



Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali



Roma, 20 luglio 2010

*Presentazione Rapporto 2010
sulla non autosufficienza in Italia*

Cenni demografici e sanitari

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

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

Fonte: Rapporto Nazionale sulle Condizioni ed il Pensiero degli Anziani - una società diversa - promosso da IRCCS INRCA per l'Agenzia Nazionale dell'Invecchiamento - Ageing Society - Osservatorio Terza Età, Federsanità Anci. Tabella 1.8 pag. 77

Lo scenario italiano

Il quadro demografico

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

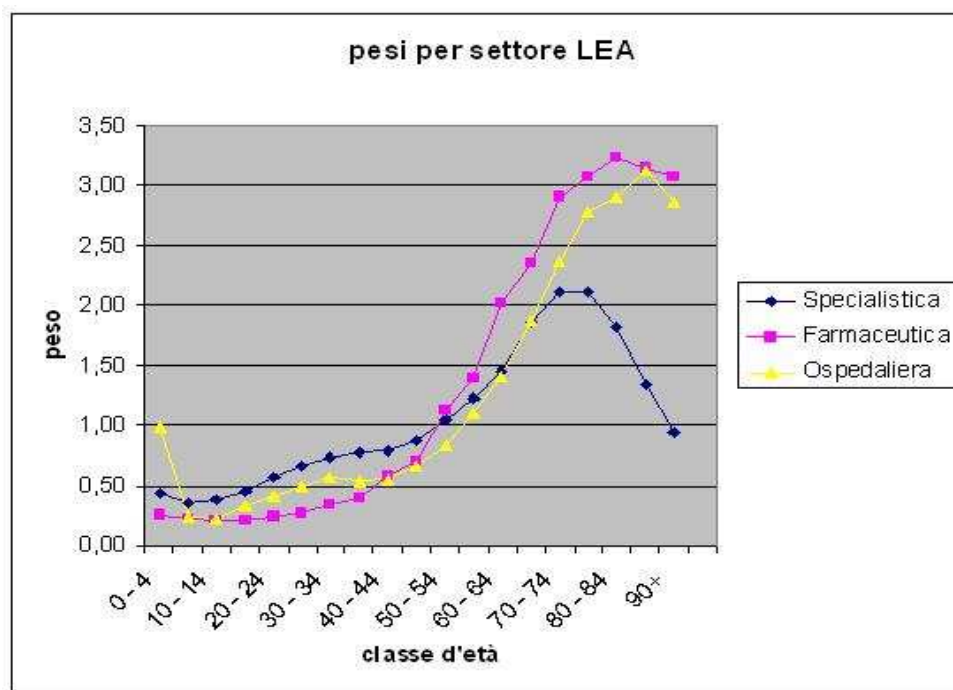
Anni	Composizione % per classi di età			Età media (anni)	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza
	Da 0 a 14 anni	Da 15 a 64 anni	Da 65 anni e più			
TOTALE POPOLAZIONE						
Censimento 1951	26,1	65,7	8,2	32	28	52,3
Censimento 1961	24,5	66	9,5	33,7	38,9	51,6
Censimento 1971	24,4	64,3	11,3	34,8	46,1	55,5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

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

Lo scenario italiano

L'asimmetria tra assistenza ospedaliera e servizi territoriali

Graf. 2 - Consumi (specialistica - farmaceutica - ospedaliera) e Popolazione.

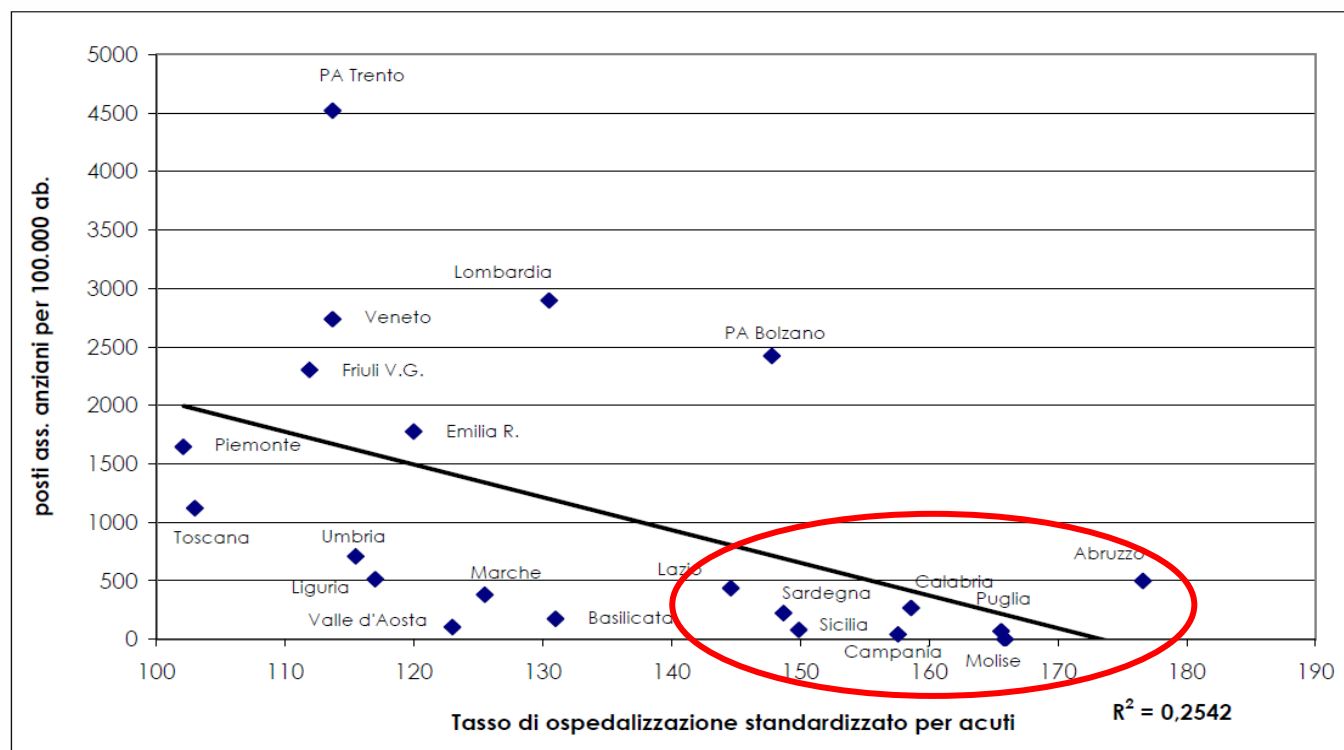


Fonte: elaborazione dati ISTAT 2007, Ministero della Salute 2004, Rapporto OSMED 2007, Ministero della Salute 2005

Lo scenario italiano

Insostenibilità del sistema: l'asimmetria tra assistenza ospedaliera e servizi territoriali

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

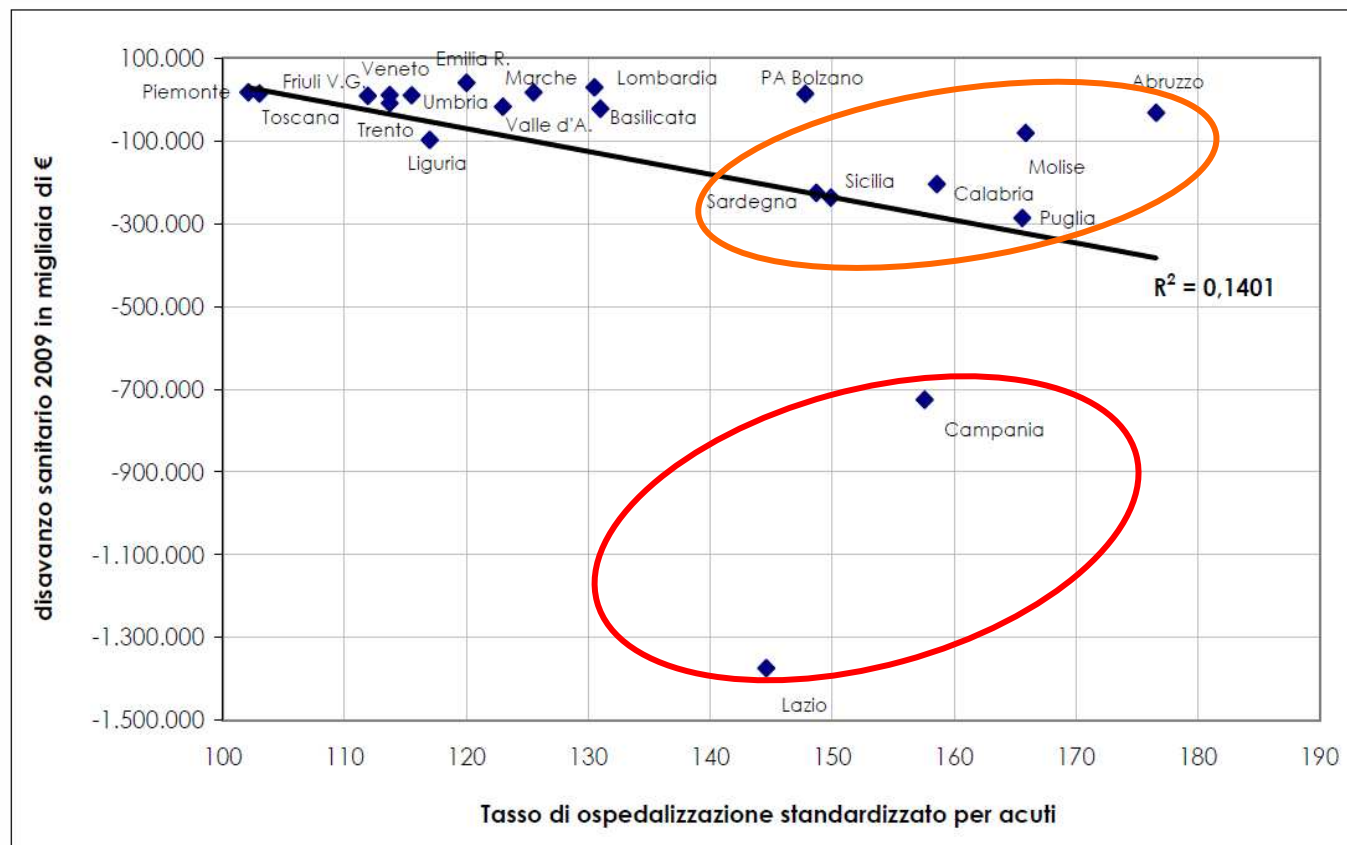


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario

Lo scenario italiano

Insostenibilità del sistema: l'asimmetria tra assistenza ospedaliera e servizi territoriali

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



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

FOCUS: Le soluzioni innovative - il caso dell'ULSS 7 del Veneto

Sostenibilità economica ed organizzazione della filiera assistenziale L'ASL 7 del Veneto

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

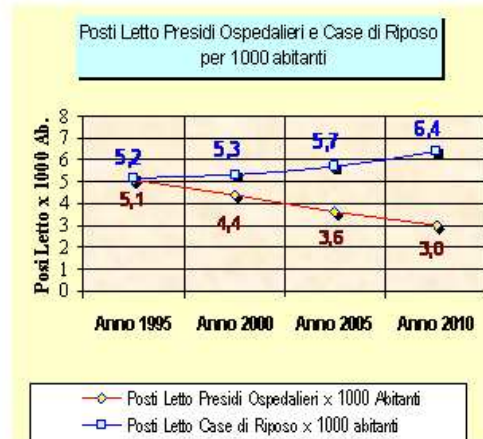
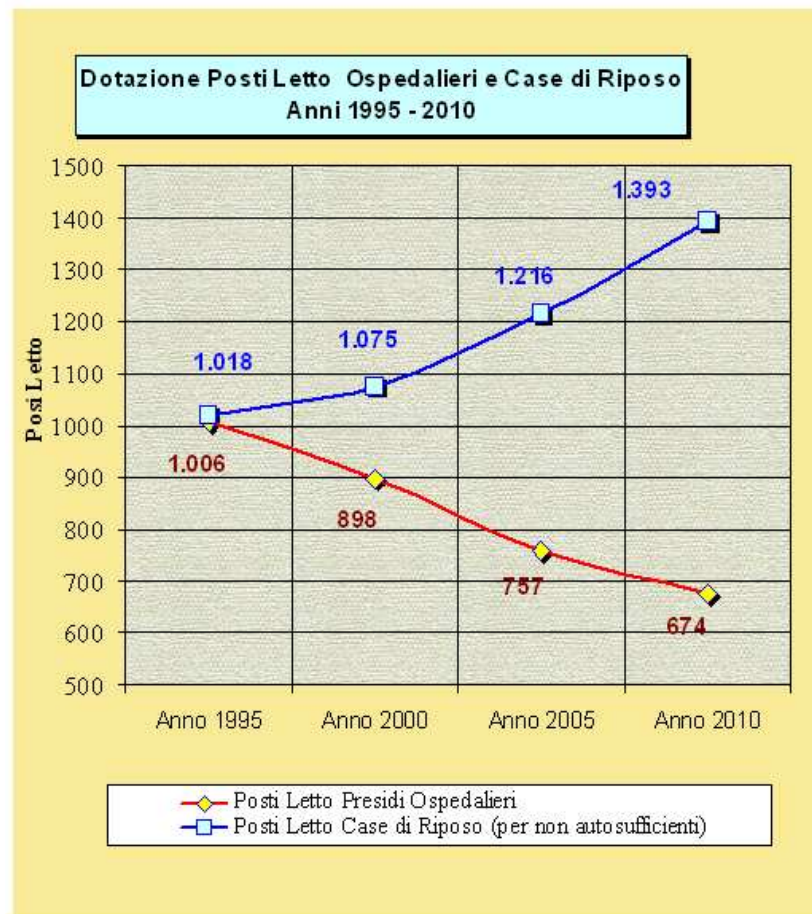
Negli ultimi venti anni l'offerta sia ospedaliera che extraospedaliera ha registrato una vera e propria rivoluzione.

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

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

FOCUS: Le soluzioni innovative il caso dell'ULSS 7 del Veneto

Graf. 8 - Dotazione posti letto ospedalieri ed extraospedalieri- ULSS n. 7 del Veneto



Fonte: ULSS 7 – Pieve di Soligo- Regione Veneto

FOCUS: Le soluzioni innovative il caso dell'ULSS 7 del Veneto

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

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

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

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

FOCUS: Le soluzioni innovative il caso dell'ULSS 7 del Veneto

Tab. 18 - Analisi costi benefici filiera assistenziale

Costo giornata assistenza 2009	
Costo giornaliero medio di degenza ospedaliera € 850,00	Costo giornaliero medio di ricovero in RSA Veneto € 99,61
	di cui Retta media alberghiera € 51,80 Contributo regionale € 47,81
	Costo giornaliero assistenza domiciliare nelle forme più complesse € 40/60
ANALISI COSTI BENEFICI	
Costo complessivo filiera offerta 2009	
Ospedale	p.l. 674 x € 850,00 x gg. 360 x t.o. 0,80 € 164.995.200,00
RSA	p.l. 1393 x € 47,81 x gg. 360 € 23.975.758,80
Assistenza Domiciliare integrata	€ 3.285.554,40
Assegno di cura	€ 2.399.281,70
Totale	€ 194.655.794,90
Simulazione costo complessivo base 2009 su dati offerta 1995	
Ospedale	p.l. 1006 x € 850,00 x gg. 360 x t.o. 0,80 € 246.268.800,00
RSA	p.l. 1018 x € 47,81 x gg. 360 € 17.521.408,80
Totale	€ 263.790.208,80
Risparmio annuale "virtuale" complessivo	€ 69.134.413,90
Risparmio giornaliero	€ 189.409,35
Risparmio annuale per residente	€ 315,89

Fonte: ULSS 7 Pieve di Soligo – Regione Veneto

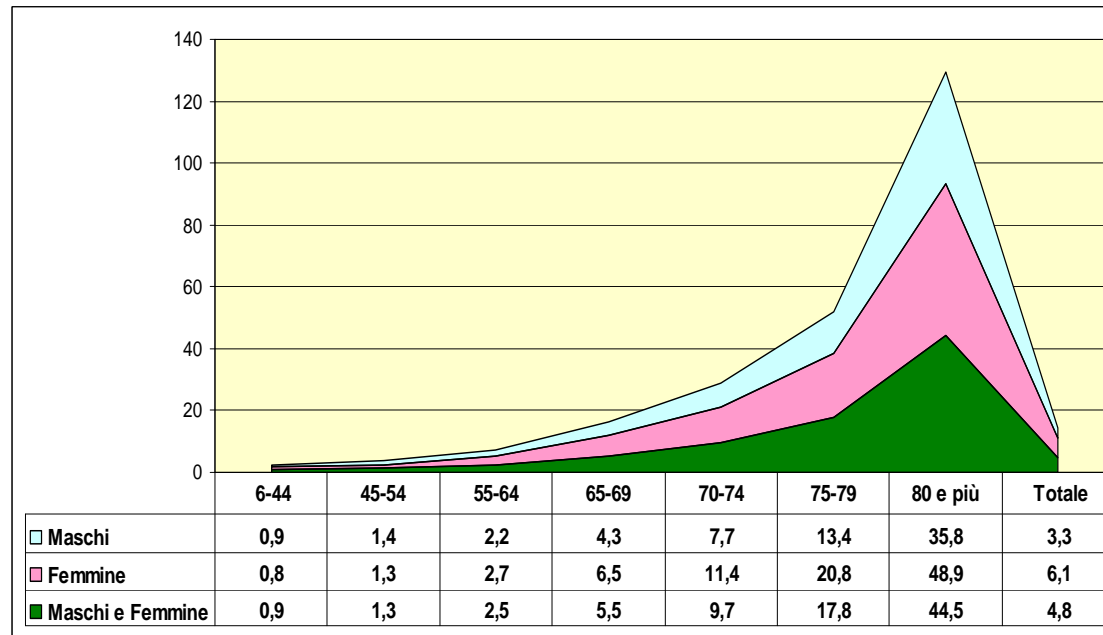
La disabilità

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

L’indagine ISTAT 2007 individua in 2.600.000 persone in condizione di disabilità che vivono in famiglia, pari al 4.8% della popolazione. L’indagine non tiene conto dei minori di 6 anni, che si stimano attorno alle 200.000. Ben 2.000.000 sono persone anziane.

La disabilità

Graf. 3 - Persone di 6 anni e più disabili per classi di età e sesso - 2005, V% (per 100 persone della stessa classe di età e sesso)



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

La disabilità

- 1. La disabilità cresce ovviamente con l'età: è pari al 9,7% della fascia di popolazione dai 70-74 anni, si eleva al 17,8% nella fascia dai 75-79 anni, e raggiunge il 44,5% degli 80enni.*
- 2. Le malattie cronico degenerative affliggono, con almeno una malattia grave, il 59,4 % degli individui con disabilità.*
- 3. La disabilità è più diffusa nell'Italia del Sud (5,2%) e nelle isole (5,7%), al Nord supera di poco il 4%, nonostante quest'ultimo abbia tassi di invecchiamento della popolazione più elevati.*
- 4. Negli ultimi dieci anni, pur aumentando in valore assoluto il numero dei disabili, il tasso "standardizzato" per età diminuisce dal 5,7% al 4,7%. Lo stesso fenomeno avviene nei Paesi europei, fortunatamente per l'effetto dei progressi della scienza e della qualità della vita; potremo affermare che mediamente si vive di più e si vive meglio. Ovvio comunque che il peso complessivo assistenziale è destinato ad aumentare, seppur in modo meno traumatico.*

La rete dei servizi - tipologia

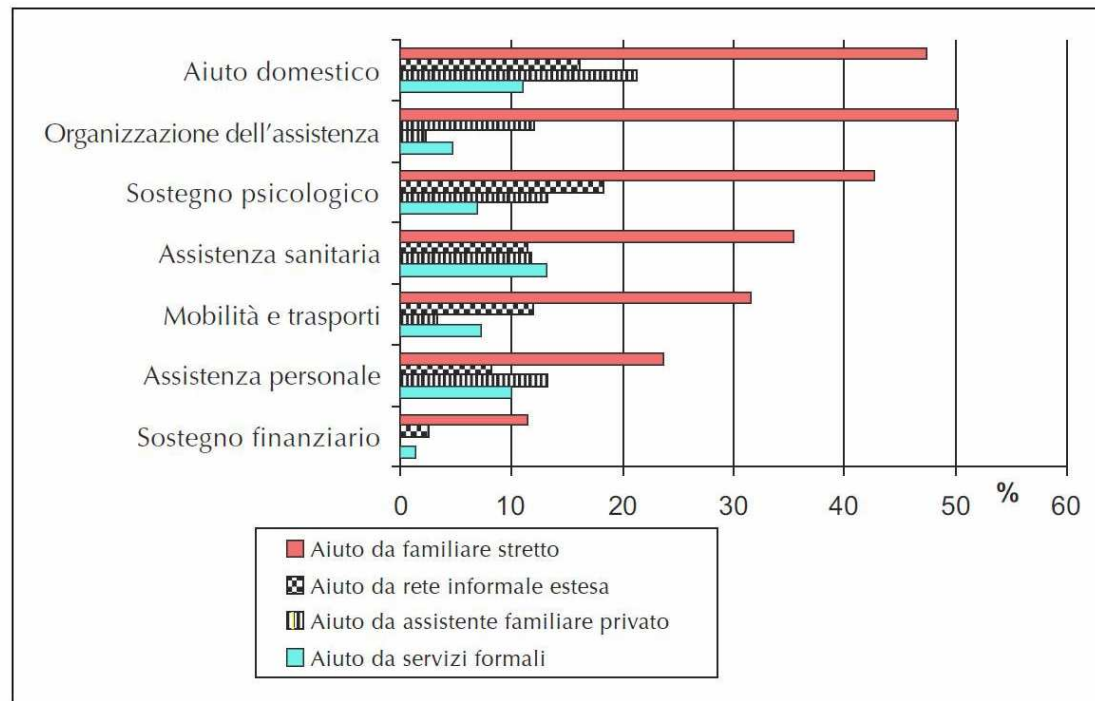
Tab. 7 - L'assistenza continuativa a titolarità pubblica per gli anziani non autosufficienti.)

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

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

La rete dei servizi a domicilio

Graf. 4 - Persone con oltre 65 anni completamente non autosufficienti, per fonte di assistenza ricevuta, Italia, 2007, %



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

La spesa per l'assistenza

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

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

così ripartita sul PIL

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

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

I pazienti cronici anziani che beneficiano dei servizi ospedalieri, spesso con uso inappropriato interessano tra il 20% – 25% dei ricoveri pari ad almeno un altro punto di percentuale del PIL:

Se si considera anche questo costo si può giungere alla conclusione che un quarto della spesa sanitaria e socio- sanitaria-assistenziale sia legata alla cronicità e alla non autosufficienza.

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

L'assistenza nelle Regioni

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

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

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

L'assistenza nelle Regioni

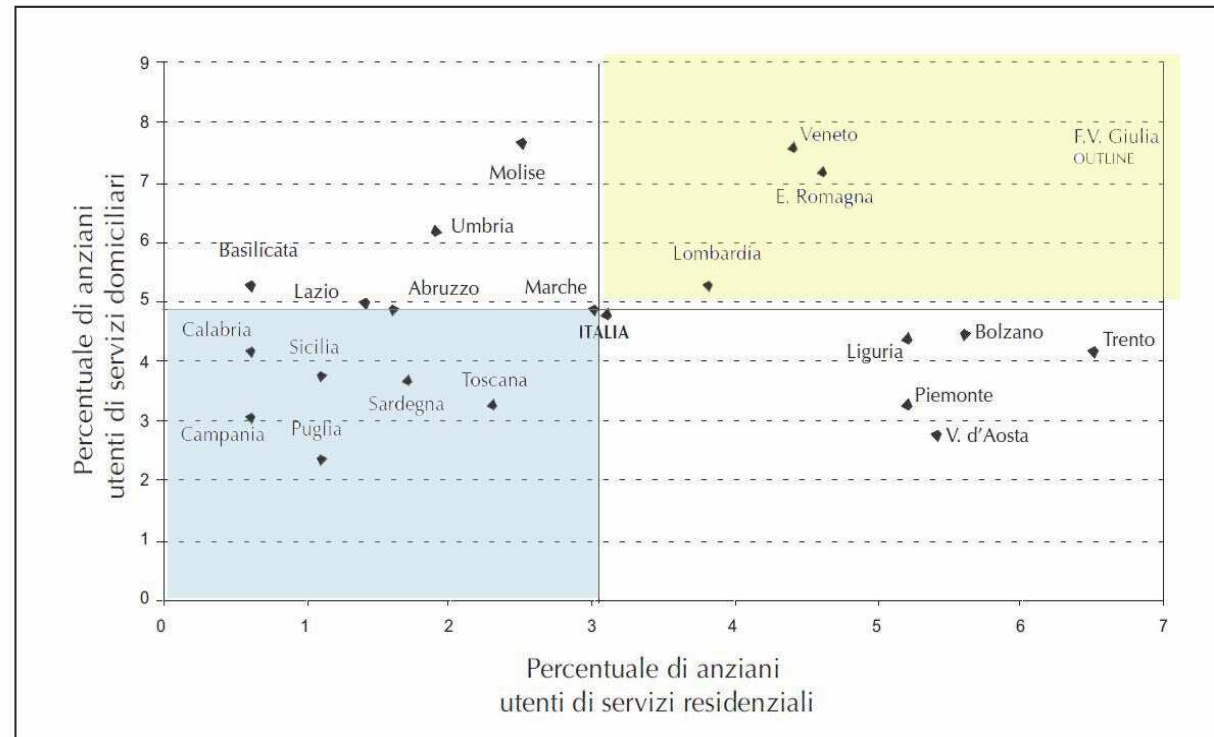
Tab. 10 - L'assistenza continuativa a titolarità pubblica per gli anziani non autosufficienti.

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

Regioni	% anziani utenti servizi	% anziani utenti strutture	% anziani utenti ADI
Friuli-Venezia Giulia	17,4	7,6	7,2
Emilia-Romagna	12	4,4	5,7
Veneto	11,8	4,6	6,4
Molise	10,2	2,5	3,7
Liguria	9,6	5,2	3,2
Lombardia	9,1	3,8	3,6
Piemonte	8,5	5,2	1,8
Abruzzo	8,1	1,9	3,6
Marche	7,9	3,1	3,9
Umbria	6,5	1,6	4,3
Lazio	6,4	1,4	3,8
Basilicata	5,9	0,6	4,3
Toscana	5,6	2,3	2,1
Sardegna	5,4	1,7	1,2
Sicilia	4,9	1,1	1
Calabria	4,8	0,6	2,7
Campania	3,7	0,6	1,6
Puglia	3,5	1,1	1,6
ITALIA	7,9	3	3,2

L'assistenza nelle Regioni

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



Rispetto ai Paesi dell'Europa del Nord, l'Italia presenta una minore diffusione dei servizi domiciliari e di quelli residenziali. Infatti il nostro dato medio si assesta sul 4.9% contro il 13% dell'Europa settentrionale per l'assistenza domiciliare e sul 3% nell'area della residenzialità contro valori europei pari al 6-8%.

L'assistenza nelle Regioni

A riguardo dobbiamo constatare che:

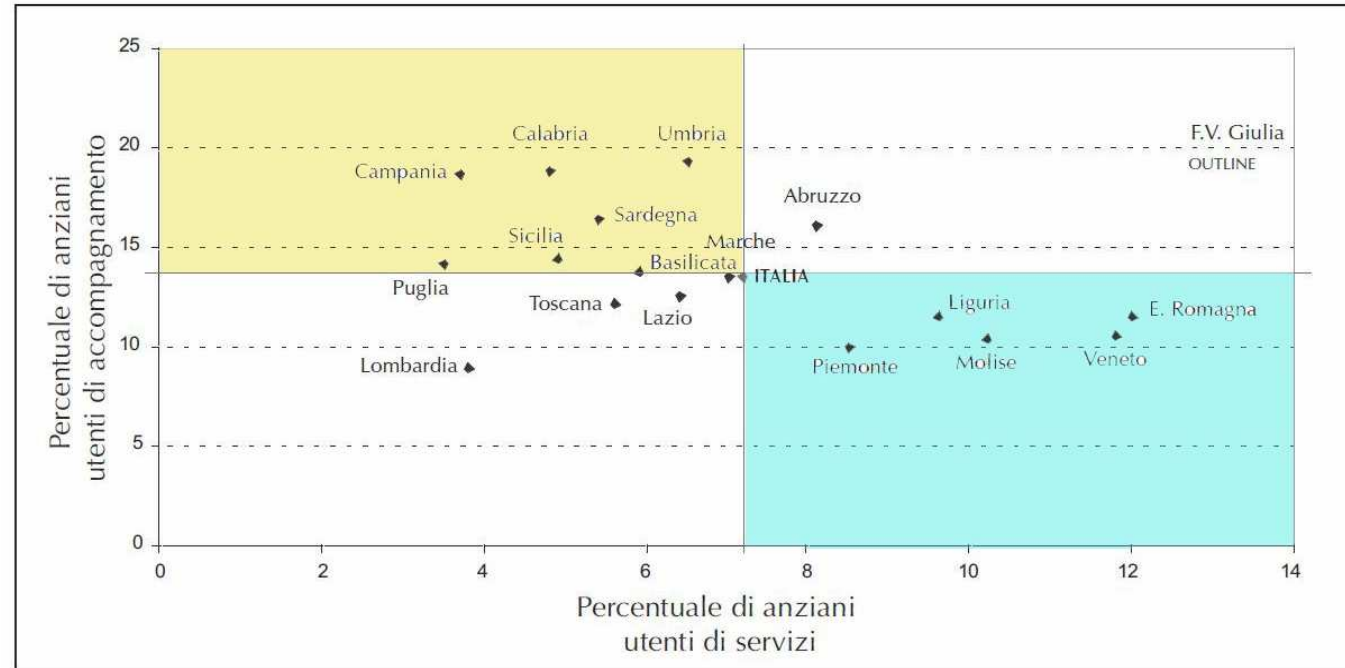
1. nelle Regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia ove vi è stato un lungo processo di riorganizzazione ospedaliera e di drastica riduzione di offerta di posti letto per acuti, sono cresciuti in parallelo i servizi di assistenza territoriale a favore degli anziani non autosufficienti e delle persone con disabilità;

2. nelle Regioni Calabria, Campania, Puglia, Sicilia, Lazio (quest'ultima in posizione limite), ove si riscontra una sovra offerta di presidi ospedalieri e posti letto per acuti (con disavanzi economici pesantissimi) i servizi territoriali, in primis quelli per gli anziani, sono rimasti "anchilosati" e altresì con livello qualitativamente basso.

I trasferimenti monetari e i servizi

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

Graf. 7 - L'utenza di servizi e dell'indennità di accompagnamento nelle Regioni, % anziani, 2004-2007



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

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

FOCUS: I servizi domiciliari

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

Le “formule” assistenziali codificate sono:

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

Tre aspetti significativi:

a) La presa in carico

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

FOCUS: I servizi domiciliari

b) I livelli di assistenza

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

c) La tecnologia

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

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

FOCUS: Il lavoro privato di cura

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

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

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

Tab. 13 - Stima dei potenziali caregiver

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

Fonte: Elaborazione da G.Bertin 'Invecchiamento e politiche per la non autosufficienza' Erickson 2009.

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

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

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

FOCUS: Il lavoro privato di cura

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

Circa il 6,6% degli anziani over 65 utilizza una badante (1 su dieci al Nord). Secondo la stessa fonte le famiglie italiane sostengono una spesa di oltre 9 miliardi per retribuire le badanti (pari al 7% della spesa sanitaria delle Regioni).

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

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

FOCUS: Il lavoro privato di cura

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

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

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

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

FOCUS: I servizi residenziali

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

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

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

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

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

FOCUS: Le demenze

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

FOCUS Le soluzioni innovative

- **Il Custode Socio-Sanitario nell'area metropolitana di Milano;**
- **Il Distretto di Cittadinanza della Fondazione Opera Immacolata Concezione Onlus di Padova;**
- **Integrazione sanitaria e assistenza alla persona non autosufficiente, Zona/Distretto(1) Firenze - Nord-Ovest;**
- **La gestione del fondo per la non autosufficienza della Regione Liguria;**
- **Sostenibilità economica ed organizzazione della filiera assistenziale:
il caso dell'ASL 7 del Veneto**

FOCUS: I trasferimenti monetari

- I trasferimenti monetari nel nostro Paese sono rappresentati dall'indennità di accompagnamento per gli invalidi civili e a livello locale dagli assegni di cura erogati da Enti Locali ed ASL (destinatari: persone non autosufficienti o loro familiari per il sostegno delle cure).
- L'indennità di accompagnamento ha conosciuto nel decennio appena trascorso una crescita molto sostenuta, che ha fatto più che raddoppiare la spesa, in conseguenza di un aumento del numero dei beneficiari molto sostenuto e particolarmente difforme a livello territoriale.

FOCUS: I trasferimenti monetari

Tab. 19- Beneficiari indennità di accompagnamento - anno 2009

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

Fonte: INPS

FOCUS: I trasferimenti monetari

Per quanto concerne gli assegni di cura la realtà regionale è alquanto disomogenea

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

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

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

FOCUS: Anziani e Fondi integrativi – long term care

Il problema della non autosufficienza è stato affrontato in alcuni Paesi con l'istituzione di fondi dedicati.

In Germania è attivo dal 1995 un fondo obbligatorio per la non autosufficienza basato sui contributi dei lavoratori e dei datori di lavoro, che nel 2003 individuava i fruitori nel 2,3% della popolazione, cioè 1.900.000 persone.

Nei Paesi Bassi, il Fondo per la non autosufficienza, istituito nel 1968, assiste 588.000 persone, cioè il 3,6% della popolazione.

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

FOCUS: Anziani e Fondi integrativi – long term care

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

PUNTI FERMI E QUESTIONI APERTE

PUNTI FERMI

1. In Italia come negli stati storici della vecchia Europa, si registra un **costante aumento degli ultra sessantacinquenni** (quota che oggi supera il 20%), con un trend di sviluppo espansivo alimentato dalle migliori qualità della vita e dai progressi della medicina.
2. Negli ultimi decenni **si è rotto l'equilibrio decennale della suddivisione della popolazione per classi di età** (in particolare giovani, persone in età lavorativa, anziani), con pesanti conseguenze sugli assetti economico-sociali e previdenziali dei Paesi interessati.
3. L'assistenza alla popolazione over 65 o meglio i grandi vecchi (over 85), la cosiddetta "**long term care**", assume una **dimensione di grande rilievo sociale ed economico** con impatti pesanti sui servizi sociali, ma soprattutto su quelli socio sanitari.

PUNTI FERMI E QUESTIONI APERTE

PUNTI FERMI

4. Il **mix assistenziale** agli anziani non autosufficienti nel nostro Paese si muove su quattro linee:
 - Assistenza domiciliare (ADI/SAD): è presente in modo soddisfacente in talune Regioni del Paese. Il servizio non ha ancora una equilibrata presenza geografica né sono convenientemente codificate le tipologie di prestazioni in ragione della gravità del paziente, che nei casi più complessi, dovrebbero prevedere una assistenza continuativa. Oggi mediamente il servizio raggiunge il 5% della popolazione anziana.
 - Assistenza familiare: assume un ruolo crescente ormai quasi strutturale che non si limita alle funzioni domestiche, ma integra ed in taluni casi surroga, il servizio pubblico – sia sanitario che sociale - non sempre con le stesse garanzie di qualità.
 - Assistenza residenziale: interessa circa il 3% della popolazione con punte elevate al Nord e molto basse al Sud. Il Centro Sud del Paese è pesantemente al di sotto degli standard europei, anche di 7-8 volte.
 - Trasferimenti monetari, indennità di accompagnamento e assegno di cura: interessano oltre il 50% della spesa pubblica, con 10 MD di euro ~~36~~ erogazione per la sola indennità di accompagnamento.

PUNTI FERMI E QUESTIONI APERTE

PUNTI FERMI

5. Il quadro descritto individua **due Italie**:
 - **una**, geograficamente definita a Nord della capitale, con setting assistenziali che guardano all'Europa e beneficiano della presenza di reti assistenziali integrate. Nel caso della Lombardia si è sperimentata la libertà, lasciata al paziente/famiglia, di scegliere attraverso i voucher, gli erogatori di servizi che si ritengono più idonei;
 - **una seconda** Italia che comprende il Lazio, il Sud e le Isole, in cui i servizi di long term care sono presenti in modo sporadico, non strutturati in rete, non coordinati da strutture distrettuali, spesso insufficienti. In questa parte d'Italia i bisogni di LTC rimangono per larga parte inevasi o vengono risolti con ricoveri ospedalieri impropri oppure la famiglia auto-organizza la risposta assistenziale.
6. **Riprogrammare un nuovo modello di *Long term care***, in una diversa visione del welfare capace di prendersi cura e carico della persona.

PUNTI FERMI E QUESTIONI APERTE

QUESTIONI APERTE

- Quale ruolo deve esercitare il pubblico nel garantire qualità e certezza dei servizi in ogni Regione d'Italia ai cittadini anziani fragili o ai disabili non in grado di tutelare i propri diritti?
- Con quali strumenti programmatori e sanzionatori le Regioni possono essere obbligate ad un corretto sviluppo delle politiche territoriali, volte a fornire le risposte in dimensione extraospedaliera?
- Come promuovere l'integrazione tra i servizi sociali e quelli socio-sanitari e la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sia sociali che socio-sanitarie?
- Come riformare il sistema di sostegno all'invalidità ed alla non autosufficienza, inserendolo in un contesto di erogazione di prestazioni e sussidi più rispondenti ai bisogni delle persone?

PUNTI FERMI E QUESTIONI APERTE

QUESTIONI APERTE

- Come sostenere le famiglie e le assistenti familiari nei processi assistenziali per garantire qualità e sicurezza all'anziano?
- Di fronte alla difficoltà della famiglia a garantire la continuità assistenziale, come sviluppare una filiera appropriata e flessibile di offerta tra domicilio e residenzialità costituita anche da servizi di sollievo, da servizi di ricovero temporaneo, da centri diurni, da centri notturni?
- Come riequilibrare l'investimento volto a sostenere i servizi domiciliari in rapporto a quanto destinato per la residenzialità?
- Quale ruolo può essere assegnato al volontariato e al sistema delle imprese sociali, al fine di costruire reti (anche relazionali) di protezione a favore degli anziani e azioni di supporto alle loro famiglie?
- Attraverso quali strumenti ed iniziative sviluppare la presenza attiva dell'anziano nella comunità?

PUNTI FERMI E QUESTIONI APERTE

QUESTIONI APERTE

- Come promuovere adeguate forme di prevenzione volte a ridurre i tassi di disabilità?
- Come intercettare, in una visione di universalismo selettivo, i soggetti con maggiori bisogni?
- Come ridefinire gli strumenti e le regole di compartecipazione delle persone e delle famiglie al costo dei servizi?
- Come promuove, anche attraverso gli strumenti contrattuali e/o assicurativi, i fondi integrativi per la non autosufficienza?