 102.052)
- In percentuale rappresentano:
 - ▶ il 27% di tutta la popolazione anziana
 - ▶ il 5% di tutta la popolazione

| Residenti over 80 per: | | |
|------------------------|-----------|------------------------|
| | Provincia | Capoluogo di provincia |
| Frosinone | 28.921 | 2.430 |
| Latina | 24.195 | 4.506 |
| Rieti | 11.173 | 2.798 |
| Roma | 211.208 | 155.698 |
| Viterbo | 19.325 | 3.505 |

Fonte: elaborazione propria di dati Servizio Statistico Regione Lazio

A Roma si contano oltre 155 mila anziani con età superiore agli 80 anni.

Il settore dei servizi destinati alle persone non autosufficienti è stato regolato a livello regionale dalla legge 20 del 3 novembre 2006.

Tuttavia prima di arrivare alla sua approvazione, si erano già registrati interventi del legislatore nell'ambito dell'assistenza continuativa a persone anziane non autosufficienti e a disabili. Un'attenzione particolare era posta proprio sull'assistenza domiciliare, considerata una maniera per frenare il ricorso a facili e non necessarie ospedalizzazioni e una valida alternativa al ricovero in strutture residenziali.

- Legge Regionale n. 80 del 2 dicembre 1988 *Norme per l'assistenza domiciliare*⁹²
 - All'articolo 1 si dice che l'obiettivo del provvedimento è “consentire alla persona parzialmente, temporaneamente o totalmente non autosufficiente, di rimanere il più possibile nel proprio ambiente abituale di vita e di contrastare il fenomeno del ricorso improprio alla ospedalizzazione”.
 - Si tratta di un'assistenza dal carattere prevalentemente sanitario che garantisce in particolare: “specifiche prestazioni di natura medica, infermieristica, di riabilitazione e di recupero psico-fisico” (art. 1, comma 2).

Ulteriore passo è la:

- Legge Regionale n. 38 del 9 settembre 1996 *Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali nel Lazio*⁹³
 - Le finalità di questo provvedimento sono “riordino, la riqualificazione, la programmazione e la gestione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali nell'ambito territoriale regionale”.
 - All'art. 22 si dice espressamente che i servizi di assistenza domiciliare sono da destinarsi – tra gli altri – a “persone anziane e disabili in condizioni di parziale, temporanea o totale non autosufficienza”.
Al medesimo articolo, comma 5, si spiega che questa legge andrà a integrare quella del 1988
 - L'articolo 34 fa riferimento anche al ricovero in strutture semiresidenziali e residenziali.
 - All'articolo 21 si parla di fornire un'assistenza economica a tutti quegli individui non autosufficienti assistiti in famiglia

Importante tassello nel riordino e organizzazione di un servizio di assistenza a persone non autosufficienti è la già menzionata:

- Legge Regionale n. 20 del 3 novembre 2006 *Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza*
 - Il Lazio è stata una delle prime Regioni a istituire un Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.
 - È considerata non autosufficiente “la persona anziana, il disabile o qualsiasi altro soggetto che, anche in maniera temporanea, non può provvedere alla cura della propria persona né mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri”
 - All'articolo 3 si stabiliscono quali sono gli interventi e i servizi finanziati dal Fondo:

⁹² Modificata successivamente: Legge 162/1998 e Legge 17/1999.

⁹³ Successive modifiche: L.R. 40/2001.

- specifici interventi di assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, per anziani non autosufficienti, allo scopo di evitare il ricovero in strutture residenziali
- servizi di sollievo alla famiglia (aiuti ai familiari che accudiscono la persona non autosufficiente; sostituzioni durante l'orario di lavoro o nei periodi di temporanea impossibilità di accudire la persona non autosufficiente)
- dimissioni ospedaliere protette per soggetti temporaneamente non autosufficienti e non in grado di organizzare in modo autonomo il rientro al proprio domicilio e la continuazione delle cure. Organizzazione d'interventi di assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale
- assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, per i soggetti non autosufficienti con patologie cronico-degenerative
- interventi di sostegno alla persona disabile non autosufficiente e alla famiglia, attraverso forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale, anche della durata di 24 ore e anche nelle giornate festive e prefestive
- programmi di aiuto alla persona gestiti in forma indiretta, mediante piani personalizzati
- interventi economici straordinari per concorrere ai costi di deistituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, dei disabili non autosufficienti e di qualsiasi altro soggetto non autosufficiente.

Nel 2008 viene deciso di istituire un servizio di teleassistenza per quegli individui “in condizione di fragilità sociale e di bisogno sanitario”

- Legge Regionale n. 30 del 24 dicembre 2008 *Istituzione del servizio gratuito di teleassistenza e di telesoccorso sanitari per gli anziani, per i disabili portatori di handicap grave e per gli ammalati cronici non ospedalizzati.*

Assistenza Domiciliare

Per capire in cosa consiste l'assistenza domiciliare nel Lazio è opportuno proseguire sul cammino già battuto nel paragrafo precedente e soffermarsi ancora un po' nell'esame della normativa vigente.

Nel 2008 ci sono state due deliberazioni della Giunta Regionale dedicate rispettivamente alla sistematizzazione del modello di assistenza domiciliare nella Regione Lazio:

- *Approvazione dei requisiti ulteriori per il Servizio di Assistenza domiciliare (DGR 325 dell'8 maggio 2008)*
- *Ottimizzazione del modello regionale di assistenza domiciliare (DGR 326 dell'8 maggio 2008)*

La prima definisce i criteri e i requisiti per i servizi di assistenza domiciliare:

- strutture (sede operativa, mezzi di trasporto, materiali sanitari)
- le tecnologie
- le risorse umane impegnate
- gli orari di attività
- coordinamento
- informatizzazione
- processi
 - appropriata presa in carico del paziente
 - appropriato piano assistenziale
 - appropriata tenuta della cartella domiciliare
 - valorizzare la componente relazionale dell'assistenza
 - garantire procedure assistenziali
 - appropriata gestione dei rischi

La **seconda** delibera della Giunta invece **risponde** a due esigenze:

- I) individuare esigenze e obiettivi, stabilire la metodologia degli interventi assistenziali, fare una classificazione dei pazienti e degli interventi e decidere sulla formazione degli operatori
- II) stabilire le tariffe inerenti alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata

Hanno diritto all'accesso ai servizi di assistenza domiciliare quelle persone:

- **Con una ridotta autosufficienza** (stabilita dall'applicazione di apposite scale di valutazione, validate sul piano scientifico internazionale)
- **Che necessitino di assistenza primaria**
- **Che si trovino nelle reali condizioni** di essere assistiti a domicilio, in quanto: a) possono fare affidamento sul supporto familiare o, in caso di sua assenza o insufficienza, sul supporto da parte di una rete adeguata di aiuto sociale; b) vivono in un alloggio idoneo

L'attivazione del servizio prevede:

- La **segnalazione**. Fatta dalla persona stessa che richiede assistenza, da un suo familiare o da qualcuno a lui vicino o dal personale sanitario ospedaliero al momento della dimissione
- L'**attivazione dell'ADI**: compito esclusivo del medico di Medicina Generale (MMG)
- La **valutazione e la definizione del Piano Individualizzato di Assistenza (PIA)**. Si tratta dell'analisi dei bisogni e della definizione dei problemi.
 - Viene svolto un colloquio con la famiglia del richiedente
 - L'Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM) della ASL, di cui il MMG dell'assistito è parte integrante, valuta collegialmente la persona non autosufficiente e il suo nucleo sociale
 - L'UVM è chiamata a: a) stabilire se e quali interventi sono necessari e b) definire un piano assistenziale individualizzato. (Per i pazienti ricoverati la valutazione è effettuata in collaborazione con il reparto interessato, la cosiddetta dimissione protetta).
 - Viene definito un **Piano Individualizzato di Assistenza (PIA)** in cui, tra le altre cose:
 - ✓ Si individuano i problemi dell'utente e della sua famiglia (che, come l'assistito, darà il proprio consenso informato e partecipato agli obiettivi assistenziali)
 - ✓ Si dà la possibilità di poter formare i *care givers* indicati dalla famiglia
 - ✓ Si stabilisce la fattibilità degli interventi necessari alla loro realizzazione
 - ✓ Si stabiliscono le modalità di realizzazione (tipologia dell'intervento)
 - ✓ Si stila un cronoprogramma
 - ✓ Si decidono gli ausili e presidi necessari
 - ✓ Si stabilisce il referente formale (case manager)
 - ✓ Si individua il referente informale (*care giver*, familiare o altri) a cui fornire il supporto per qualificare l'assistenza,
 - ✓ Si decidono le modalità di verifica e di controllo sugli esiti per il necessario follow-up periodico.

Il PIA deve:

- prevedere una durata complessiva definita
- momenti di verifica a cadenza periodica tra il MMG, il Centro Assistenza Domiciliare (CAD) e il servizio di assistenza domiciliare dell'ente erogatore

Quindi:

- La **presa in carico** viene effettuata da parte di tutti i soggetti coinvolti nel PIA
- L'**erogazione dell'assistenza sanitaria** è assicurata dal medico di medicina generale
- L'**organizzazione degli interventi assistenziali** è affidata a una Centrale Operativa del servizio di assistenza domiciliare (pubblico o privato).

Qualora fossero necessari ricoveri temporanei o di pronto intervento in strutture residenziali, verranno attivati canali preferenziali.

Nel percorso abbiamo poi:

- le **verifiche**, che avvengono tramite le riunioni formali e informali fra il MMG il personale di coordinamento del CAD e quello del servizio di assistenza domiciliare dell'erogatore esterno all'Azienda (se esiste). La verifica è importante tanto nella fase di programmazione come in quella più propriamente operativa nel caso in cui si debbano decidere interventi, rivedere periodicamente le procedure assistenziali, la adeguatezza e la reale corrispondenza tra prestazioni erogate e bisogni, alla luce dei risultati ottenuti.
- la **conclusione dell'intervento** si compie con il raggiungimento degli obiettivi assistenziali, la conseguente dimissione o il passaggio ad altro livello assistenziale o con la morte del malato.

Ultimo passaggio è la:

- **dimissione**, decisa dal MMG in accordo con il CAD distrettuale e con il soggetto erogatore esterno (se questo era stato coinvolto nel PIA). Se è l'erogatore esterno a proporla, questa deve essere autorizzata dalla UVM distrettuale, rappresentata da MMG e personale del CAD.

Esiste una classificazione dei pazienti e dunque della tipologia del servizio domiciliare corrispondente in base alle loro esigenze e alla loro condizione.

La suddivisione prevista è questa:

■ Area “**fragilità**” o ADI generica

- Interventi destinati a pazienti affetti da più patologie
- Necessità di valutazione multidimensionale per l'individuazione di un piano assistenziale caratterizzato dalla multidisciplinarietà dell'intervento
- In base alle necessità dell'assistito si hanno 3 livelli di assistenza:

Basso bisogno assistenziale → Bassa intensità interventi

Medio bisogno assistenziale → Media intensità interventi

Elevato bisogno assistenziale → Elevata intensità interventi

■ Area della “**complessità**”

- Si tratta di pazienti che necessitano di un'assistenza qualificata a elevata competenza professionale, spesso legati ad apparecchiature sanitarie di alta tecnologia (nutrizione artificiale e ventilazione assistita)

■ Area “ADI specialistica”

- Si tratta di assistere pazienti colpiti da una patologia prevalente

Si individuano poi 4 livelli di intensità assistenziale:

| | Livello di intensità assistenziale | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|---|---|--|
| | Prestazionale | Basso | Medio | Alto |
| Numero di accessi settimanali | 1 | 2 accessi alla settimana su 5/6 giorni lavorativi | 3-6 accessi alla settimana su 5/6 giorni lavorativi | 7-10 accessi alla settimana su 7 giorni lavorativi |

Per quanto riguarda l’assistenza domiciliare, il Lazio sembra rientrare in un “modello a prevalenza sanitaria”, in cui l’utenza ADI è superiore alla media nazionale mentre quella SAD è inferiore. A questo gruppo appartengono anche altre Regioni come la Basilicata le Marche e l’Umbria⁹⁴.

Osservando i dati del 2006 in generale abbiamo:

ADI Lazio e Italia. 2006

| | Assistibili in ADI | Tassi di assistibili per 100.000 | Tassi assistibili anziani % | Assistibili anziani (per 1.000 >65) |
|--------|--------------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| Lazio | 41.719 | 773 | 85,8 | 36,6 |
| Italia | 414.153 | 703 | 84,4 | 31,9 |

Fonte: elaborazione propria dati Osservasalute

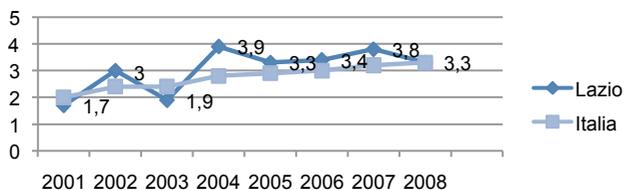
In dettaglio sul numero delle ore:

| | Terapisti della riabilitazione | Infermieri prof. | Altri operatori | Totale |
|--------|--------------------------------|------------------|-----------------|--------|
| Lazio | 5 | 14 | 2 | 21 |
| Italia | 4 | 17 | 3 | 24 |

Fonte: elaborazione propria dati Osservasalute

Esaminando invece quelli più recenti (anche se incompleti) riferiti al 2008 (ISTAT) sulla percentuale di anziani che usufruiscono dei servizi ADI, si evidenzia come la Regione Lazio sia in linea con la media nazionale del 3,3%.

Rispetto al 2001 c’è stato quasi un raddoppio della percentuale di persone anziane che hanno beneficiato dei servizi offerti dall’ADI: +1,7%. Tuttavia, come si può osservare nel grafico, l’andamento è stato tutt’altro che lineare.



Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

⁹⁴ C. Gori, G. Casanova, *I servizi domiciliari*, in AA.VV., *L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia...*, cit., p. 46.

Per quanto concerne i servizi di assistenza domiciliare destinati agli anziani e a carattere socio-assistenziale organizzati dai Comuni abbiamo:

■ L'assistenza domiciliare socio-assistenziale⁽¹⁾ nell'area anziani: indicatori territoriali. 2006

| Regione e ripartizione geografica | Percentuale di comuni coperti dal servizio | Indice di copertura territoriale del servizio ^(a) (per 100 persone) ^(b) | Indicatore di presa in carico degli utenti ^(c) (per 10.000 persone) ^(b) |
|-----------------------------------|--|---|---|
| Lazio | 79,1 | 92,9 | 182 |
| Italia | 85,3 | 89,6 | 184 |

⁽¹⁾ Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale

^(a) Popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

^(b) Popolazione di riferimento: persone con età maggiore di 65 anni.

^(c) Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

⁽²⁾ Dato riferito all'intera provincia.

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

■ L'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari⁽¹⁾ nell'area anziani: indicatori territoriali. 2006

| Regione e ripartizione geografica | Percentuale di comuni coperti dal servizio | Indice di copertura territoriale del servizio ^(a) (per 100 persone) ^(b) | Indicatore di presa in carico degli utenti ^(c) (per 10.000 persone) ^(b) |
|-----------------------------------|--|---|---|
| Lazio | 39,4 | 69,8 | 40 |
| Italia | 39,7 | 45,9 | 104 |

⁽¹⁾ Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari

^(a) Popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

^(b) Popolazione di riferimento: persone con età maggiore o uguale a 65 anni.

^(c) Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

⁽²⁾ Dato riferito all'intera provincia.

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

■ Voucher, assegno di cura e buono socio-sanitario nell'area anziani: indicatori territoriali. 2006

| Regione e ripartizione geografica | Percentuale di comuni coperti dal servizio | Indice di copertura territoriale del servizio ^(a) (per 100 persone) ^(b) | Indicatore di presa in carico degli utenti ^(c) (per 10.000 persone) ^(b) |
|-----------------------------------|--|---|---|
| Lazio | 5,0 | 1,7 | 0 |
| Italia | 44,3 | 44,4 | 49 |

^(a) Popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

^(b) Popolazione di riferimento: persone con età maggiore o uguale a 65 anni.

^(c) Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

⁽²⁾ Dato riferito all'intera provincia.

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

■ Tra le misure per l'assistenza a domicilio degli anziani abbiamo il servizio di **telesoccorso e teleassistenza sanitari**. Istituito con la Legge Regionale n. 30 del 24 dicembre del 2008, ne sono beneficiari le persone sopra i 75 anni (monoreddito o con reddito pensionistico inferiore a 10.000 euro l'anno) i portatori di handicap grave e i malati cronici.

Le strutture che compongono l'offerta di assistenza residenziale e semi-residenziale nel Lazio sono:

■ RSA

Sono "presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello 'medio' di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello 'alto' di assistenza tutelare e alberghiera" (D.P.R. 14/01/1997).

■ Centri diurni per anziani fragili

Strutture protette a carattere semi-residenziale che hanno l'obiettivo di accogliere e assistere da un punto di vista sociale e sanitario persone anziane con problemi di parziale o totale non autosufficienza.

■ Strutture a ciclo residenziale

Ne esistono di diverse tipologie (art. 8, L.R. 41/2003)

- Casa-famiglia
- Comunità alloggio
- Casa di riposo
- Comunità albergo

L'offerta socio-assistenziale residenziale nel Lazio è decisamente orientata verso due tipologie di soggetti: i minori e gli anziani⁹⁵.

Al 31 maggio 2008 ben 1.042 su 2.462 strutture e servizi socio-assistenziali erano dedicate agli over 65. Questi ultimi sono i maggiori fruitori dei servizi offerti, rappresentando il 57,4% (più di 6.300 persone) del totale degli ospiti delle strutture. Nello specifico 3.773 ospiti hanno almeno 80 anni, 1.152 tra i 75 e i 79 anni, mentre 1.019 tra 65 e 74.

| Strutture | Prov. di Frosinone | Prov. di Latina | Prov. di Rieti | Comune di Roma | Prov. di Roma | Prov. di Viterbo | Totale |
|-----------------------------------|--------------------|-----------------|----------------|----------------|---------------|------------------|--------|
| Casa Famiglia | 0 | 3 | 9 | 2 | 12 | 0 | 26 |
| Comunità alloggio | 7 | 32 | 16 | 31 | 96 | 5 | 187 |
| Casa di riposo | 15 | 9 | 15 | 83 | 65 | 24 | 211 |
| Casa albergo | 1 | 0 | 1 | 3 | 4 | 0 | 9 |
| Struttura semi-res. | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 |
| Centro diurno per anziani fragili | 0 | 0 | 0 | 22 | 0 | 0 | 22 |
| Centro anziani | 80 | 59 | 58 | 136 | 169 | 70 | 572 |
| Centro diurno per anziani | 0 | 2 | 0 | 1 | 5 | 4 | 12 |
| Strutture per Anziani | 103 | 105 | 99 | 280 | 352 | 103 | 1.042 |

Fonte: elaborazione propria dati Sistema informativo dei servizi sociali del Lazio

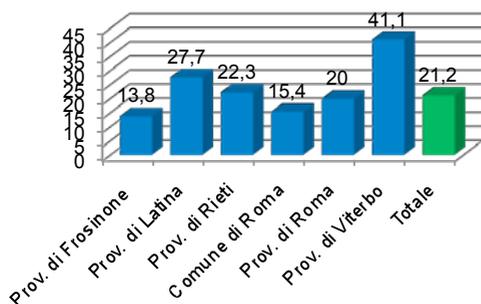
La consistente presenza di "grandi vecchi" fa sì che queste strutture si trovino a fronteggiare quotidianamente situazioni dall'elevato e talvolta complesso carico assistenziale. Ciò che a noi soprattutto interessa è che all'interno di queste strutture trovi assistenza un 21,2% di anziani non autosufficienti, ovvero 1.344 individui.

Nelle strutture socio-assistenziali in provincia di Viterbo poi, la percentuale di anziani non autosufficienti supera il 41%, mentre nella città di Roma va oltre il 15%.

⁹⁵ Si veda: Regione Lazio, Assessorato alle Politiche Sociali, *Primo rapporto sui servizi sociali del Lazio*, marzo 2009.

| | Prov. Di Frosinone | Prov. Di Latina | Prov. Di Rieti | Comune di Roma | Prov. Di Roma | Prov. Di Viterbo | Totale |
|------------------------------|-----------------------|--------------------|-------------------|-------------------|------------------|---------------------|--------|
| Anziani | | | | | | | |
| <i>autosufficienti</i> | 319 | 306 | 417 | 1.779 | 1.759 | 420 | 5.000 |
| <i>non autosufficienti</i> | 51 | 117 | 120 | 324 | 439 | 293 | 1.344 |
| Totale | 370 | 423 | 537 | 2.103 | 2.198 | 713 | 6.344 |
| <i>autosufficienti %</i> | 86,2 | 72,3 | 77,7 | 84,6 | 80,0 | 58,9 | 78,8 |
| <i>non autosufficienti %</i> | 13,8 | 27,7 | 22,3 | 15,4 | 20,0 | 41,1 | 21,2 |
| Totale % | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Fonte: elaborazione propria dati Sistema informativo dei servizi sociali del Lazio



Fonte: elaborazione propria dati Sistema informativo dei servizi sociali del Lazio

Considerando tanto il peso demografico quanto le problematiche che si porta dietro una metropoli come Roma è inevitabile che all'interno del segmento "anziani" si crei una polarizzazione verso il capoluogo di regione. Lì è, infatti, concentrato il 27% delle strutture regionali (sommando quelle della medesima provincia la percentuale supererebbe il 50%).

Sul fronte delle RSA e delle strutture semi-residenziali, i dati del 2007 indicavano in 160 il numero delle prime e in 57 quello delle seconde.

Nel 2005 i numeri dei pazienti anziani ricoverati nelle diverse strutture residenziali vedeva:

| | RSA | Residenze Sociosanitarie | Residenze assistenziali | Altro tipo di residenze | Totale anziani ricoverati |
|-------|-------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Lazio | 4.526 | 861 | 7.539 | 1.461 | 14.387 |

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

Prestazioni Monetarie

Come e prima di altre realtà regionali italiane, la Regione Lazio ha deciso di istituire un Fondo per la Non Autosufficienza. Lo ha stabilito con la già citata l.r. n. 20 del 23 novembre 2006 *Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza* e con la Delibera 601/2007 fondo regionale per la non autosufficienza.

Per il 2007 è stata stanziata la somma complessiva di € 12.925.268, frutto delle risorse non spese nel 2006 pari a 4 milioni di euro e delle nuove 2007 pari a € 8.394.171,09.

Per il 2008 è stato rifinanziato un Fondo Regionale per la Non Autosufficienza con altri 12.000.000 di euro.

Gli obiettivi del FRNA del Lazio sono quelli già menzionati e presenti nella Legge varata del 2006:

- Realizzazione di specifici interventi di assistenza domiciliare integrata sanitaria e sociale per anziani non autosufficienti, per evitare o ridurre al minimo il ricovero in strutture residenziali
- Realizzazione di servizi di sollievo alla famiglia
- Dimissioni ospedaliere protette per soggetti temporaneamente non autosufficienti
- Realizzazione di un sistema di assistenza domiciliare integrata, sanitaria e sociale, per i soggetti non autosufficienti con patologie cronico-degenerative
- Realizzazione di interventi di sostegno alla persona disabile non autosufficiente e alla famiglia
- Programmi di aiuto alla persona gestiti in forma indiretta e interventi economici straordinari

Il contributo annuo pro-capite da destinare a ciascun cittadino non autosufficiente può al massimo raggiungere i 5.000 euro annui.

Per gli interventi relativi alle dimissioni ospedaliere protette è prevista la riserva di una quota pari al 5% massimo del fondo disponibile. Per gli interventi relativi all'assistenza indiretta e ai contributi economici è prevista la riserva di una quota pari al 15% massimo del fondo disponibile.

| | |
|--|-----------------|
| Quota fondo nazionale | € 8.394.171,09 |
| Residui fondo non autosufficienza 2006 | € 4.000.000,00 |
| Fondo non autosufficienza 2007 | € 12.925.268,16 |
| Fondo non autosufficienza 2008 | € 12.000.000,00 |

A questi stanziamenti vanno aggiunte le quote del Fondo Nazionale spettanti alla Regione Lazio:

- 25,9 milioni..... 2008
- 34,5 milioni.....2009

Assistenza: I Comuni

I Comuni sono uno degli organismi preposti all'organizzazione, gestione ed erogazione dei servizi assistenziali per persone non autosufficienti residenti sul territorio. Nella maggioranza dei casi la natura di questi interventi è socio-assistenziale.

Vediamo cosa accade nel Lazio (i dati sono del 2006, ultimi disponibili), osservando prima i "numeri" del servizio fornito e poi la "spesa" sostenuta per realizzarlo.

 L'assistenza domiciliare socio-assistenziale⁽¹⁾ nell'area anziani: indicatori territoriali. 2006

| Regione e ripartizione geografica | Percentuale di comuni coperti dal servizio | Indice di copertura territoriale del servizio ^(a) (per 100 persone) ^(b) | Indicatore di presa in carico degli utenti ^(c) (per 10.000 persone) ^(b) |
|-----------------------------------|--|---|---|
| Lazio | 79,1 | 92,9 | 182 |
| Italia | 85,3 | 89,6 | 184 |

(1) Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale

(a) Popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

(b) Popolazione di riferimento: persone con età maggiore di 65 anni.

(c) Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

(2) Dato riferito all'intera provincia.

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

 L'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari⁽¹⁾ nell'area anziani: indicatori territoriali. 2006

| Regione e ripartizione geografica | Percentuale di comuni coperti dal servizio | Indice di copertura territoriale del servizio ^(a) (per 100 persone) ^(b) | Indicatore di presa in carico degli utenti ^(c) (per 10.000 persone) ^(b) |
|-----------------------------------|--|---|---|
| Lazio | 39,4 | 69,8 | 40 |
| Italia | 39,7 | 45,9 | 104 |

(1) Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari

(a) Popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

(b) Popolazione di riferimento: persone con età maggiore o uguale a 65 anni.

(c) Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

(2) Dato riferito all'intera provincia.

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

 Voucher, assegno di cura e buono socio-sanitario nell'area anziani: indicatori territoriali. 2006

| Regione e ripartizione geografica | Percentuale di comuni coperti dal servizio | Indice di copertura territoriale del servizio ^(a) (per 100 persone) ^(b) | Indicatore di presa in carico degli utenti ^(c) (per 10.000 persone) ^(b) |
|-----------------------------------|--|---|---|
| Lazio | 5,0 | 1,7 | 0 |
| Italia | 44,3 | 44,4 | 49 |

(a) Popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

(b) Popolazione di riferimento: persone con età maggiore o uguale a 65 anni.

(c) Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione.

(2) Dato riferito all'intera provincia.

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

Per quanto concerne le spese che i Comuni sostengono per la fornitura di servizi assistenziali (diretti e attraverso prestazioni monetarie), abbiamo:

- L'assistenza domiciliare socio-assistenziale⁽¹⁾ nell'area anziani: utenti, spesa e spesa media per utente, per regione e ripartizione geografica. 2006

| Regione e ripartizione geografica | Utenti | Spesa (€) | Spesa media per utente (€) |
|-----------------------------------|---------------|-------------------|----------------------------|
| Lazio | 18.881 | 34.200.246 | 1.811 |
| Italia | 214.640 | 353.306.820 | 1.646 |

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

- L'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari⁽¹⁾ nell'area anziani: utenti, spesa e spesa media per utente, per regione e ripartizione geografica. 2006

| Regione e ripartizione geografica | Utenti | Spesa (€) | Spesa media per utente (€) |
|-----------------------------------|--------------|------------------|----------------------------|
| Lazio | 4.207 | 7.225.904 | 1.718 |
| Italia | 121.486 | 55.129.437 | 454 |

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

- Voucher, assegno di cura e buono socio-sanitario nell'area anziani: utenti, spesa e spesa media per utente, per regione e ripartizione geografica. 2006

| Regione e ripartizione geografica | Utenti | Spesa (€) | Spesa media per utente (€) |
|-----------------------------------|-----------|--------------|----------------------------|
| Lazio | 24 | 3.697 | 154 |
| Italia | 57.599 | 70.946.088 | 1.232 |

Fonte: elaborazione propria di dati ISTAT

Conclusioni

La nostra panoramica sull'assistenza agli anziani non autosufficienti è in realtà partita dall'osservazione della situazione socio-demografica, con una popolazione mondiale, europea e italiana sempre più vecchia, longeva e – molto probabilmente – più bisognosa di cure e assistenza. Dopo averne delineato i contorni, saggiando dimensioni e complessità del fenomeno, abbiamo parlato delle sfide che già attendono le società e i governi di tutto il globo. Abbiamo poi esaminato le risposte date in Europa e nel mondo a questa delicata questione, mostrando come e in che misura paesi culturalmente diversi si stanno impegnando per rispondere ai bisogni di un sempre più alto numero di anziani con perdita di autosufficienza. Infine, restringendo sempre più il campo d'osservazione, abbiamo guardato alla situazione nella nostra penisola e, in particolare ad alcune Regioni tra cui il Lazio.

Tuttavia non è nostra intenzione utilizzare lo spazio dedicato alle “conclusioni” solamente per riassumere e condensare quello che già abbiamo detto nel corso dello studio. Piuttosto ci pare più utile porre l'attenzione sulla situazione italiana, evidenziando le questioni ancora aperte, rilevando i nodi non ancora risolti, le carenze e le criticità che a tutt'oggi affliggono i nostri servizi di assistenza alle persone non autosufficienti.

Ecco alcuni spunti di riflessione.

- Senza dubbio si sente la mancanza di una riforma a livello nazionale capace di disegnare una strategia chiara e semplice e in grado di fornire un sostrato comune su cui le differenti Regioni potranno innestare le proprie e specifiche politiche socio-assistenziali.
- Un riordino, una regolamentazione di massima e un coordinamento a livello nazionale dovranno essere seguiti anche da un maggiore impegno di risorse economiche, messe finalmente a disposizione dal governo centrale. Se il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza è senza dubbio un primo e importante passo nella giusta direzione, questa iniziativa – considerate le cifre erogate e la portata del problema – è molto lontana dall'essere sufficiente.
- Conseguenza dell'assenza di un indirizzo programmatico comune e sovraregionale è la disomogeneità tra le diverse Regioni. Disomogeneità che si va a sommare ai già noti e più antichi squilibri tra zone d'Italia, con le Regioni del Sud arretrate per qualità e quantità nei servizi offerti, rispetto a quelle del Centro e soprattutto del Nord della nostra penisola. Limitandoci allo specifico dell'assistenza alle persone non autosufficienti, le diversità tra realtà regionali riguardano questioni di base come:
 - I tipi di sistemi adottati (e le scelte politiche che li sottendono)
 - La tipologia di servizi offerti
 - La modalità di erogazione
 - L'entità dei servizi erogati
 - La mancanza di un accordo sul concetto di non autosufficienza e sugli strumenti per valutarla
 - I tempi con i quali si è arrivati (o non ancora arrivati) a una programmazione vera e seria a favore della non autosufficienza

- All'interno delle singole Regioni si è sovente in presenza di un quadro istituzionale particolarmente frammentario. Le conseguenze maggiori sono:
 - che organismi, enti ed istituzioni nazionali, regionali e locali spesso si trovano a operare in maniera autonoma e non coordinata fra loro
 - l'assenza di dialogo e di una sinergia fra i diversi soggetti attivi porta a incomprensioni, spreco di risorse economiche e di tempo, inutili accavallamenti
 - Un grave deficit nelle informazioni. In un quadro così frammentato, saranno frammentate, incomplete o contraddittorie anche le informazioni che da lì si possono trarre. E – va da sé – che da informazioni siffatte non sarà possibile né tracciare con precisione i bisogni della popolazione né elaborare seguenti strategie e programmi assistenziali davvero validi e mirati.

- Le politiche di assistenza alla non autosufficienza in Italia sono profondamente marcate dalla preponderanza delle prestazioni monetarie rispetto a quelle assistenziali in natura. Si tratta essenzialmente di contributi in denaro erogati, a livello regionale, attraverso i cosiddetti “assegni di cura” e, a livello nazionale (dall'INPS), attraverso l'indennità di accompagnamento. Ma quanto è giusto puntare con tanta convinzione su questa tipologia di prestazioni? Facciamo alcune riflessioni:

▶ Assegno di cura, la soluzione ideale?

Esiste il fondato sospetto che le istituzioni locali e nazionali investano molto sull'assegno di cura poiché lo considerano una soluzione ideale al problema dell'assistenza alla non autosufficienza. Le ragioni starebbero nel suo essere:

- più facilmente diffondibile
- più a buon mercato

rispetto alla programmazione, elaborazione, attivazione ed erogazione di un complesso e articolato sistema di servizi socio-assistenziali.

Quest'ultima convinzione è – tra l'altro – spesso smentita dalla realtà dei fatti, soprattutto quando l'aumento della domanda si fa piuttosto forte da non permettere poi un reale risparmio di risorse economiche⁹⁶.

▶ Assegni per tutti?

L'eccessiva diffusione degli assegni di cura porta inevitabilmente all'abbassamento degli importi erogati, con una conseguente minore capacità di soddisfare le esigenze del beneficiario.

- ▶ La mancanza di un vincolo di utilizzo. Il fatto che sovente questi contributi non abbiano vincoli speciali all'utilizzo (specie l'indennità di accompagnamento), li espone al rischio di veder fraintesa o dimenticata la loro funzione originale di contributo all'acquisto di assistenza, per trasformarsi in semplici integratori di redditi bassi, in strumenti contro la povertà magari da elargire in aree socialmente ed economicamente depresse (con alta disoccupazione, disagio etc.). È il caso di alcune Regioni del Sud come Calabria, Campania, Sardegna, dove si registra un elevato ricorso a questo genere di interventi⁹⁷.

⁹⁶ Cristiano Gori e Sergio Pasquinelli parlano di induzione della domanda: “L'offerta di assegni, dunque, incrementa la domanda di assegni che a sua volta ne incrementa l'offerta e così via”. Non solamente. Infatti “il meccanismo dell'induzione della domanda si salda con il gradimento raccolto dagli assegni tra gli utenti – che significa consenso politico/elettorale per chi li eroga – nell'alimentare le richieste”; si veda: Gori, S. Pasquinelli, *Gli assegni di cura*, in C. Gori (ed.), *Le riforme regionali per i non autosufficienti...*, cit., p. 166.

⁹⁷ C. Gori, G. Lamura, *Lo scenario complessivo*, in AA.VV., *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia...*, cit., p. 31.

► Un incentivo non esplicito all'informal care irregolare

L'assegno di cura è spesso utilizzato per pagare assistenti familiari in condizione di irregolarità, per la mancanza tanto di un regolare contratto che ne disciplini il lavoro come – talvolta – del permesso di soggiorno che ne consenta la permanenza nel nostro paese.

■ Nonostante la molta strada ancora da percorrere, qualche importante passo però è già stato compiuto. Non bisogna dimenticare gli sforzi che le diverse Regioni hanno fatto in questi ultimi dieci-quindici anni per regolamentare, programmare, elaborare e realizzare efficienti servizi di assistenza per le persone non autosufficienti.

Pensiamo alle leggi regionali, alla creazione di Fondi Regionali per la Non Autosufficienza, alla crescita e al potenziamento costanti – seppur lenti – dei servizi integrati socio-assistenziali a domicilio, di quelli residenziali e delle misure a sostegno del lavoro di assistenza svolto dalle famiglie.

Il fatto che ci siano ancora spazi di miglioramento non significa che non ci siano stati dei miglioramenti. Si farà poi un ulteriore passo in avanti quando si incomincerà ad abbandonare quell'ingiustificata riserva che – talvolta – ancora persiste intorno all'utilizzo di certe innovazioni tecnologiche, per guardare alla tecnologia come a un prezioso strumento capace di semplificare e di migliorare il lavoro di assistenza. E con questo ci riferiamo, per esempio, alla telemedicina, tema che potrebbe essere l'oggetto di una prossima ricerca.

■ Sarebbe ugualmente interessante per le molteplici implicazioni che porta con sé, realizzare uno studio approfondito sul ruolo che le non-profit rivestono nel mercato sanitario e socio-assistenziale italiano. Molto spesso accade che queste associazioni suppliscano alle mancanze e alle inefficienze del sistema, arrivando là dove le istituzioni pubbliche non riescono. Un caso su tutti è quello delle cure palliative.

Chiudiamo con le parole che Graziano Giorgi e Emanuele Ranci Ortigosa utilizzano per spiegare cosa debba realmente fare una politica in favore della non autosufficienza:

“Una specifica politica per la non autosufficienza [...] è qualcosa di diverso e di più dal prevedere alcuni tipi di interventi economici o di servizi per gli anziani e i disabili non autosufficienti come le Regioni, i Comuni, le ASL hanno tradizionalmente fatto. Si ha una politica per la non autosufficienza [...] quando, prendendo atto dell'incalzare dei bisogni che le rapide evoluzioni demografiche, epidemiologiche e sociali alimentano e dei gravi e complessi problemi di assistenza e cura che esse generano, si decide di sviluppare una politica articolata e però integrata di risposta, investendo risorse aggiuntive e insieme rivedendo e ricomponendo tutto il sistema dei servizi e degli interventi di fronteggiamento e di sostegno⁹⁸. “

⁹⁸ G. Giorgi, E. Ranci Ortigosa, *Il governo delle politiche regionali*, in C. Gori (ed.), *Le riforme regionali per i non autosufficienti...*, cit., pp. 76-77.

Bibliografia

- AA.VV., *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Sant'Arcangelo di Romagna, Maggioli, 2009
- AA.VV., *Le derive e gli approdi. Anziani 2007-2008. Settimo Rapporto sulla condizione della persona anziana*, Federazione Nazionale Pensionati CISL, Roma, Edizioni Lavoro, 2009, pp. 49 e ss.
- AA.VV., *Long-Term Care for Older Persons. Conference organized by the Luxembourg Presidency with the Social Protection Committee of the European Union Luxembourg, 12 and 13 May 2005*, in "Bulletin Luxembourgeois des questions sociales", 2005
- AA.VV., *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe 2004-2007*, Mannheim, Research Institute for the Economics of Aging (MEA), 2008
- AA.VV., *Territori e non autosufficienza. Rapporto finale 2007*, Roma, IRES, maggio 2007
- Ageing Society-Osservatorio Terza Età, *Sintesi del Rapporto Nazionale 2009 sulla Terza Età*, Roma, Osservatorio Terza età, 2009
- Anessi Pessina E., Cantù E. (eds.), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009*, Milano, Egea, 2009
- Anessi Pessina E., Cantù E. (eds.), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Milano, Egea, 2008
- Assessorato Politiche per la Salute, *Le cure domiciliari in Emilia Romagna*, 2006
- Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, 2000
- CENSIS, *VII Rapporto Salute "La Repubblica"-Censis. Consumi e valori degli anziani in Italia*, Roma, 2008
- CENSIS, *VII Rapporto Salute "La Repubblica"-Censis. Consumi e valori degli anziani in Italia*, Roma, 2008
- Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e dell'assistenza ospedaliera a domicilio*, Roma, Ministero della salute, 2006
- EURISPES, *21° Rapporto Italia 2009*, Roma, 2009
- European Commission, *2009 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*, "European Economy", 2009, n. 2
- European Commission, *Long-Term Care in the European Union*, Bruxelles, 2008
- FIASO-CERGAS, *Un modello per il governo del territorio delle aziende sanitarie. Risultati dal Laboratorio di ricerca*, Milano, Economia Sanitaria, 2008
- *Gli italiani e il SSN a trent'anni dalla sua istituzione*, indagine promossa da ANAAO-AssoMED, 2008
- Gori C. (ed.), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Roma, Carocci, 2008
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales, *Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2008*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009
- ISTAT, *Annuario Statistico Italiano 2009*, Roma, 2009
- ISTAT, *Interventi e servizi sociali dei Comuni-Anno 2006*, pubblicati nell'agosto 2009
- ISTAT, *La povertà in Italia nel 2008-Statistiche in breve*, Roma, luglio 2009
- ISTAT, *Noi Italia. 100 statistiche per capire il paese in cui viviamo - edizione 2010*, Roma, 2010
- Kinsella K., He W., *An Aging World: 2008. International Population Report*, US Census Bureau (Washington), June 2009

- Lundsgaard J., *Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care. How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?*, “OECD Health Working Papers”, May 2005, n. 20
- Mauri L., Pozzi A., *Le politiche di long term care in Italia. I principali nodi del dibattito*, in “Mutamento Sociale”, 2007
- OECD, *Conceptual Framework and Definition of Long-Term Care Expenditure*, Input Document – Unit 2, 2008
- OECD, *Les soins de longue durée pour les personnes âgées*, Paris, 2005
- OsMED, *L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto nazionale anno 2008*, Roma, 2009
- Pasquinelli S., Rusmini G., *Badanti: la nuova generazione. Caratteristiche e tendenze del lavoro privato di cura*, Milano, Istituto per la Ricerca Sociale-IRS, 2008
- Pavolini E., *Regioni e Politiche sociali per anziani, Le sfide della non autosufficienza*, Roma, Carocci, 2004
- Ragioneria Generale dello Stato, *La spesa per Long Term Care*, in *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario - Aggiornamento 2008*, Roma, RGS, 2009
- *Rapporto Osservasalute 2008*, Osservatorio della Salute 2009 dell'Università Cattolica
- Regione Lazio, Assessorato alle Politiche Sociali, *Primo rapporto sui servizi sociali del Lazio*, marzo 2009
- Tarricone R., Tsouros A.D. (eds.), *Home Care in Europe*, Milano, CERGAS-Università Luigi Bocconi-World Health Organization, 2008
- Tumlinson A., Woods S., *Long-Term Care in America. An Introduction*, Washington DC, Avalere Health LLC, January 2007

SITI WEB

| | |
|--|--|
| Ageing Society-Osservatorio Terza Età | www.ageingnew.sincromedia.net |
| Associazione Medici Dirigenti (ANAAO-Assomed) | www.anaao.it |
| Censis | www.censis.it |
| <i>Centro Ricerche sulla Gestione Sanitaria e Sociale (CERGAS)</i> | www.cergas.unibocconi.it |
| Commissione Europea | www.ec.europa.eu |
| Comune di Roma | www.comune.roma.it |
| Economic Policy Committee (EPC) | www.europa.eu/epc/index_en.htm |
| Eurispes | www.eurispes.it |
| Federazione Nazionale Pensionati CISL | www.pensionati.cisl.it |
| Istituto di Ricerche Economiche e Sociali (IRES) | www.ires.it |
| Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) | www.istat.it |
| Istituto Nazionale Previdenza Sociale (INPS) | www.inps.it |
| Istituto per la Ricerca Sociale (IRS) | www.irs-online.it |
| Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA) | www.mea.uni-mannheim.de |
| National Institute of Aging | www.nia.nih.gov |
| Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) | www.oecd.org |
| Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane | www.osservasalute.it |
| Ragioneria Generale dello Stato | www.rgs.mef.gov.it |
| Regione Emilia Romagna | www.regione.emilia-romagna.it |
| Regione Friuli Venezia Giulia | www.regione.fvg.it |
| Regione Lazio | www.regione.lazio.it |
| Regione Liguria | www.regione.liguria.it |
| Ryder Italia Onlus | www.ryderitaliaonlus.org |
| Synergia | www.synergia-net.it |

RYDER ITALIA ONLUS: UN CAMMINO LUNGO VENTISEI ANNI



La Ryder Italia, riconosciuta ONLUS (Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale) dal 1998, è stata fondata a Roma il 22 novembre 1984 come associata a una Fondazione Inglese, la *Sue Ryder Care*, molto conosciuta in campo internazionale per il suo impegno nei confronti dei malati e più in generale dei disabili.

La Ryder Italia Onlus (RYO) – dichiarata *Ente Morale* con decreto del Ministro dell’Interno del 5 ottobre 1991 e iscritta, dal 1994, nel Registro Regionale del Lazio delle organizzazioni di Volontariato – opera nella città di Roma, offrendo un servizio di assistenza domiciliare per i malati oncologici che non rispondono più a trattamenti terapeutici specifici. L’obiettivo dell’associazione è quello di offrire un programma di terapia del dolore e cure palliative da parte di un’equipe multidisciplinare (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, fisioterapisti, assistenti domiciliari e volontari) allo scopo di aiutare il malato e i suoi familiari nel corso della malattia oncologica in fase avanzata.

Dalla sua costituzione, la Ryder Italia ha assistito più di 4.000 pazienti, verificando direttamente sul campo che l’assistenza domiciliare costituisce:

- a) una risposta efficace ai problemi e alle sofferenze che la fase avanzata della malattia può determinare
- b) una valida alternativa all’ospedalizzazione e ai costi sociali ed economici che questa comporta.

L’equipe operativa dell’associazione è composta da volontari (attualmente 20), tra cui il direttore medico, e da personale retribuito (medici, infermieri, psicologi, assistente sociale, fisioterapista, addetti al centro d’ascolto e segretarie).

Grazie all’esperienza acquisita nei primi dieci anni d’attività la RYO ha avviato (con l’aiuto inizialmente della Comunità Europea e quindi della Fondazione Internazionale Sue Ryder Care) un analogo servizio domiciliare in due città dell’Albania, Tirana e Durazzo, e in seguito anche in Kosovo.

La sede, oltre a essere il luogo di coordinamento dell’assistenza sanitaria (ogni settimana il direttore riunisce le due equipe - la città di Roma è stata suddivisa in due aree) per verificare la situazione dei pazienti e per stabilire gli interventi più opportuni per ogni singolo caso, è anche il punto di riferimento per tutti i volontari. Ogni giorno ciascuna équipe segue una media di 20-25 pazienti. L’equipe medico-infermieristica è operativa 7 giorni su 7, festivi compresi. In particolare, i medici sono reperibili 24 ore su 24, con turni prestabili, tutti i giorni della settimana. La Ryder Italia assiste pazienti residenti in tutto il comune di Roma entro l’anello del G.R.A.

Sin dal 1996 l’Associazione Ryder Italia Onlus ha iniziato una serie di progetti di telemedicina il primo grazie al sostegno della Fondazione Maruzza Lefebvre D’Ovidio, terminato nel 1998.

In seguito nel marzo del 2004, fu intrapreso un nuovo Progetto “Creazione sul territorio di una rete telematica per il coordinamento di un servizio di assistenza domiciliare per malati oncologici” (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali).

Infine nell’aprile 2007 è stato attivato per 12 mesi un ulteriore progetto “Ospedale Virtuale: attivazione di una rete telematica di sostegno all’assistenza domiciliare” (Fondazione Vodafone Italia).

Dal mese di maggio 2009 la RYO ha iniziato l'attività assistenziale per i malati polmonari cronici con insufficienza respiratoria in collaborazione con i medici di base e con le strutture delle ASL e con alcune strutture ospedaliere di Roma (Fatebenefratelli – S.Camillo).

Nel 2010 è in corso di svolgimento un progetto di telemedicina per pazienti affetti da patologie croniche (cardiopatìa, diabete, BPCO) insieme all'Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina e il Gruppo Acotel.

Dal dicembre 2007, l'Associazione Ryder Italia Onlus è certificata ISO9000.

ASSISTENZA DOMICILIARE GRATUITA PER
PAZIENTI IN FASE TERMINALE

Ass. Ryder Italia Onlus

Via Edoardo Jenner 70

00151 Roma (RM)

Tel: (+39) 06 5349622-58204580

Fax: (+39) 06-53273183

info@ryderitalia.it

www.ryderitalia.it

info@ryderitaliaonlus.org

www.ryderitaliaonlus.org

C.F. 96115670588



Nota biografica dell'autore

Alessandro Seregni, laureato in Lettere Moderne all'Università Cattolica di Milano, nel 2009 ha conseguito un dottorato di ricerca presso l'École des Hautes Études en Sciences Sociales di Parigi (seregni.alessandro@gmail.com)



“Abbiamo sentito vicino a noi non solo un sostegno materiale ma anche una presenza costante dal punto di vista umano, che ci ha permesso di superare le difficoltà soprattutto psicologiche e di capire che saremo state in grado di affrontare la difficile situazione. Non ci siamo più sentite sole, perché sapevamo che in ogni momento della giornata avremo trovato persone pronte a darci consigli o anche a correre a casa nostra per aiutarci.”

Da una lettera inviata alla Ryder Italia Onlus nel 2003



Via Jenner 70 - 00151 Roma
Tel. (+39) 06 58204580 – 06 5349622
Fax (+39) 06 53273183
info@ryderitalia.it info@ryderitaliaonlus.org
www.ryderitalia.it www.ryderitaliaonlus.org
C.F. 96115670588

Grafica e Redazione: Alessandro Seregni
Finito di stampare nel Febbraio 2010
Stampa: Graf Italia srl