

**n. 4/2010**

## **La relazione tra offerta di servizi di Long Term Care ed i bisogni assistenziali dell'anziano**

*A. Burgio, A. Battisti, A. Solipaca, S.C. Colosimo,  
L. Sicuro, G. Damiani, G. Baldassarre, G. Milan,  
T. Tamburrano, R. Crialesi e W. Ricciardi*



**n. 4/2010**

**La relazione tra offerta di servizi di  
Long Term Care ed i bisogni assistenziali  
dell'anziano**

*A. Burgio(\*), A. Battisti(\*), A. Solipaca(\*), S.C. Colosimo(\*\*),  
L. Sicuro(\*\*), G. Damiani(\*\*), G. Baldassarre(\*), G. Milan(\*),  
T. Tamburrano(\*), R. Crialesi(\*) e W. Ricciardi(\*\*)*

(\* ISTAT – Servizio Sanità e Assistenza

(\*\*) ISTAT – Università Cattolica Sacro Cuore, Istituto d'Igiene



# La relazione tra offerta di servizi di Long Term Care ed i bisogni assistenziali dell'anziano

A. Burgio, A. Battisti, A. Solipaca, Istat, Servizio Sanità e Assistenza

S. C. Colosimo, L. Sicuro, G. Damiani, Università Cattolica Sacro Cuore, Istituto d'Igiene

G. Baldassarre, G. Milan, T. Tamburrano, R. Crialesi, Istat, Servizio Sanità e Assistenza

W. Ricciardi, Università Cattolica Sacro Cuore, Istituto d'Igiene

**Sommario:** Il presente lavoro, frutto di un progetto di ricerca congiunto tra l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) e l'Università Cattolica del Sacro Cuore, si propone di studiare i servizi di "lungo assistenza" in Italia per poter analizzare la relazione esistente tra l'offerta di servizi residenziali per anziani ed i loro bisogni di assistenza di *long term care* (LTC), tenendo conto della presenza sul territorio di servizi alternativi, quali l'assistenza domiciliare (ADI), e di fattori demografici e socio-economici che possono incidere su tale valutazione.

I dati statistici utilizzati provengono dall'Istituto Nazionale di Statistica e dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. In particolare per studiare il fenomeno è stata analizzata l'offerta di servizi di long term care (espressa dall'offerta di posti letto in strutture residenziali socio-assistenziali per anziani) ed il bisogno potenziale di cure di lungo degenza della popolazione (utilizzando come proxy il tasso di disabilità negli anziani).

Per gli scopi dell'analisi sono stati definiti tre gruppi, individuati attraverso due indicatori, uno di offerta e uno di bisogno potenziale. In particolare, i gruppi sono stati definiti sulla base dei livelli di offerta da parte delle Asl di posti letto nelle istituzioni di tipo LTC e della prevalenza di persone con disabilità nella popolazione di età superiore a 65 anni, la quale costituisce una *proxy* del bacino di utenza potenziale di servizi di LTC nelle Asl medesime. I gruppi individuati sono così composti: il gruppo A è costituito dalle Asl con basso livello di offerta di posti letto in LTC e alto livello di bisogni di LTC; il gruppo B è formato dalle Asl con alto livello di offerta di posti letto in LTC e basso livello di bisogni di LTC; infine il gruppo C è costituito dalle Aziende sanitarie che mostrano gli stessi livelli di offerta di posti letto e di bisogni di LTC. Gli indicatori relativi ai servizi alternativi di LTC, ai fattori demografici e socio-economici sono stati analizzati per ognuno dei tre gruppi calcolando il valore medio per ogni indicatore nel gruppo confrontato con il valore medio complessivo.

Per il gruppo A si registrano i più alti livelli di servizi alternativi, come i ricoveri in lungodegenza nella regione di residenza ed anziani in assistenza domiciliare socio-assistenziale. Di questo gruppo fanno parte prevalentemente le ASL del Nord.

Per il gruppo B si osservano i più alti valori di ricoveri ospedalieri a rischio di inappropriatazza dentro e fuori la regione di residenza, un'alta quota di famiglie costituite da almeno un anziano che ha ricevuto gratuitamente almeno un aiuto e il più basso valore di utenti assistiti in ADI. Le ASL del Sud appartengono prevalentemente a questo gruppo.

Il Gruppo C riporta una quota maggiore di assistenza privata a pagamento. Le ASL del Centro caratterizzano prevalentemente il terzo gruppo.

**Parole Chiave:** Long-term care, assistenza residenziale, anziani, bisogno sanitario.

---

Le collane esistenti presso l'ISTAT - Contributi e Documenti - costituiscono strumenti per promuovere e valorizzare l'attività di ricerca e per diffondere i risultati degli studi svolti, in materia di statistica ufficiale, all'interno dell'ISTAT e del Sistan, o da studiosi esterni.

I Contributi Istat vengono fatti circolare allo scopo di suscitare la discussione attorno ai risultati preliminari di ricerca in corso.

I Documenti Istat hanno lo scopo di fornire indicazioni circa le linee, i progressi ed i miglioramenti di prodotto e di processo che caratterizzano l'attività dell'Istituto.

I lavori pubblicati riflettono esclusivamente le opinioni degli autori e non impegnano la responsabilità dell'Istituto.



## Indice

<b><u>I Parte</u></b>	9
<b>1. Introduzione</b>	9
<b>2. Definizione, obiettivi e principi dell'assistenza a lungo termine</b>	9
<b>3. Spesa per LTC nei Paesi dell'Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)</b>	13
<b>4. I sistemi sanitari ed i modelli per l'assistenza agli anziani non autosufficienti adottati in alcuni paesi dell'OECD</b>	14
4.1 Il sistema sanitario negli Stati Uniti	14
4.2 Il sistema sanitario in Canada	16
4.3 Il sistema sanitario in Germania	18
4.4 Il servizio sanitario nel Regno Unito	19
4.5 Il servizio sanitario in Francia	21
4.6 Il servizio sanitario in Italia	22
<b>5. Gli anziani ed il significato della non autosufficienza</b>	24
<b>6. I sostegni economici agli anziani nelle regioni italiane</b>	26
<b>7. Tipologie di assistenza agli anziani</b>	27
7.1. Assistenza informale	27
7.1.1 Il ruolo della famiglia: una caratterizzazione della figura del "care giver"	27
7.2. Assistenza formale	28
7.2.1 Assistenza domiciliare	29
7.2.2 Assistenza domiciliare in Italia	30
7.2.3 L'assistenza residenziale di lungo periodo	33
7.2.4 L'assistenza residenziale in Italia	34
<b>8. Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)</b>	36
8.1 Tipologie di RSA	36

8.2 La definizione di prestazioni residenziali e semiresidenziali	38
8.3 Il sistema di classificazione RUG- Resource Utilization Groups	41
8.4 Flusso di assistenza residenziale (FAR)	44
8.5 Destinatari delle RSA nelle regioni italiane	44
<b><u>II parte: fasi della ricerca</u></b>	49
<b>1. Obiettivo dello studio</b>	49
<b>2. Disegno dello studio e materiali</b>	49
2.1 Disegno dello studio	49
2.2 Fonti informative e indicatori	49
2.2.1. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari	49
2.2.2 Famiglie e soggetti sociali	50
2.2.3. Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali	51
2.2.4. Indagine sugli interventi ed i servizi sociali dei comuni singoli o associati	53
2.2.5. Assistenza domiciliare integrata (ADI)	54
2.2.6. Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	55
2.2.7. Popolazione comunale per sesso, età e stato civile (POSAS)	55
<b>3. Metodologia d'analisi</b>	56
<b>4. Risultati</b>	57
<b>5. Discussione e conclusione</b>	62
<b>Allegato 1: modello FLS 21</b>	64
<b>Bibliografia</b>	65

# I PARTE

## 1. Introduzione

L'invecchiamento progressivo della popolazione nei Paesi in via di sviluppo è stato oggetto, negli ultimi decenni, di una riflessione di portata internazionale che ha visto tutti i Paesi industrializzati apportare forme d'integrazione o correttivi per meglio affrontare l'impatto previsto dai futuri cambiamenti demografici.

Le cause principali di tale processo d'invecchiamento sono da ricercarsi nei progressi della ricerca in campo medico, nelle migliori condizioni socioeconomiche della popolazione, nella riduzione della natalità e della mortalità.

Come dichiarato nel "Commission's Demographic Report" del 2006 "l'invecchiamento demografico, ossia l'incremento della proporzione di popolazione anziana, è soprattutto il risultato del rilevante sviluppo economico, sociale e medico che ha dato la possibilità agli Europei di vivere più a lungo e in condizioni di vita più confortevoli, che non hanno precedenti simili nella nostra storia".

L'invecchiamento è destinato ad avere un forte e crescente impatto in vari settori della nostra società: dal sistema pensionistico alla domanda di servizi sanitari e, più in particolare, alla domanda di quelle prestazioni di lunga durata di carattere sociosanitario di cui l'anziano necessita nell'eventuale perdita, totale o parziale, della propria autonomia.

Tale quadro risulta aggravato, dal punto di vista sociale, dal vuoto di assistenza lasciato dalla scomparsa della tradizionale "famiglia allargata", che un tempo provvedeva ad alcuni compiti strettamente connessi con l'invecchiamento.

E' cresciuto da un lato il numero delle persone anziane che vivono da sole o per le quali si sono attenuate, per motivi diversi, le possibilità tradizionali di aiuto e sostegno nell'ambito della famiglia, dall'altro è aumentato il numero di persone esposte al rischio di perdere la propria autosufficienza.

Infatti, un'importante conseguenza della longevità è la presenza crescente di diverse malattie e condizioni croniche, spesso contemporaneamente presenti nella medesima persona. Questa presenza è tale da mettere a rischio la più significativa delle condizioni che caratterizzano una buona qualità di vita, cioè l'indipendenza, intesa come la capacità di svolgere autonomamente le normali attività della vita quotidiana, portando ad un incremento della frazione di popolazione anziana bisognosa di assistenza perché inabilitata, con diversi livelli di gravità, a svolgere le normali funzioni della vita quotidiana.

Il progressivo e crescente invecchiamento della popolazione nei Paesi dell'OECD e soprattutto il cambiamento della struttura per età della popolazione (meno persone giovani a fronte di un numero crescente di anziani) contribuiscono ad accrescere lo squilibrio tra una sempre più elevata domanda di assistenza ed un'offerta finanziata tramite risorse pubbliche sempre più scarse o che comunque non riescono a crescere con lo stesso ritmo. L'esigenza cogente di affrontare il problema dell'assistenza agli anziani si scontra, infatti, con le difficoltà economiche che richiedono un contenimento della spesa in tutti i Paesi.

## 2. Definizione, obiettivi e principi dell'assistenza a lungo termine

All'interno dell'Unione Europea esistono numerosissime definizioni di assistenza a lungo termine. L'OECD definisce la *Long Term Care* (LTC) come "ogni forma di cura fornita lungo un periodo di tempo esteso, senza data di termine predefinita", includendo servizi per le persone che necessitano di aiuto sia nelle attività quotidiane di base come mangiare, lavarsi, vestirsi, scendere dal letto (Activities of Daily Living, ADLs) sia in attività quali prepararsi da mangiare, usare il telefono, fare shopping e gestire i soldi (Instrumental Activities of Daily Living, IADLs).

L'insieme delle prestazioni di LTC è molto eterogeneo, includendo sia prestazioni di carattere sanitario ad alto contenuto specialistico, sia prestazioni di carattere assistenziale che richiedono

soltanto una modesta specializzazione, e contiene almeno quattro tipologie diverse di aiuto o supporto:

- supporto medico ed infermieristico;
- cura della persona;
- aiuto domestico;
- supporto sociale.

Gli Stati Membri utilizzano diverse definizioni di LTC che non sempre concordano tra loro.

Le differenze ricorrono nella determinazione della durata della degenza, nell'identificazione del destinatario delle cure e nella classificazione dei servizi forniti compresi nell'assistenza a lungo termine. Inoltre la demarcazione tra l'assistenza prettamente medica e quella sociale non è netta.

Per tali motivi la *Long Term Care* è spesso definita come un insieme di servizi sanitari e sociali erogati per un periodo di tempo prolungato a soggetti che necessitano di un'assistenza continuativa di base a causa di disabilità fisiche e mentali.

In secondo luogo, all'interno dei sistemi di tutela sociale dei Paesi Membri, vi sono differenti livelli nell'organizzazione dell'offerta di cure e nella divisione delle responsabilità tra settore pubblico e privato.

Infine, in alcuni Paesi, la LTC è spesso vista come un "continuum" o un approccio integrato, che include elementi di altre politiche sanitarie pubbliche, come le campagne di prevenzione, promozione e sviluppo dell'autonomia, l'assistenza sociale e le cure palliative.

In letteratura anglosassone, con il termine *Long Term Care* ci si riferisce, a quel complesso di interventi, erogati da istituzioni pubbliche o private, necessari per garantire un'adeguata assistenza ad individui prevalentemente anziani in condizioni di non autosufficienza, provocata non necessariamente da un infortunio o una malattia, ma anche solo da senescenza.

Secondo Laing la LTC comprende "tutte le forme di cura della persona e di assistenza sanitaria e gli interventi di cura domestica associati che abbiano natura continuativa. Tali interventi sono forniti a domicilio, in centri diurni o in strutture residenziali ad individui non autosufficienti".

La Long-Term Care consiste, pertanto, in una varietà di servizi che includono l'assistenza medica e non medica a persone affette da malattie croniche o disabilità, i quali non sono in grado di prendersi cura di se stessi per lunghi periodi di tempo, attraverso una risposta contemporanea ai bisogni assistenziali e personali. Tali servizi di cura a lungo termine possono essere rivolti a persone di qualunque fascia di età.

Gli anziani sono i primi destinatari di LTC in quanto le capacità funzionali peggiorano man mano che si avanza con l'età. Inoltre, a causa della permanenza di condizioni croniche, risultano i soggetti più a rischio di disabilità fisiche e mentali.

Oltre ai pazienti cronici e disabili, tale modello di assistenza è anche rivolto a soggetti con dipendenze gravi, malati terminali e in particolare ad anziani non autosufficienti o affetti da patologie correlate all'età. Ciò è tanto più vero in Italia, dove l'incremento della popolazione anziana è tra le più alte del mondo.

Pertanto, gli obiettivi dell'assistenza a lungo termine sono prevalentemente la stabilizzazione della situazione patologica in atto ed il miglioramento della qualità di vita dei pazienti.

La LTC è già da tempo un tema particolarmente sentito dai Paesi Industrializzati ed ha subito diverse evoluzioni nel corso degli anni.

I sistemi di Long term care in Europa si sono, infatti, trasformati negli ultimi 50 anni, anche se in molti Paesi è difficile identificare un modello chiaro e coerente delle rispettive politiche, strategie e strutture adottate.

Può essere tuttavia individuato uno schema di sviluppo dell'assistenza integrata di tipo generale: riconosciuto che il problema sociale non deve essere considerato solo ed esclusivamente un affare per le famiglie, molti Paesi hanno seguito un modello di "istituzionalizzazione" che era allora integrato da servizi di cura per la collettività ed una serie di altre prestazioni emergenti.

Ovviamente tale schema generale si è evoluto nei diversi Stati in momenti ed in contesti differenti. Mentre i Paesi nordici hanno iniziato ad introdurre servizi di LTC negli anni '50 come parte integrante del sistema di assistenza e previdenza sociale, nel sud dell'Europa, invece, il problema si è

posto solo durante gli anni '80. Ciò è stato una conseguenza di numerosi fattori, primi fra tutti i differenti sistemi di welfare, ma anche differenti etiche familiari e politiche a favore degli anziani.

Le conseguenze dell'invecchiamento demografico in termini di cronicizzazione delle patologie e l'aumento dei casi di non autosufficienza e disabilità medio-grave hanno imposto ai Governi dei Paesi occidentali almeno due linee di azione.

Da una parte, una riorganizzazione del sistema dell'offerta assistenziale sulla base di alcuni requisiti indispensabili quali il potenziamento dei servizi territoriali, l'integrazione tra ospedale e territorio e lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi che garantiscano la continuità assistenziale secondo un approccio multidisciplinare. Dall'altra la realizzazione di sistemi di finanziamento capaci di reperire le risorse necessarie a soddisfare una domanda sempre crescente di servizi sanitari e sociosanitari.

In particolare, il crescente fabbisogno assistenziale da parte degli anziani ed in particolare delle persone molto anziane, cioè di 85 anni ed oltre, ha determinato negli ultimi decenni ed in molti Paesi un'inversione di tendenza nella programmazione sanitaria: una progressiva riduzione dei posti letto ospedalieri per acuti a favore di quelli per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie e l'aumento della quota di spesa sanitaria pubblica destinata ai servizi territoriali ed in genere a tutte le prestazioni che incidono sul sociale, come le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria.

Nonostante le politiche di lungo assistenza siano formulate in risposta al fenomeno dell'invecchiamento, l'attuale offerta di servizi di lungo assistenza risulta insufficiente ed inadeguata a far fronte ai bisogni degli anziani. Inoltre, sebbene la necessità di tali servizi è destinata ad aumentare, la tipologia e le fonti di finanziamento possono differire da un Paese all'altro. Così nel Nord Europa gli anziani che ricevono assistenza di tipo residenziale sono il 12%, mentre nel Sud Europa sono solo il 3% in Italia e meno dell'1% in Grecia. Inoltre, molti Paesi industrializzati, specialmente quelli dell'Europa Occidentale e la Scandinavia, si stanno orientando verso forme di assistenza domiciliari incoraggiando il supporto informale familiare, implementando i pagamenti diretti ed integrando i servizi sanitari con quelli sociali. I tassi di istituzionalizzazione hanno, infatti, registrato una discesa in molti Stati dell'OECD: per esempio in Danimarca la percentuale di anziani di età 80 anni ed oltre in strutture residenziali è scesa dal 20% del 1982 al 12% del 1996.

Secondo i dati forniti dall'OECD nel marzo 2003, in Giappone il 73,4% dei destinatari di LTC di età 65 anni e oltre ricevevano prestazioni domiciliari. La percentuale di popolazione anziana disabile in Lussemburgo assistita a domicilio è passata dal 53% nel 2001 al 60,4% nel 2004.

Già negli anni '80, molti governi, trovandosi di fronte al rapido incremento della popolazione anziana e all'aumento dei costi per la Long Term Care, iniziarono a rivedere le politiche fiscali che incoraggiavano l'istituzionalizzazione degli anziani fragili e disabili e si indirizzarono verso nuovi modelli di assistenza domiciliare o in comunità. In particolare, Coleman in un suo studio degli anni '90 ha evidenziato che Svezia, Danimarca, Olanda e Regno Unito scoraggiarono la costruzione di nuove strutture residenziali supportando, invece, lo sviluppo e l'espansione di una serie di strutture alternative; affidarono maggiore responsabilità ai governi locali nella gestione dei servizi a lungo termine al fine di avvicinare tali servizi a coloro che effettivamente ne avessero bisogno; svilupparono sistemi di gestione dell'assistenza per adattare meglio i servizi a ciascun anziano e fornirono incentivi per i differenti tipi di fornitori di assistenza per coordinare il loro lavoro con l'effetto di migliorare i servizi e la soddisfazione del cliente.

In generale la spinta verso la domiciliarizzazione è dovuta non solo all'ingente riduzione dei costi relativi alla residenzialità, ma anche al fatto che l'anziano trae indubbi vantaggi dal vivere al proprio domicilio e nel contesto di una famiglia, soprattutto quando il livello di non autosufficienza non è rilevante.

Nonostante molte nazioni abbiano effettuato numerosi passi avanti nel processo di espansione dell'assistenza a domicilio negli ultimi anni, permangono numerose barriere soprattutto per quanto riguarda il finanziamento di tale modalità assistenziale. Per esempio gli Stati Uniti, rivolgono i servizi a domicilio solo ai casi di disabilità grave. Quando poi l'autosufficienza viene meno, o cessa completamente, l'anziano necessita in molti casi di una struttura residenziale collettiva con servizi continuativi di socializzazione e riabilitazione.

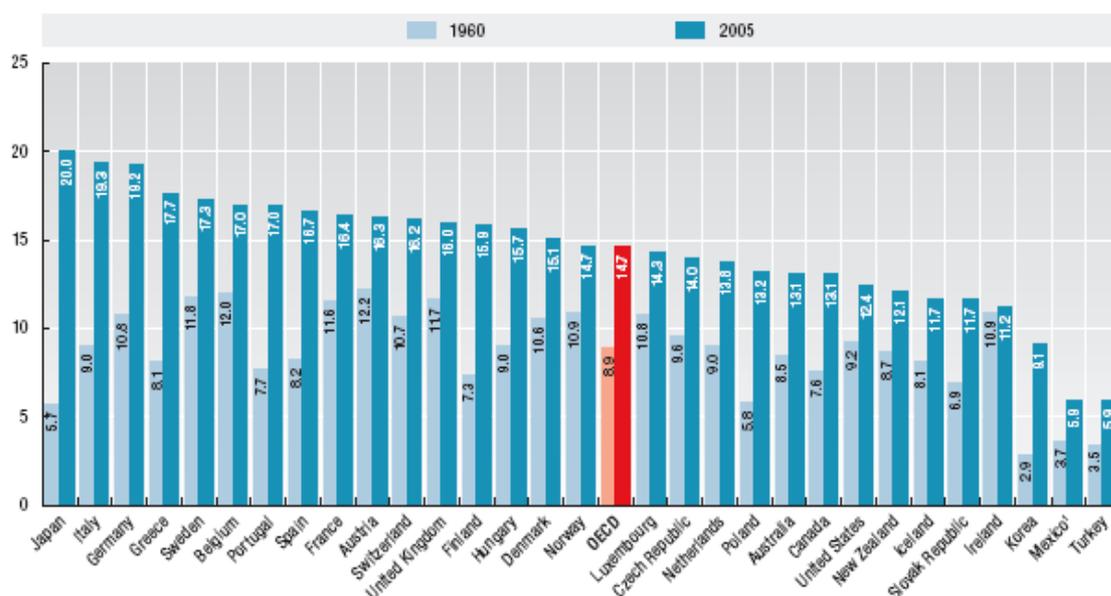
La maggioranza dei Paesi dell'Europa Occidentale hanno messo così in atto dei meccanismi per finanziare l'assistenza formale ed in alcuni Paesi dell'Europa del Nord si sono sviluppate delle convenzioni atte a finanziare almeno parzialmente l'assistenza informale.

Altri Paesi, hanno sviluppato solo recentemente un programma nazionale di vasta portata: nel 2004, per esempio, la Francia ha istituito una assicurazione specifica per gli anziani.

Paesi come Italia e Spagna nel Sud Europa, Polonia ed Ungheria nell'Europa Centrale, non hanno ancora un piano nazionale consolidato, facendo affidamento su caregiver informali accanto ad una serie di servizi formali che variano per qualità e luogo in cui sono erogati.

Per quanto riguarda la domanda ed il finanziamento di LTC (così come le pensioni ed altri benefici sociali), esse dipendono in parte dai cambiamenti della struttura demografica di un Paese. La percentuale di popolazione anziana è cresciuta in tutti i Paesi industrializzati ed è destinata ad aumentare nelle prossime decadi. Un lavoro recente dell'OECD stima una percentuale di anziani nei Paesi dell'OECD pari a circa il 15% con valori che raggiungono il 20% in Giappone, Italia e Germania e meno del 10% in Turchia, Messico e Korea (Figura 1).

Figura 1: Percentuale di popolazione di 65 anni ed oltre - Anni 1960, 2005.



Fonte OECD Health Data 2007.

Attualmente gli anziani, ossia tutti quelli che rientrano nelle classi d'età 65 anni e oltre, in Italia sono circa il 20% della popolazione (rispetto all'11% degli anni '70) ed entro 15 anni raggiungeranno il 25%. Le previsioni Istat indicano che nel 2050 un terzo degli italiani avrà almeno 65 anni (Istat, 2005). L'indice di vecchiaia (rapporto tra giovani, età 0-14, e ultrasessantacinquenni) è sensibilmente maggiore che nel resto del mondo. L'Italia ha un indice del 131,4% contro una media europea dell'84% con significative differenze regionali: 159% nel Nord Ovest; 156% nel Nord Est e Centro e 98% al Sud.

Sebbene in Italia negli ultimi cinque anni si registri un ulteriore incremento della popolazione anziana che vive in famiglia (+ 9%), la quota di persone con disabilità risulta stabile: nel 2005 secondo l'Istat la stima è pari al 4,8% della popolazione di 65 anni e più, nel 1999-2000 era del 4,9%. Tuttavia, se si analizza il tasso standardizzato per età, il fenomeno della disabilità risulta significativamente in declino rispetto a 10 anni fa (4,7% contro 5,7%), anche tra la popolazione anziana (18,8% contro 21,7%). Lo stesso avviene in molti Paesi europei, nei quali si osserva un decremento della popolazione con limitazioni nelle attività quotidiane tra gli anziani, a fronte di tassi di vecchiaia meno elevati dell'Italia.

### 3. Spesa per LTC nei Paesi dell'Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)

La spesa per l'assistenza sanitaria ed, in particolare, per la Long Term Care è concentrata pesantemente sulle fasce d'età più anziane, che rappresentano attualmente il segmento della popolazione dell'OECD in più rapida espansione e si stima che aumenterà in modo accelerato nei prossimi 20-30 anni.

La domanda per servizi di lungo termine, infatti, cresce in maniera esponenziale con l'età con un volume maggiore di prestazioni per le persone di 80 anni e più.

Gli effetti dell'andamento della disabilità sulla futura domanda di servizi di lungo periodo sono stati, pertanto, al centro di numerosi recenti studi sia a livello nazionale, che internazionale.

Un'indagine effettuata dall'OECD nel 2005 su 19 paesi ha evidenziato che la spesa totale per LTC oscilla tra lo 0,2 e il 3% del PIL totale. Molti Paesi, comunque, rientrano in un range compreso tra lo 0,5 e l'1,6% del PIL, fatta eccezione per la Norvegia e la Svezia che hanno dei tassi di spesa ben al di sopra di tale livello, giustificati dal cospicuo numero di servizi offerti ai soggetti ricoverati nelle case di cura.

Il confronto tra i vari Paesi mostra che sistemi di governo e di finanziamento dei servizi a lungo termine molto differenti tra loro conducono a risultati invece molto simili, in termini di livelli di spesa complessiva. Per esempio, Australia, Canada, Germania, Regno Unito e Stati Uniti presentano indici di spesa compresi tra l'1,2 e l'1,4%.

La figura 2 mostra livelli di spesa complessiva, di natura sia pubblica che privata, in percentuale del PIL, riferiti ai soggetti di 80 anni e oltre nei vari Paesi. Spagna e Irlanda, per esempio, hanno entrambe percentuali di spesa per LTC inferiori alla media ed un livello di spesa per assistenza domiciliare paragonabile a quello per assistenza residenziale.

Il finanziamento per l'assistenza di lungo termine in Spagna è rivolto ad una percentuale di persone anziane che supera di oltre il 40% quella dell'Irlanda e si riferisce prevalentemente a risorse private. Mentre in Irlanda la spesa privata rappresenta soltanto un sesto del totale.

Inoltre si evidenzia che Paesi con significative differenze nella porzione di popolazione anziana hanno comunque livelli di spesa simili, causati principalmente dalle modalità di offerta dei servizi di lungo periodo, sia per quanto concerne la varietà nel mix di finanziamento pubblico-privato, sia, più in generale, per le diversità nella divisione dell'offerta tra assistenza formale e informale.

Figura 2: Spesa pubblica e privata di Long Term Care nei Paesi OECD (percentuale rispetto al PIL).

	Total expenditure			Public expenditure			Private expenditure		
	Home care	Institutions	Total	Home care	Institutions	Total	Home care	Institutions	Total
Australia	0.38	0.81	1.19	0.30	0.56	0.86	0.08	0.25	0.33
Austria	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	1.32	n.a.	n.a.	n.a.
Canada	0.17	1.06	1.23	0.17	0.82	0.99	n.a.	0.24	0.24
Germany	0.47	0.88	1.35	0.43	0.52	0.95	0.04	0.36	0.40
Hungary	< 0.10	< 0.20	< 0.30	n.a.	n.a.	< 0.20	n.a.	n.a.	< 0.10
Ireland	0.19	0.43	0.62	0.19	0.33	0.52	n.a.	0.10	0.10
Japan	0.25	0.58	0.83	0.25	0.51	0.76	0.00	0.07	0.07
Korea	n.a.	n.a.	< 0.30	< 0.10	< 0.10	< 0.20	n.a.	n.a.	n.a.
Luxembourg	n.a.	n.a.	n.a.	0.15	0.37	0.52	n.a.	n.a.	n.a.
Mexico	n.a.	n.a.	< 0.20	n.a.	n.a.	< 0.10	n.a.	n.a.	< 0.10
Netherlands	0.60	0.83	1.44	0.56	0.75	1.31	0.05	0.08	0.13
New Zealand	0.12	0.56	0.68	0.11	0.34	0.45	0.01	0.22	0.23
Norway	0.69	1.45	2.15	0.66	1.19	1.85	0.03	0.26	0.29
Poland	0.35	0.03	0.38	0.35	0.03	0.37	n.a.	0.00	0.00
Spain	0.23	0.37	0.61	0.05	0.11	0.16	0.18	0.26	0.44
Sweden	0.82	2.07	2.89	0.78	1.96	2.74	0.04	0.10	0.14
Switzerland	0.20	1.34	1.54	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
United Kingdom	0.41	0.96	1.37	0.32	0.58	0.89	0.09	0.38	0.48
United States	0.33	0.96	1.29	0.17	0.58	0.74	0.16	0.39	0.54
Average <sup>1</sup>	0.38	0.88	1.25	0.35	0.64	0.99	0.06	0.19	0.24

Note: Data for Hungary, Korea, Mexico and Poland are only rough indications of magnitude; Data for Australia, Norway, Spain and Sweden are for age group 65+; n.a. = not available.

The notion of "long-term care" used in a national context can be substantially broader, e.g., by including residential homes for older people (e.g. the Netherlands, Nordic countries).

1. Average excludes Austria, Hungary, Luxembourg, Korea and Mexico.

Source: Canada, Germany, Hungary, Norway: OECD Health Data 2004; Australia: Productivity Commission (2003); Ireland: estimates based on O'Shea (2003) and Mercer Limited (2003); Poland: Kawiorska (2004); Spain: Marin and Casanovas (2001); United States: OECD Health Data 2004 and GAO (2002); Austria, Japan, Korea, Luxembourg, Mexico, Norway, New Zealand, Sweden, Switzerland, United Kingdom: Secretariat estimates based on replies to the OECD's questionnaire on long-term care. (See Huber, 2005a, for a more detailed documentation of sources and methods.)

Il finanziamento pubblico è la risorsa più importante di sostegno dell'assistenza a lungo termine in tutti i Paesi, di cui si hanno dati certi sul finanziamento pubblico-privato (eccetto Spagna e Svizzera). Ciononostante, la spesa pubblica per la Long Term Care rappresenta una porzione del PIL relativamente bassa, se si effettua un paragone con altre voci di spesa quali pensioni e assistenza per acuti.

I programmi pubblici per l'assistenza domiciliare sono oggetto di un crescente interesse in quanto si tratta della tipologia di cura preferita per gli anziani, tanto che la maggior parte dei destinatari dell'assistenza a domicilio ha accesso a programmi pubblici di supporto anche per i familiari, quasi tutti forniti in modo gratuito. In molti casi, l'assistenza a domicilio è un'alternativa di cura meno costosa rispetto a quella fornita nelle strutture residenziali.

I servizi di LTC erogati nelle strutture residenziali sono in genere coperti solo in parte da programmi pubblici ed ai familiari può essere richiesto di contribuire ai costi per vitto e alloggio. La spesa privata ha infatti un ruolo importante nel finanziamento dei servizi offerti, sia nelle residenzialità che a domicilio.

Per favorire i confronti internazionali la spesa pubblica per LTC può essere disaggregata in tre macrofunzioni: assistenza domiciliare e semiresidenziale, residenziale e prestazioni monetarie.

Per quanto riguarda l'Italia, l'aggregato di spesa pubblica ed i relativi profili di consumo per età, sesso e macrofunzione, sono stati elaborati dalla Ragioneria Generale dello Stato (RGS), sulla base dei criteri metodologici elaborati in sede di *Economy Policy and European Committee (EPC) Working Group on Aging (WGA)* e si riferiscono al 2004.

Tre sono le principali componenti di spesa pubblica:

- la componente LTC inclusa nella spesa sanitaria a carico del SSN, che ammonta allo 0,76% del PIL.
- le indennità di accompagnamento erogate dall'INPS per una spesa che ammonta allo 0,7%, per circa un milione e 300 mila prestazioni all'anno;
- gli interventi socio-assistenziali rivolti ai disabili e agli anziani gestiti a livello locale per i quali sono disponibili i dati della indagine censuaria condotta dall'Istat (reperibili sul sito [www.istat.it/sanita/assistenza](http://www.istat.it/sanita/assistenza)).

In conclusione la spesa pubblica complessiva per LTC in Italia nel 2004 ammontava a circa l'1,5% del PIL, di cui la metà è imputabile alla componente sanitaria ed il 40% alla spesa per indennità d'accompagnamento. Modesto risulta il contributo di spesa erogato a livello locale per le altre prestazioni di LTC (10%).

#### **4. I sistemi sanitari ed i modelli per l'assistenza agli anziani non autosufficienti adottati in alcuni paesi dell'OECD**

Considerando i modelli di organizzazione e finanziamento dei servizi sanitari che si sono affermati nei Paesi Industrializzati, occorre rilevare un principio comune: "è compito irrinunciabile dello Stato quello di assicurare a tutti i cittadini l'accesso alle cure sanitarie ritenute necessarie". I diversi Paesi hanno però realizzato tale principio in modi e tempi diversi determinando una suddivisione in tre tipi di sistemi sanitari:

- Sistemi fondati sull'assicurazione privata (ad es. USA, Svizzera);
- Sistemi fondati sull'assicurazione sociale a carattere pubblico o misto (ad es. Francia, Belgio, Germania);
- Servizi Sanitari Nazionali (ad es. Gran Bretagna, Italia, Svezia).

##### **4.1 Il Sistema Sanitario negli Stati Uniti**

Il sistema di assistenza agli anziani negli Stati Uniti risulta molto frammentato, presentando un bassissimo livello d'integrazione tra i servizi di cura medicali e quelli di assistenza continuativa a lungo termine.

Uno dei più vasti progetti di studio sui sistemi offerti per il supporto degli ultimi anni di vita, ha evidenziato che le persone, gli anziani in particolare, muoiono in condizioni di isolamento.

*Last Acts*, un'iniziativa volta a migliorare i servizi di cura per gli anziani, ha messo in luce come nella maggior parte degli Stati americani vige la mancanza di un sistema nazionale di protezione e di assistenza sanitaria e questo fa sì che quasi il 15% della popolazione sia priva di qualsiasi forma assicurativa.

Il sistema non corrisponde a nessuno dei modelli dei Paesi industrializzati e si è evoluto nel tempo secondo una dinamica "incrementale", ovvero attuando di volta in volta riforme spinte da interessi settoriali con l'effetto di rafforzare particolari aree di protezione e di impedirne la totale rivoluzione.

Il sistema sanitario statunitense si basa sul settore privato sia sul versante dei finanziamenti, attraverso la sottoscrizione di polizze assicurative private, sia per quanto riguarda l'erogazione dei servizi, ovvero lo Stato non è proprietario di nessuna struttura medico-sanitaria. Di rilievo è anche la quota assicurativa pubblica finanziata dal governo federale e statale.

La sottoscrizione delle polizze assicurative private avviene per la maggioranza dei cittadini statunitensi attraverso il proprio datore di lavoro: più è grande la società dalla quale si è assunti, più probabilità sussistono che essa offra questo beneficio ai propri dipendenti.

Generalmente le imprese iscrivono i propri dipendenti ad una Health Maintenance Organization (HMO), una cassa sanitaria autonoma, cui scopo principale è l'erogazione di una serie di prestazioni sanitarie a fronte del pagamento di una quota annuale. Solitamente le HMO vincolano il dipendente nella scelta del medico di famiglia e delle strutture specialistiche, poiché dispongono di membri convenzionati.

I liberi professionisti o i lavoratori autonomi (parte minoritaria della popolazione) si ritrovano a dover sottoscrivere assicurazioni private individuali, potendo scegliere se iscriversi ad una HMO o a una classica assicurazione a rimborso (generalmente più costosa).

Le sole forme di assistenza sanitaria presenti negli Stati Uniti, sono i programmi Medicare e Medicaid.

**Medicare** è l'unico programma universale ed uniforme rivolto esclusivamente ai soggetti che hanno più di sessantacinque anni ed ai giovani con disabilità rilevanti dal punto di vista lavorativo. Non viene erogato in base al reddito e comprende l'assistenza ospedaliera, le cure domiciliari infermieristiche, servizi medici e chirurgici; il tutto entro un lasso di tempo definito e con la compartecipazione del paziente al pagamento, attraverso tasse, premi volontari da parte dei beneficiari e revenues generali. Se il soggetto risulta iscritto o opta per l'iscrizione a una HMO, allora il programma Medicare prevede una compartecipazione mensile al versamento della quota.

**Medicaid**, al contrario, provvede all'assistenza di alcune categorie di poveri quali bambini, familiari, persone con disabilità, anziani con redditi minimi e persone costrette a spese mediche elevate; raramente la copertura si estende ad adulti non disabili senza figli. Esso è sovvenzionato da contributi misti, federali e statali, ed assiste oltre 40 milioni di cittadini.

I governi federali devono fornire un set di prestazioni che includono l'assistenza fisica, ospedaliera, domiciliare e possono scegliere di offrire altri servizi che includono l'assistenza continuativa a casa o in comunità.

Il ruolo di Medicaid varia in base alla popolazione considerata. Molti bambini e adulti con disabilità senza sostanziali esperienze lavorative che soddisfano i criteri di eleggibilità finanziaria previsti per usufruire del programma fanno affidamento quasi esclusivamente a Medicaid per l'assistenza nell'ultima parte della loro vita.

Tuttavia disabili, giovani ed anziani, che beneficiano di Medicare, e che sono idonei anche per Medicaid, i cosiddetti "*dually eligible*", si affidano al primo programma per la copertura delle prestazioni ospedaliere e di supporto fisico. Per questi soggetti, la maggior parte dei quali risiede nelle case di cura, Medicaid ha il ruolo di integrare Medicare nella fornitura delle cure somministrate in regime ambulatoriale e nel pagamento dei premi e dei costi richiesti da quest'ultimo.

Approssimativamente, degli anziani deceduti, il 35% proviene dall'assistenza residenziale, mentre una percentuale non conosciuta usufruisce di servizi domiciliari.

Il finanziamento del sistema sanitario statunitense avviene attraverso:

- **Finanziamenti privati:** consistono nel pagamento delle assicurazioni private e rappresentano la fonte principale del finanziamento;
- **Co-pagamenti** dei pazienti;
- **Finanziamento pubblico:** è costituito da diverse forme di pressione fiscale federale e statale.

Negli ultimi anni sta trovando gran riscontro una nuova formula di finanziamento privato individuale chiamata Medical Saving Account (MSA). Si tratta di un piano assicurativo composto di due parti: una parte volta al pagamento delle spese mediche, e un'assicurazione accessoria a copertura di rischi più gravi quali l'indennità permanente o la morte. L'assicurato versa una quota annuale in un conto vincolato che servirà a coprire il costo totale delle prestazioni sanitarie; una volta esaurito il budget interviene l'assicurazione per i rischi catastrofici.

Tale formula, sostenuta con forza dall'amministrazione Bush, risulta essere una buona scelta per la fascia di popolazione giovane e sana che potrà decidere di convertire il fondo, se non utilizzato, in un piano pensionistico.

#### 4.2 Il Sistema Sanitario in Canada

In accordo con il sistema di governo di tipo federale, l'offerta sanitaria in Canada, inclusa l'assistenza di lungo termine, è assegnata ai livelli regionale e provinciale. E' regolata a livello nazionale da principi generali, messi a punto dal "Canada Health Act" del 1984, ossia universalità, accessibilità, trasferibilità, amministrazione pubblica.

Il "Canada Health Act" del 1984 ha individuato due categorie di servizi:

- **Insured Health Services (IHS)**, che includono sia l'assistenza ospedaliera che generica, garantite dai principi stabiliti nella legge dell'84 quali la copertura generale, il ragionevole accesso senza barriere finanziarie, la portabilità della coperture e l'amministrazione pubblica dei piani assicurativi.
- **Extended Health Care Services (EHCS)**, non coperti da assicurazione, che includono le case di cura, l'assistenza residenziale, domiciliare e i servizi ambulatoriali.

Gli altri servizi come gli aiuti domestici e l'assistenza giornaliera agli adulti non sono inclusi nella legge sanitaria canadese. Inoltre, per essere idoneo al trattamento ed ai servizi di assistenza sanitaria bisogna avere uno stato di residenza permanente.

Secondo tale modello, il Governo federale non ha possibilità di intervento diretto, ma possiede lo "spending power", ossia il potere di spendere in qualsiasi settore, anche quelli di competenza delle province e s'impegna ad assicurare trasferimenti perequativi verso le province più povere.

Questa tipologia di intervento fu impiegata negli anni '50-'60 per consentire alle province di partecipare ad un programma nazionale di assicurazione per cure ospedaliere e per le prestazioni erogate dai medici. Per accedere al contributo federale ogni provincia doveva dimostrare il rispetto dei quattro principi stabiliti a livello centrale e le province che rispettavano questi punti costituirono un "network" identificabile con un sistema sanitario nazionale. Questo sistema fu utilizzato per un decennio, fin quando il Governo centrale non iniziò a preoccuparsi del limitato controllo che riusciva ad avere sulla spesa, decisa completamente a livello provinciale.

Accanto ai precedenti quattro principi, ve ne è un quinto detto "globalità della copertura" che sta alla base degli standard nazionali. Tale principio dovrebbe definire i diritti (servizi) a cui hanno accesso i cittadini su base universale ed a livello nazionale. Da segnalare che il sistema sanitario canadese, al contrario di quelli europei, esclude per esempio l'assistenza farmaceutica extraospedaliera.

Per quanto riguarda i finanziamenti, nel 1977 fu introdotto l'"Established Programs Financing" (EPF), un meccanismo che prevedeva un finanziamento globale per l'assistenza sanitaria. Si componeva di due parti:

- Il "cash transfer", che doveva aumentare ogni anno in base all'aumento medio del PIL,
- Il "tax transfer" che era invece un contributo fisso.

Quando fu introdotto l'EPF, il cash transfer copriva il 27% di tutta la spesa sanitaria nazionale, nel 1998 solo il 10%.

Al rinnovo degli accordi con le province per l'EPF del quinquennio 1982-87, il Governo eliminò la garanzia del contributo minimo dovuto al tax transfer. Inoltre furono bloccati o penalizzati nel corso degli anni i collegamenti fra il cash transfer ed il PIL. Tutto ciò si pensa abbia portato ad un taglio di trasferimenti tra Governo centrale e province.

Nel 1996-97 l'EPF è stato sostituito dal "Canada Health and Social Transfer" (CHST), che ha incluso nell'ambito di intervento anche un precedente piano di assistenza sociale risalente al 1966, che riguardava l'assistenza geriatrica ed altri interventi particolari per le famiglie più bisognose (programma CAP).

In Canada, poiché l'assistenza di lungo periodo si è sviluppata in maniera diversa nelle varie province, anche i servizi ed i termini entro cui sono offerti presentano delle caratteristiche differenti. Tuttavia, vi sono delle prestazioni garantite in modo uniforme su tutto il territorio, vale a dire, le cure palliative, i servizi riabilitativi come la fisioterapia e la terapia occupazionale, i servizi residenziali e di cura personale.

In tutte le province, vi è una distinzione tra le case di cura che provvedono all'assistenza domiciliare e le residenze per anziani che offrono servizi di supporto e di assistenza sociale.

Anche le condizioni finanziarie per accedere ad entrambe le tipologie di prestazioni variano in modo considerevole da territorio a territorio. In generale, nelle province costiere dell'est del Canada ricade sugli utenti il pagamento di tutti o della maggior parte dei costi per l'assistenza di lungo termine, mentre le altre province offrono sussidi di vario tipo a tutti. Inoltre, ogni provincia utilizza un sistema di valutazione per l'accesso ai servizi, in base al grado di sovvenzione dei cittadini residenti. Per esempio, in Nova Scotia, dove i residenti sostengono tutte le spese, un paziente che paga i servizi per 18 mesi può accedere alla struttura di cura direttamente. Se si richiede un sussidio pubblico dopo questo termine, i pazienti sono classificati in livelli di cura.

In British Columbia, invece, dove la maggior parte dei costi dell'assistenza è coperta dalle province, esclusi i costi della vita, è previsto un sistema di valutazione del singolo caso, prima di essere dichiarati idonei.

L'assistenza domiciliare ed i servizi di riabilitazione sono tarati sui reali bisogni della popolazione e sono forniti, come già detto, gratuitamente su tutto il territorio. Altre prestazioni domiciliari, quali l'assistenza sociale e personale, invece normalmente comportano una parcella ed una relativa spesa.

Tuttavia vi sono dei limiti sulla quantità di servizi a domicilio che i pazienti possono ricevere, sebbene alcune province come la British Columbia, abbiano recentemente abolito tali vincoli. Molte altre giurisdizioni hanno stabilito che i costi dell'assistenza domiciliare non devono eccedere quelli delle prestazioni residenziali.

Infine circa l'80% dell'assistenza agli anziani in Canada è a carico dei familiari e degli amici. Gli aiuti informali, infatti, hanno un peso rilevante sull'assistenza totale e per questo comportano costi aggiuntivi che incrementano le spese sborsate di tasca propria dalle famiglie.

Al fine di risolvere questi problemi, la sanità canadese ha contribuito alla creazione nel 2000 della cosiddetta "*Canadian Caregiver Coalition*" per spingere in avanti la ricerca e lo sviluppo di politiche rivolte a problemi quali il ruolo degli aiuti familiari all'interno del settore dell'assistenza domiciliare, la spesa a carico dei parenti e le implicazioni dal punto di vista lavorativo.

Inoltre ciascuna provincia ha promosso delle iniziative proprie per far fronte all'aumento della domanda di aiuti informali, che, soprattutto negli ultimi anni, ha superato enormemente le risorse disponibili: a tal proposito il governo canadese nel 2004 ha introdotto un nuovo "benefit" per offrire un supporto temporaneo. Il *Budget Bill 2003* ha così previsto una nuova assicurazione sul lavoro chiamata "*Compassionate Care Benefit*" (CCB) rivolta, a partire da Gennaio 2004, ai lavoratori dichiarati idonei che si assentano dal lavoro per offrire assistenza ad un familiare che presenta, dietro certificato medico, un significativo rischio di morire entro sei mesi. Il benefit ha una durata di 6 settimane, ma non può superare un periodo di 26 settimane specificato in apposito certificato medico.

I governi federali, provinciali e territoriali offrono, inoltre, aiuti finanziari indiretti ai caregiver mediante facilitazioni fiscali. E' stata pensata per esempio una tassa su credito non rimborsabile per ridurre le imposte sul reddito che gravano sui soggetti che vivono con familiari non autosufficienti o se ne prendono cura a domicilio.

Altri crediti fiscali di tipo federale per i caregivers includono l'*Infirm Dependent Tax Credit*, *Disability Tax Credit*, *Eligible Dependent Tax Credit* e *Medical Expense Tax Credit*.

#### 4.3 Il Sistema Sanitario in Germania

Il Sistema Sanitario tedesco, secondo il “modello bismarkiano”, è stato creato per garantire i cittadini contro una serie di rischi quali incidenti ed inabilità dal lavoro, pensione, disoccupazione e malattie che esigono cure di lunga durata. Si fonda sui principi di solidarietà tra categorie omogenee e su quello di sussidiarietà.

La Germania è stata il primo paese a introdurre un sistema di assicurazione privata, ciò significa che ogni cittadino deve provvedere alla sottoscrizione di una polizza sanitaria secondo una duplice logica: in primis questo costituisce una forma complementare all'assicurazione obbligatoria (dalla quale sono esenti coloro che superano una certa soglia di reddito e i lavoratori autonomi), secondariamente consente allo Stato di coprire anche la porzione di popolazione che non sia in grado di sottoscrivere un'assicurazione sanitaria.

L'assistenza di malattia è, infatti, organizzata sulla base di una assicurazione obbligatoria, realizzata per il 90% della popolazione tramite le Casse sanitarie - enti di diritto pubblico, non aventi scopo di lucro, organizzate su base territoriale e controllate dai Ministeri competenti dei Laender- e per il restante 10% attraverso imprese assicurative private.

Il Sistema Sanitario tedesco si basa sulla delegazione del potere statale ad attori corporativi e sulla condivisione di tali poteri fra i 16 governi federali, Laender, e le organizzazioni della società civile legittimate.

Il governo sorveglia sulle decisioni corporative garantendo che le condizioni di vita siano le stesse in tutti Laender.

Tale sistema si basa su un complesso apparato decisionale articolato fra diversi attori:

1. Lo Stato: (Assemblea federale; Consiglio federale; Ministero della salute), che pur non avendo un ruolo né come finanziatore né come proprietario di strutture sanitarie, governa il sistema definendone le regole, cosicché mutue e associazioni di medici possano operare solo all'interno dei limiti da esso definiti;
2. I Laender, che programmano le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, sono garanti della distribuzione dell'equità e definiscono i budget finanziari dei sistemi sociali. I governi dei Laender si occupano della manutenzione delle strutture sanitarie pubbliche e private;
3. Le Associazioni regionali dei medici che gestiscono l'attività ambulatoriale.

Il finanziamento di tale sistema prevede fonti pubbliche e private:

- **Fonti pubbliche:** costituite dal sistema assicurativo sanitario e socio-assistenziale e dai tributi. La quota maggiore deriva dalla sottoscrizione dell'assicurazione sanitaria obbligatoria secondo un sistema a ripartizione pura, ossia i contributi sono corrisposti, in parti uguali, dai datori di lavoro e dai lavoratori. Inoltre contribuiscono in forma pubblica l'assicurazione pensionistica, quella per incidenti e l'assistenza agli anziani. Negli ultimi anni è inoltre aumentata la pressione fiscale, ovvero le tasse a carico dei cittadini.
- **Fonti private:** costituite dalla sottoscrizione di polizze private.

Il progressivo invecchiamento della popolazione ha spinto inoltre la Germania a costituire un fondo pubblico di assistenza ai non autosufficienti al fine di sopperire al continuo aumento di bisogno di assistenza e consentire ai bisognosi di mantenere il più possibile le abituali condizioni di vita. È stato perciò introdotto nel 1995 un fondo a carattere obbligatorio specifico per la non autosufficienza denominato “*Pflegeversicherung*” che ha come elemento di riferimento il reddito mensile di ciascun soggetto.

In particolare, il cittadino con reddito inferiore al valore soglia massimale di iscrizione (di circa 3500 euro mensili) deve obbligatoriamente assicurarsi presso il fondo pubblico, cioè iscriversi alle Casse sanitarie, mentre quelli con reddito superiore, pur rimanendo il vincolo assicurativo, possono scegliere tra l'assicurazione volontaria alla Cassa ed una compagnia privata di assicurazione equivalente creando così un certo grado di concorrenza all'interno del sistema.

Uno degli obiettivi principali di questa forma di assicurazione risiede nel sostenere l'assistenza domiciliare e soprattutto la disponibilità all'assistenza da parte di membri della famiglia o di vicini. L'assicurazione di assistenza è strettamente connessa a quella sanitaria nel senso che è prevista per legge per tutti coloro che hanno l'obbligo di essere coperti dall'assicurazione sanitaria (dunque: lavoratori dipendenti, artisti e pubblicitari in proprio, handicappati che lavorano in laboratori riconosciuti, studenti universitari, percettori di sussidio di disoccupazione o di sussidio sociale, pensionati).

Concretamente la Pflegeversicherung intende garantire prestazioni indipendentemente da reddito o patrimonio degli utenti, puntando prevalentemente sulla prevenzione e riabilitazione e sulle cure domiciliari sostenendo la disponibilità all'assistenza da parte dei familiari.

La Pflegeversicherung non prevede una copertura totale, sia finanziaria che materiale, di tutti i bisogni dell'utente; essa vuole essere un contributo atto a garantire la copertura dei principali bisogni. I beneficiari della Pflegeversicherung sono gli assistiti di qualsiasi età che a seguito di una malattia o di una forma di disabilità sono incapaci di svolgere alcune o tutte le quattro funzioni base della vita quotidiana (ADL- Activities of Daily Living):

1. Cura del corpo ed igiene personale;
2. Alimentazione;
3. Difficoltà motorie;
4. Cura della casa (Svolgimento delle quotidiane attività casalinghe).

La copertura è estesa anche a persone bisognose di assistenza per effetto di patologie mentali e fisiche per le quali vi è necessità di istruzione e vigilanza nello svolgimento di operazioni quotidiane ricorrenti ed ai componenti del nucleo familiare dell'assicurato non in possesso di significative entrate economiche.

E' inoltre previsto un sostegno per coloro che sono coinvolti nell'assistenza informale che si può tradurre in: riconoscimento ai fini pensionistici delle prestazioni rese, formazione, ferie di almeno 4 settimane durante le quali l'assistito può essere ricoverato temporaneamente in una struttura residenziale, copertura assicurativa degli incidenti durante il periodo di cura.

Il grado di bisogno è valutato dal servizio medico della rispettiva cassa assicurativa di appartenenza e le prestazioni sono sia finanziarie che materiali a seconda dei casi e delle condizioni familiari dell'utente.

La commissione medica valuta le richieste e colloca gli assistiti in tre categorie in base al grado di non autosufficienza:

- **Rilevante**: coloro che necessitano di notevole assistenza per almeno tre volte al giorno per due ADL (limite minimo di disabilità seconda la legislazione tedesca) - tempo minimo giornaliero di una ora e mezza;
- **Grave**: coloro che necessitano di un considerevole aiuto ed assistenza interna per almeno una volta al giorno per due ADL - tempo minimo giornaliero di 3 ore;
- **Gravissima**: coloro che necessitano di assistenza continuativa nell'arco dell'intera giornata-tempo minimo giornaliero di 5 ore.

Gli assistiti possono scegliere tra varie prestazioni (assistenza domiciliare, assistenza residenziale, contributo in denaro o prestazioni combinate in denaro ed in natura) che prevedono coperture diverse a seconda del livello di non autosufficienza. In ogni caso i contributi in denaro hanno valori inferiori ai rimborsi per l'assistenza domiciliare o residenziale in quanto sono integrativi a questi servizi. Per la disabilità gravissima è anche previsto l'intervento dei servizi sociali e degli enti locali laddove l'utente non sia in grado di pagarsi tutte le spese previste (cura, vitto, alloggio).

#### 4.4 Il Servizio Sanitario nel Regno Unito

L'assistenza pubblica nel Regno Unito è basata sul National Health Service (NHS), istituito nel 1948, il quale provvede all'erogazione ed al finanziamento dei servizi sociosanitari per tutta la popolazione. L'NHS è finanziato da tre fonti:

- **Tributi**: per l'80% gli introiti derivano dalla tassazione generale dei cittadini;
- **Contributi dell'assicurazione nazionale**: per il 16% derivano dai contributi sanitari;

- **Compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti** per la restante parte attraverso il pagamento di un ticket fisso per ricetta.

Annualmente il governo inglese stabilisce il budget della spesa pubblica destinato all’NHS ed indirizza i fondi separatamente al servizio di assistenza di base ed a quello ospedaliero, comprendente i servizi ospedalieri, medico-specialistici e socio-sanitari.

Tuttavia, a causa dell’elevato grado di assistenzialismo, il sistema sta vivendo un momento di crisi. Per i lunghi tempi di attesa i cittadini a reddito medio alto preferiscono sottoscrivere assicurazioni private e crescono sempre più i datori di lavoro che forniscono ai loro dipendenti una copertura assicurativa privata.

Nel corso degli anni si sono avute due importanti riforme che hanno profondamente modificato il modello originario del NHS.

La riforma del 1990 (NHS and Community Care Act) ha interessato soprattutto l’attività dei medici generici convenzionati e degli ospedali pubblici portando ad una separazione tra acquirenti e produttori, ossia una netta distinzione tra ruolo di determinazione dei bisogni sanitari della popolazione e controllo del loro soddisfacimento da una parte e ruolo di produzione dall’altra.

Successivamente il Libro Bianco del 1997, per superare la frammentazione del sistema precedente, ha introdotto un sistema denominato “integrated care” che impone ai singoli operatori di lavorare congiuntamente a livello locale, aderendo ad un programma comune di durata triennale coordinato da ciascuna azienda sanitaria distrettuale.

Per quanto riguarda l’assistenza agli anziani non autosufficienti, il NHS si trova in un periodo di profonde trasformazioni sia dal punto di vista dell’organizzazione che delle priorità di politica sanitaria e di finanziamenti statali messi a disposizione in tale settore.

L’azione legislativa di più ampio spessore è stata il “NHS and Community Care Act” del 1990 rivolto alla privatizzazione delle aziende pubbliche con l’effetto di un trasferimento agli enti locali delle responsabilità di finanziare i servizi sociali limitando il trasferimento dei fondi statali e vincolando gli enti locali a finanziare maggiormente i fornitori privati. L’obiettivo era quello di aumentare l’efficienza, l’efficacia e la flessibilità dell’assistenza fornita agli anziani.

Successivamente il “Community Care Act” del 1996 ha introdotto la possibilità di trasferimenti diretti agli utenti con la possibilità di scegliere modalità di assistenza alternative a quella istituzionale.

Nel 1999 la commissione parlamentare “Royal Commission on Long Term Care” ha proposto la costituzione di una commissione nazionale sugli standard dell’assistenza per regolamentare i servizi assistenziali, in particolare per incrementare e migliorare i servizi offerti agli anziani ed i fondi pubblici a loro disposizione. E’ stata così istituita la National Care Standards Commission (NCSC) e pubblicati i National Minimum Standards (NMS) per le residenze di lungo-degenza e per l’assistenza domiciliare aventi la descrizione dettagliata del modo in cui soddisfare i bisogni degli assistiti, le procedure per minimizzare i rischi connessi con l’assistenza e le caratteristiche del personale destinato alle attività assistenziali.

La NCSC fungeva così da garante all’interno di un sistema fortemente decentrato con attività spesso frammentate e poco coordinate. Da qui l’importanza di un maggiore coordinamento tra gli attori del sistema per incontrare i bisogni degli anziani. In particolare in ambito della non autosufficienza, lo Stato inglese fornisce alle persone che perdono la loro autonomia un contributo finanziario che viene elargito in due forme:

- Il **Disability Living Allowance**, assegno per disabilità, garantito alle persone che hanno meno di 65 anni di età e che a causa di una malattia o un infortunio necessitano di assistenza per problemi di mobilità e di cura di sé.
- L’**Attendance Allowance**, assegno garantito a persone che abbiano compiuto 65 anni e che abbiano necessità di assistenza a causa di malattie fisiche, mentali o disabilità.

Tali contributi sono intesi come supporto al costo di una eventuale retta presso una nursing home od al costo dell’assistenza domiciliare e non come copertura totale.

Gli enti locali contribuiscono finanziariamente al costo dell’assistenza se le capacità economiche del cittadino non autosufficiente (conti correnti, investimenti, redditi e qualsiasi proprietà eccetto la propria casa), non raggiungono le 11.500 sterline.

La casa viene conteggiata se la persona si trasferisce in modo permanente presso una struttura residenziale, mentre non viene conteggiata se vi risiede il coniuge o il partner, un parente di più di 60 anni, un parente “incapacitated” sotto i 60 anni o un ragazzo sotto i 16 anni.

Se le capacità economiche si posizionano tra le 11.500 e le 18.500 sterline il contributo è parziale; se superano le 18.500 sterline non vi è alcun contributo e il non autosufficiente deve pagarsi la retta da solo. Le verifiche sono a carico del Social Services Department. Non vi sono dei livelli minimi di assistenza garantiti e sono gli enti locali a fornire l'assistenza grazie a trasferimenti dello Stato col rischio di creare disparità territoriali.

E' previsto, inoltre, il **Care's Allowance**, l'assegno per l'avente cura, che viene dato a chi lavora con la persona non autosufficiente almeno 35 ore la settimana. Le persone che ricevono tale assegno per un intero anno maturano dei crediti a favore della loro pensione supplementare (se non hanno guadagni superiori a 12.100 sterline l'anno).

#### 4.5 Il Servizio Sanitario in Francia

Il sistema sanitario francese è classificabile tra i sistemi misti, in quanto sia dal lato del finanziamento che da quello dell'erogazione dei servizi prevede una pluralità di operatori, sia pubblici che privati.

Per quanto riguarda il finanziamento è prevista una “assicurazione sociale universale” articolata in diversi fondi malattia per categorie di lavoratori, che rimborsa (per intero o in parte) le spese sostenute dall'assicurato e dai familiari a carico. L'iscrizione a tali fondi è obbligatoria ed il contributo, suddiviso tra lavoratore e datore di lavoro, è commisurato al reddito. La quota di spesa sanitaria non rimborsata è invece a carico dell'utente che può stipulare contratti di assicurazioni private con mutue o compagnie private.

L'erogazione delle prestazioni, invece, può essere effettuata da operatori sia pubblici che privati. Lo Stato, oltre a gestire le strutture pubbliche, determina a livello nazionale le tariffe delle prestazioni erogate nelle strutture pubbliche o private convenzionate. I privati puri possono invece applicare tariffe liberamente determinate.

Per quanto riguarda l'assistenza agli anziani non autosufficienti, il problema è stato regolamentato con la legge del 20 luglio del 2001 relativa a *la prise en charge de la perte d'autonomie des persone agees et Allocation Personnalisée d'Autonomie* (comunemente definita *APA*) entrata in vigore dal 1 gennaio 2002. L'APA ha sostituito la precedente *Prestation Spécifique Dépendance (PSD)* che copriva solo gli anziani (minimo 60 anni) con un certo reddito (nel 2001, il reddito massimo per poter usufruire della PSD era di 10.950 euro all'anno - o il doppio in presenza del coniuge).

L'APA può essere considerata una prestazione di tipo universalistico finanziata da Stato e/o ente locale. E' una forma contributiva in denaro finalizzata all'acquisizione di prestazione di “care”, sia per cure domiciliari che per pagare cure residenziali. Possono beneficiare di tali prestazioni le persone ultrasessantacinquenni legalmente residenti in Francia, che vivono nel proprio domicilio o presso strutture residenziali, indipendentemente dal reddito ed aventi uno stato di dipendenza, cioè che necessitano di aiuto nello svolgimento degli atti essenziali della vita quotidiana.

Il grado di autosufficienza viene misurato avvalendosi di una griglia (*Autonomie Gerontologique Groupe Iso-Resources –AGGIR*) con l'utilizzo di 17 variabili. Accedono all'APA solo coloro che rientrano nei primi quattro gruppi.

Vi è un massimo di esborso monetario per ognuno dei quattro gradi di non autosufficienza (con il PSD erano sei), ma il benefit viene ridotto a seconda del reddito: una persona con un reddito molto elevato riceve solo il 10% del valore massimo monetario del suo grado di disabilità.

Il valore dell'APA è definito a livello nazionale, sulla base di tariffe nazionali per ciascun grado di mancanza di autonomia eliminando così le disparità geografiche che si erano create con la PSD.

L'accertamento delle condizioni di eleggibilità è affidato ad una apposita equipe socio-sanitaria che stabilisce lo stato di bisogno dell'anziano, incluse le sue condizioni sociali (aiuti informali, condizioni abitative), e formula un “piano d'aiuto” per determinare le ore di assistenza di cui l'assistito necessita.

Inoltre, gli anziani non autosufficienti che rimangono nel proprio domicilio possono assumere una o più persone la cui remunerazione può essere versata dallo Stato direttamente al soggetto che presta l'assistenza mediante lo “cheque emploi-service” (CES) o accreditata mensilmente sul conto corrente

dell'assistito. Per coloro che sono ricoverati in strutture residenziali, il contributo viene invece versato direttamente alla struttura per la copertura della retta giornaliera predefinita a livello nazionale.

#### 4.6 Il Servizio Sanitario in Italia

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato istituito con la “*Legge n. 833 del 23 dicembre 1978*” con l’obiettivo prioritario, come indicato dall’articolo 32 della Costituzione, di tutelare la salute di ogni cittadino quale bene individuale ed interesse della collettività. Tale sistema si basa sui principi di:

- **universalità dei destinatari** (ossia il SSN garantisce le prestazioni a tutta la popolazione, compresi, in certi limiti, stranieri e apolidi) **e delle garanzie** (ossia garantisce la tutela della salute nei diversi ambiti e nella diverse forme: promozione di stili di vita favorevoli alla salute, prevenzione delle malattie, cura e riabilitazione);
- **solidarietà nella contribuzione al finanziamento** (i cittadini pagano il Servizio sanitario tramite la fiscalità generale, in base al proprio reddito, e hanno diritto ai servizi sanitari in ragione del proprio bisogno);
- **uguaglianza nell’accesso ai servizi sanitari.**

Il modello sviluppatosi in Italia, sull’esperienza di quello britannico, mantiene un’articolazione su tre livelli di autorità:

- livello centrale, con Governo, Ministero della Salute ed organi consultivi-propositivi dello stesso, che hanno compiti di programmazione, indirizzo e controllo generali;
- livello regionale, composto da Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, che hanno poteri di programmazione attuativa e di definizione generale dell’organizzazione dei servizi sanitari;
- livello locale, costituito da Comuni e Comunità montane.

Tale modello conferisce una spiccata autonomia gestionale alle Aziende Sanitarie Locali ed alle Aziende Ospedaliere, strumenti tecnico-operativi delle Regioni ai quali è attribuito il ruolo di enti di programmazione territoriale, che assicurano interventi di assistenza primaria e secondaria.

Il D.Lgs 502/92, che ha previsto l’aziendalizzazione delle USL, oggi ASL, configurate come vere e proprie “aziende dotate di personalità giuridica pubblica e di autonomia patrimoniale”, ha introdotto una parziale separazione tra le funzioni di produzione e di acquisto delle prestazioni sanitarie, aprendo le porte alla competizione tra erogatori.

Tuttavia, a differenza del modello britannico, quello italiano conferisce ai cittadini la libertà di scegliersi l’erogatore preferito (“*libera scelta del luogo di cura*”) e non identifica contratti di negoziazione di prezzi, volumi e costi.

Nel SSN il Ministero della Salute, tramite il Piano Sanitario Nazionale, definisce gli obiettivi per il miglioramento dello stato di salute della popolazione e determina i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)<sup>1</sup> da garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale ai cittadini.

In virtù del processo di decentramento, avviato con il D.Lgs 502/92 e ribadito con il D.Lgs 229/99 (“*Riforma Ter*”), è compito delle Regioni, attraverso i Piani Sanitari Regionali, attuare i LEA secondo le esigenze della popolazione locale, organizzare i servizi, erogare le prestazioni e stabilire i criteri di finanziamento.

Per quanto riguarda l’assetto finanziario, fino al ’92 esisteva un meccanismo di “*ripianamento a piè di lista*” (si finanziavano tutti gli interventi sanitari dichiarati, anche se si superava la spesa prevista) che portò ad una crescita della spesa sanitaria incontrollata e che fu sostituito con la remunerazione delle prestazioni effettuate, classificate con il sistema internazionale Diagnosis Related Groups (DRG).

Il processo di devoluzione dei poteri tra Stato e Regioni, avviato con le leggi di riordino del SSN ha subito negli anni successivi una forte accelerazione verso un vero e proprio trasferimento dei poteri dal centro alla periferia.

---

<sup>1</sup> Con il termine LEA si intendono le prestazioni ed i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale

Il primo passo è stato compiuto proprio in ambito finanziario col D.Lgs n. 56 del 2000 di attuazione del “*federalismo fiscale*” con il quale il tradizionale sistema “*a finanza derivata*” dei servizi sanitari, realizzato mediante trasferimenti erariali dal Fondo Sanitario Nazionale a favore delle Regioni a statuto ordinario, è stato sostituito dall’assegnazione diretta alle Regioni del gettito derivante da precise imposte.

Per quanto riguarda gli interventi sanitari e sociali, nonostante le esperienze di integrazione si stiano diffondendo negli ultimi anni soprattutto nelle Regioni settentrionali e centrali del Paese, essi sono separati in due distinti settori, sociale e sanitario. Entrambi i tipi di trattamento sono programmati e regolamentati dalle Regioni, mentre a livello locale spettano alle Asl ed ai Comuni le funzioni di erogazione e finanziamento, rispettivamente nell’ambito degli interventi sanitari e di quelli sociali. In entrambi i casi, le prestazioni possono essere prodotte in economia oppure acquistate da altri erogatori (pubblici o privati) accreditati dalla Regione.

Nell’erogazione del complesso di prestazioni caratterizzanti la Long Term Care vengono coinvolti molteplici operatori pubblici e privati (dei settori profit e non profit), con competenze diverse e non di rado sovrapposte, definite a livello legislativo.

*Il ruolo dello Stato.* Lo Stato fornisce le direttive principali in materia di sanità ed assistenza, controlla l’uniformità dei trattamenti, ripartisce le risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali ed eroga direttamente, mediante il Ministero dell’Interno, e indirettamente, mediante l’INPS, prestazioni in denaro a sostegno degli anziani e dei disabili.

*Il ruolo delle Regioni e delle Province.* Le Regioni svolgono principalmente attività di coordinamento e controllo degli interventi sociali con particolare riferimento all’attività sanitaria e sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria (legge 328/2000); definiscono i criteri per l’autorizzazione e l’accreditamento delle strutture che erogano i servizi; quantificano la partecipazione alla spesa richiesta al cittadino; determinano le tariffe che i comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti accreditati e deliberano la concessione dei buoni servizio per le strutture eroganti. Non si tratta di un ruolo operativo diretto, che spetta invece ai Comuni.

Alle Province, che svolgono un ruolo secondario, è delegata la raccolta dei dati per la realizzazione di un sistema informativo dei servizi sociali, la promozione d’intesa con i comuni di iniziative di formazione, la partecipazione alla definizione e all’attuazione dei piani di zona.

*Il ruolo dei Comuni e delle Aziende Sanitarie Locali (Asl).* Al Comune compete la programmazione, la progettazione e la realizzazione del sistema locale dei servizi sociali, nonché l’eventuale integrazione economica spettante ai soggetti per i quali si renda necessario il ricovero stabile presso strutture residenziali. Il Comune è dunque l’attore principale nella realizzazione dell’assistenza pubblica ai non autosufficienti, in particolare per quanto concerne le prestazioni sociali anche se a rilevanza sanitaria. Alle Aziende Sanitarie Locali spetta l’erogazione delle prestazioni sanitarie e delle prestazioni sociosanitarie connotate da specifica ed elevata integrazione sanitaria (Dpr 14/2/2001).

Tra i soggetti privati che erogano prestazioni di *Long Term Care* rileviamo in particolare gli operatori del settore *no profit* e i prestatori di cure domiciliari (“badanti”).

*Il ruolo del volontariato.* L’attività delle associazioni di volontariato nell’ambito della *LTC* consiste di servizi quali “l’affidamento anziani”, che costituisce un’alternativa al ricovero di soggetti non pienamente autosufficienti, soli o inadeguatamente assistiti nell’ambito familiare; servizi di “pronto soccorso sociale”, miranti a fornire, solitamente in collaborazione con i servizi sociali, un supporto per lo svolgimento delle attività quotidiane.

Il maggior numero delle associazioni è di piccole dimensioni e localizzato nell’Italia settentrionale; un terzo si finanzia prevalentemente o in via esclusiva attraverso fondi pubblici.

*Il ruolo dei prestatori di cure domiciliari.* E’ difficile stimare in modo attendibile il numero di *badanti* complessivamente presenti in Italia. Anzitutto, i badanti rientrano nella categoria dei collaboratori familiari (*colf*), dai quali non vengono distinti, anche perché spesso esercitano l’una e l’altra attività; e nel lavoro domestico da sempre prevale il sommerso (secondo una recente stima dell’Istat, i “non regolari” sul totale degli addetti regolari e non regolari sfiorerebbero l’80%).

Più della metà delle posizioni del settore sarebbe ricoperta da donne immigrate, a riflettere sia la scarsa offerta degli italiani, sia la maggiore disponibilità degli immigrati, in particolare, donne.

## 5. Gli anziani ed il significato della non autosufficienza

Per effetto dell'invecchiamento in Italia, come nella maggior parte dei Paesi industrializzati, aumenta il numero di persone anziane con diverse malattie e condizioni croniche tali da mettere a rischio la più significativa delle condizioni che caratterizza una buona qualità di vita, ossia l'indipendenza intesa come la capacità di svolgere autonomamente le normali attività della vita quotidiana.

Il conseguente aumento dei casi di non autosufficienza impongono ai Governi dei vari Paesi sia una riorganizzazione del sistema dell'offerta assistenziale, attraverso il potenziamento dei servizi territoriali, l'integrazione ospedale-territorio e lo sviluppo di modelli organizzativi multidisciplinari capaci di garantire la continuità assistenziale, sia un ripensamento dei sistemi di finanziamento per reperire le risorse necessarie a soddisfare la crescente domanda di servizi sanitari e sociosanitari.

Si è così determinata un'inversione di tendenza nella programmazione sanitaria con una progressiva riduzione dei posti letto ospedalieri per acuti a favore di quelli per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie ed un aumento della quota di spesa sanitaria destinata ai servizi territoriali. L'Italia però presenta un sistema insufficiente ed inadeguato a far fronte ai problemi connessi con la non autosufficienza con forti carenze nella rete dei servizi territoriali, sia di assistenza domiciliare sia di assistenza residenziale.

Alla luce di quanto detto, l'individuazione delle tipologie di prestazioni, che devono essere erogate nei confronti delle persone anziane e non autosufficienti al di fuori del settore ospedaliero, appare alquanto difficile e complessa e presuppone una definizione, il più possibile chiara, del concetto di **non autosufficienza**.

Sul tema della non autosufficienza vige, infatti, una certa confusione terminologica. Parole quali disabilità, menomazione, handicap, impedimento e persino vecchiaia o malattia cronica sono state considerate, in alcuni casi, come equivalenti, o parzialmente coincidenti, alla non autosufficienza.

Secondo alcuni autori anglosassoni, la distinzione tra i concetti di malattia cronica e di malattia acuta potrebbe essere più apparente che reale. Molti disturbi contengono elementi di entrambi ed, infatti, includono episodi fluttuanti di peggioramento e miglioramento. Infatti, alcune forme di malattia possono manifestarsi con episodi acuti, per proseguire poi con lunghi e progressivi stati di malessere (ad es, l'insufficienza renale cronica, alcune malattie cardiache). Altre, invece, pur iniziando sempre con una manifestazione acuta possono dar seguito a traiettorie particolarmente deterioranti oppure piuttosto stabili (come ad esempio la sclerosi multipla, l'artrite o il diabete).

Comunque è noto come molti dei disturbi cronici abbiano un carattere degenerativo e siano associati alle fasi più avanzate del ciclo di vita.

Il concetto della non autosufficienza è legato certamente allo stato di salute ed all'età della persona e si esprime nell'incapacità totale o parziale, transitoria o permanente, di compiere le normali azioni della vita quotidiana. E' legato tuttavia anche a necessità di natura economica e sociale, vale a dire un reddito adeguato, una abitazione ed un ambiente di vita sicuri, accessibili, una rete sociale in grado di proteggere l'individuo e di garantirne il migliore stato possibile di benessere psicofisico.

Risulta, pertanto, difficile fare un elenco dettagliato e completo di prestazioni, attività e servizi da erogare e determinare a priori quante risorse occorrono per far fronte alla non autosufficienza.

Sono numerose le definizioni di non autosufficienza proposte sia a livello scientifico che istituzionale.

Il Testo Unificato, presentato alla Camera per l'istituzione di un fondo per il sostegno dei non autosufficienti, precisa che: "Sono considerate non autosufficienti le persone che, per una minorazione singola o plurima, hanno subito una riduzione dell'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione".

Il Movimento delle Associazioni del Volontariato Italiano (MOVI) nel *Progetto a favore delle famiglie in cui è presente una persona non autosufficiente*, definisce la non autosufficienza "una situazione patologica diagnosticata che interferisce sull'individuo, limitandone la vita di relazione, sociale e lavorativa". Infatti, la non autosufficienza è l'incapacità di mantenere una vita indipendente e di svolgere le comuni attività quotidiane, a causa delle mancanze di energie e dei mezzi necessari per soddisfare le proprie esigenze.

La valutazione della non autosufficienza coinvolge molteplici aspetti della vita della persona tra cui: salute fisica, salute mentale, condizione socioeconomica e situazione ambientale. La non autosufficienza implica una modificazione dell'organizzazione della vita ed il sopraggiungere di nuove necessità, sia per chi sta male che per chi si prende cura di lui”.

Il Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL) ha dedicato due ricerche sul tema della non autosufficienza.

Nel primo documento, *“La tutela dei rischi di non autosufficienza fisica nelle persone di età avanzata”* del 2002, il CNEL fa riferimento alla definizione di non autosufficienza che viene utilizzata in Germania per determinare chi possa accedere ai servizi di LTC in base alle capacità o meno del soggetto di svolgere una di queste quattro attività funzionali (igiene personale, preparazione dei pasti ed alimentazione, funzioni motorie, attività domestiche e di cura della casa).

Nel secondo documento, *“La non autosufficienza in Italia: realtà esistente e prospettive di soluzione”* del 2003, si sottolinea che “le possibili definizioni di non autosufficienza sono molteplici (inabilità, invalidità, handicap, disabilità etc.)” e che si “ritiene opportuno adottare una definizione di natura funzionale, che fa riferimento alla capacità della persona di svolgere o meno le funzioni essenziali della vita quotidiana”. Persona non autosufficiente, quindi, è quella che richiede un intervento assistenziale permanente e continuativo, sia nella sfera di vita individuale che di relazione. In base a tale criterio, la persona non autosufficiente è quella che ha bisogno di aiuto, anche in parte, per svolgere attività essenziali (alzarsi dal letto o da una sedia, lavarsi, vestirsi ecc.)”.

In Italia, a seguito della Legge quadro n. 328 del 2000, che ha riformato l'assistenza sociale, si prevede l'erogazione di “prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare, anche con benefici di carattere economico, in particolare per le famiglie che assumono compiti di accoglienza, di cura dei disabili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani” (art.16).

Questo non ha fatto che intensificare ancora di più il dibattito relativo ai criteri di misurazione della non autosufficienza creando molta eterogeneità a livello delle singole regioni, anche se il grado di incapacità di svolgere attività ricorrenti nella quotidianità sembra essere il tratto unificante i diversi approcci.

Per misurare la non autosufficienza vengono utilizzate diverse scale. Le principali sono:

- **ADL Activities of Daily Life**, ovvero attività della vita quotidiana: autonomia nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, coricarsi, sedersi, vestirsi, lavarsi, fare il bagno, mangiare;
- **IADL Instrumental Difficulties of Daily Life**, ovvero difficoltà strumentali della vita quotidiana: scala di misura formata da quesiti finalizzati alla rilevazione dello stato di disabilità nell'uso di strumenti (come usare il telefono, fare la spesa, preparare i pasti, prendersi cura della casa, fare il bucato, utilizzare mezzi di trasporto, assumere medicine, gestire le proprie finanze);
- **BINA**, acronimo per **“breve indice di non autosufficienza”**: scala di disabilità, particolarmente adatta alla persona anziana. Analizza 10 item, ognuno dei quali dotato di 4 modalità ordinate e di un punteggio (min 10, max 100), che indica la gravità della disabilità.

Gli item sono: medicazioni, necessità di prestazioni sanitarie, controllo sfinterico, disturbi comportamentali, comunicazione, deficit sensoriali, mobilità, attività della vita quotidiana, stato della rete sociale, fattori abitativi e ambientali. Il valore dell'indice corrisponde al punteggio totale riportato nella valutazione. Tale valore va confrontato col valore soglia, pari a 230: sono considerati non autosufficienti i soggetti con valore superiore a 230.

- **Indice di Barthel**: la scala originaria è composta da 15 fattori, sui quali deve essere espresso un punteggio a tre livelli. Gli items sono rivolti a misurare la disabilità nel: bere da una tazza, alimentarsi, vestirsi (relativamente alla parte superiore del corpo), rassettarsi, pulizia personale, controllo degli sfinteri (alvo, vescica), sedersi ed alzarsi da una sedia, sedersi ed alzarsi dal wc, sedersi ed alzarsi dalla doccia o dalla vasca, camminare su un terreno pianeggiante per 45 metri, salire e scendere le scale, muoversi con la sedia a rotelle.

Il punteggio più alto che può raggiungere l'indice di Barthel originario è pari a 100 ed indica il livello di indipendenza; il livello più alto di gravità è invece rappresentato dal valore 0;

- **FIM Functional Independence Measure**, traducibile come misura di indipendenza funzionale. Si tratta di una scala che prevede sette livelli gerarchici di autosufficienza. Tale scala è a “patologia indipendente” e pertanto può essere utilizzata da qualsiasi operatore clinico, indipendentemente dal

suo ambito specialistico. La scala FIM è composta complessivamente da 18 voci a cui è attribuito un punteggio da 1 a 7 ed è comprensiva di valutazione della cura personale (nutrirsi, rassettersi, lavarsi, vestirsi dalla vita in su, vestirsi dalla vita in giù, igiene personale), controllo degli sfinteri (alvo vescica), mobilità (trasferimenti letto-sedia-carrozzina, wc, vasca o doccia), locomozione (cammino, carrozzina, scale), funzioni cognitive (soluzione di problemi, memoria).

I livelli funzionali ed i punteggi si distinguono in:

- Autosufficienza (completa o con adattamenti),
- Non autosufficienza parziale (supervisione o predisposizione/adattamenti, assistenza con minimo contatto fisico, assistenza moderata),
- Non autosufficienza completa (assistenza intensa o totale).

## **6. I sostegni economici agli anziani nelle regioni italiane**

I cambiamenti socio-demografici in atto nel nostro Paese, associati al rapido mutamento delle condizioni sociali di vita con nuclei familiari ristretti e donne non più relegate in ruoli domestici, pongono già da tempo all'attenzione degli enti locali e regionali il problema del bisogno di assistenza e cura della popolazione anziana.

La normativa sanitaria ha adottato linee guida per la realizzazione di uno specifico "Progetto Obiettivo Anziani" già agli inizi degli anni '90 e col DPCM 22/12/1989 sono state emanate le linee di indirizzo per la realizzazione delle residenze sanitarie assistenziali. Gli obiettivi di tale progetto sono stati poi ripresi nei successivi Piani Sanitari Nazionali con sviluppo dell'intera rete dei servizi territoriali a livello distrettuale e con riequilibrio delle risorse destinate ad ospedale e territorio.

Nonostante tali sforzi, risulta comunque necessario individuare al più presto degli interventi specifici, a forte integrazione socio-sanitaria, per sostenere le famiglie che hanno al loro interno un anziano, a maggior ragione se solo o non autosufficiente. Tutte le Regioni, ed in particolare quelle del Centro-Nord con un maggior numero di anziani, hanno cercato di definire politiche di de-istituzionalizzazione e sostegno alle famiglie con persone non autosufficienti. Tuttavia, in assenza di un sistema nazionale di protezione socio-sanitaria e di risorse specifiche per tali categorie di soggetti fragili, le Regioni italiane hanno messo in atto soluzioni diverse: valorizzazione dell'apporto del volontariato e del privato sociale, potenziamento dei servizi di assistenza territoriale e residenziale, erogazione di contributi economici alle famiglie in diverse forme (assegno di cura o buoni sociali, voucher socio-sanitari, fondi specifici per la non autosufficienza). Tali azioni intendono contribuire a mantenere l'anziano in famiglia e nel suo ambiente sociale evitando, laddove possibile, l'istituzionalizzazione.

In particolare diverse Regioni (quali Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lombardia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Calabria, Sicilia e Sardegna), anche se con modalità differenti, hanno deciso di stanziare somme di denaro - *i cosiddetti assegni o buoni sociali*- per le famiglie che accudiscono nel loro domicilio un anziano non autosufficiente purché siano presenti alcuni elementi essenziali quali: valutazione di un certo grado di non autosufficienza da parte dell'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG), capacità del nucleo familiare di accudire l'anziano, accertamento di condizioni reddituali del nucleo familiare al di sotto di una soglia prestabilita.

Un numero ristretto di Regioni hanno invece attivato i *voucher socio-sanitari*, ossia titoli per l'acquisto di determinate prestazioni socio-sanitarie, nell'ambito di strutture pubbliche o private accreditate.

Infine, le Province Autonome di Trento e Bolzano hanno istituito il *Fondo per la Non Autosufficienza*, alimentato da diverse fonti: contributi obbligatori dei residenti, appositi stanziamenti provinciali per programmi di intervento a favore dei non autosufficienti, somme derivanti da contributi statali e regionali, lasciti e donazioni.

## 7. Tipologie di assistenza agli anziani

L'assistenza fornita agli anziani non autosufficienti o anziani 'fragili' può, essere di natura informale o formale.

Si definisce **informale**, l'assistenza prestata da persone che già sono in contatto con gli anziani destinatari delle loro cure attraverso legami personali diretti, come i familiari, gli amici o i vicini di casa. Diversamente, se le cure sono fornite da un infermiere, medico o da un qualsiasi altro professionista, l'assistenza si dice **formale**.

### 7.1. Assistenza informale

Il complesso d'interventi di cui si è parlato finora non esauriscono integralmente le politiche di *long-term care*: ancora oggi, infatti, la maggior parte degli anziani ricorre per la cura della propria persona e dell'ambiente domestico in cui vive all'assistenza informale fornita da parenti, amici, conoscenti e volontari.

In passato si è spesso discusso sulla definizione di assistenza informale fra ricercatori, legislatori e professionisti del settore, il più delle volte intendendo con tale termine gli aiuti offerti da membri della rete familiare e sociale.

L'OECD definisce con il termine di "informal care", l'assistenza fornita da caregiver informali quali coniugi/partner, familiari, parenti, amici, vicini ed altri usualmente, ma non necessariamente, con una relazione sociale già esistente con le persone a cui forniscono assistenza. L'assistenza informale è di solito fornita a casa ed è tipicamente gratuita.

L'assistenza ad un anziano può includere sia attività pratiche che sostegno psicologico: se da una parte fare la spesa o cucinare per un anziano non autosufficiente ha una chiara connotazione di assistenza, avere una conversazione telefonica o visitare un anziano che vive solo può avere un effetto per la salute altrettanto benefico. La compagnia, che può quindi essere inserita nella sfera dell'assistenza, è, per sua natura, normalmente fornita da assistenti informali, mentre altre attività di sostegno possono essere erogate sia da membri della rete sociale che da assistenti formali.

La rete familiare e sociale che interviene nell'assistenza all'anziano può essere estremamente variegata. Il coniuge ed i figli sono in genere considerati come "*primary network*" e rappresentano il nucleo essenziale del sostegno disponibile per la gran parte degli anziani in Italia. Per gli anziani senza coniuge o senza figli, la rete familiare allargata (composta di fratelli, nipoti o altri parenti) e la rete sociale (formata da amici, vicini e volontari) raramente assumono un ruolo rilevante, in quanto diversi studi hanno mostrato che difficilmente membri non appartenenti alla rete primaria si prestano ad adempiere compiti di assistenza personale.

La cadenza con cui viene offerta l'assistenza può estendersi dall'aiuto continuo ad un anziano non autosufficiente ad un supporto sporadico, saltuario e mirato a particolari situazioni di bisogno.

La forma più estrema di assistenza familiare, che si attiva soprattutto quando l'anziano non è più in grado di vivere indipendentemente, è probabilmente la "*co-residenza*". Essa se da una parte offre vantaggi dovuti al controllo continuo dell'assistito, alla riduzione dei tempi di spostamento per raggiungere un'altra abitazione e al condividere dei compiti abituali (come cucinare, pulire, ecc.), dall'altra può comportare un enorme carico di lavoro e di natura psicologica sulla famiglia, soprattutto sul sesso femminile.

L'assistenza offerta a membri residenti nella famiglia risulta quindi un argomento chiave per la conoscenza del fenomeno, specialmente nei paesi, come l'Italia, dove la co-residenza intergenerazionale è più diffusa.

#### 7.1.1 Il ruolo della famiglia: una caratterizzazione della figura del "caregiver"

Per decenni l'assistenza pubblica in Italia ha peccato di una forte vocazione familistica, nella quale il complesso d'interventi socio-assistenziali è risultato spesso subalterno rispetto all'organizzazione domestica e comunitaria.

Tale modello ha spesso ignorato le ricadute che l'assistenza continuativa verso un soggetto fragile comporta sull'intero sistema familiare, sia per l'anziano - costretto ad una forzata dipendenza mutuata da ragioni affettive e parentali - sia per la famiglia - obbligata a sobbarcarsi gli oneri di un'attività impegnativa e totalizzante.

Riveste, pertanto, un'importanza fondamentale nella cura agli anziani non autosufficienti la struttura familiare. Per scelta o per necessità, infatti, le famiglie sembrano ancora prevalentemente orientate ad una "gestione casalinga" dell'anziano. Nel 1999, due terzi degli anziani appartenenti alla Comunità Europea ricevevano esclusivamente assistenza informale o volontaria. Tra coloro che usufruivano di cure formali, inoltre, circa tre quarti ricevevano anche aiuto da parte di amici e familiari

Appare rilevante, perciò, sia per la programmazione delle politiche pubbliche che per l'offerta di prodotti di mercato, "tipizzare" la figura del *Caregiver* delineandone le caratteristiche ed individuando gli incentivi in grado di influenzarne la scelta, come già sottolineato nella legge 328/00<sup>2</sup> che attribuisce centralità al ruolo della famiglia.

In analogia con quanto emerso in indagini sociologiche, la figura del *caregiver* più tipica è di genere femminile, non troppo giovane e in buona salute. Un alto livello di istruzione sembra essere positivamente correlato con la decisione di prendersi cura della persona anziana disabile, mentre lo stato civile del *caregiver* non risulta essere rilevante.

Quanto all'assistito, le caratteristiche rilevanti sono il genere e lo stato di salute. Forse a causa della loro maggiore longevità, le donne, allorché si trovino in precarie condizioni di salute, sono i soggetti più frequentemente assistiti. Inoltre, pur con significatività modesta, la più alta età dell'assistito risulta essere una variabile che influenza positivamente il numero di ore di assistenza prestate.

La presenza di altri *caregiver* nel nucleo familiare sembra correlata positivamente con la scelta di divenire a propria volta dei *caregiver*.

È possibile che ciò denoti un *care taker* più bisognoso di assistenza, oppure, che si tratti di famiglie "autoselezionate" con un più forte senso di solidarietà, o ancora che si tratti di un "effetto emulazione" di tipo positivo.

Molti *caregiver* presentano, inoltre, legami familiari con l'anziano assistito: in particolare si tratta del consorte/partner dell'anziano o della figlia, spesso residente nella stessa abitazione; più raramente si tratta di un parente remoto o di figure che gravitano nella sfera delle conoscenze o nell'ambito amicale. L'impegno richiesto per l'assistenza è in genere significativo, tanto che il *caregiver* si trova spesso a vivere nella stessa dimora dell'anziano per poter far fronte ad ogni evenienza e l'attività di cura si attesta come unica attività possibile dato l'elevato quantitativo di ore da essa richiesto. Le prestazioni svolte, in genere, sono rivolte alla cura della casa, all'assistenza personale del familiare, all'aiuto nella somministrazione di medicinali ed in piccole attività di medicazione. Raramente il *caregiver* informale si cimenta in attività infermieristiche vere e proprie, per via della mancanza di conoscenze tecniche.

Non essendo previsto un contratto che lega il prestatore di assistenza informale all'utente (che spesso risulta essere il parente più prossimo legato unicamente da vincoli familiari), il *caregiver* è privo di qualunque forma basilare di tutela lavorativa sia essa infortunistica, previdenziale o economica. In uno scenario simile la protratta permanenza del *caregiver* in prossimità dell'anziano comporterà il prolungamento del periodo temporale all'esterno del mercato del lavoro con conseguente difficoltà per lo stesso *caregiver* di trovare una nuova occupazione nel momento in cui l'anziano in carico entrerà in RSA o cesserà di vivere.

## 7.2. Assistenza formale

Le prestazioni sanitarie e sociali di carattere formale a favore degli anziani si distinguono, secondo il luogo di intervento, in:

- **Domiciliare**
- **Residenziale**

---

<sup>2</sup> La legge dispone, infatti, esplicitamente: agevolazioni economiche e sul lavoro, trasferimenti monetari e servizi di sollievo per i familiari dei disabili.

### 7.2.1 Assistenza domiciliare

L'assistenza a domicilio degli anziani non autosufficienti è oggi la modalità assistenziale privilegiata da tutti i governi sia per contrastare il rischio di istituzionalizzazione sia per garantire agli anziani una maggiore qualità della vita.

Tuttavia, risulta difficile studiare l'evoluzione di questo fenomeno sia per l'estrema difficoltà di ottenere dati affidabili e comparabili sull'assistenza a domicilio a causa di case mix a differente complessità sia per l'ampia varietà di servizi assistenziali professionali erogati, la cui qualità e durata variano enormemente. I servizi domiciliari, inoltre, sono erogati con modalità differenti e da più soggetti all'interno di ogni singolo paese.

Secondo l'OECD con il termine di assistenza domiciliare, anche detta "home care", si intendono "servizi di assistenza a lungo termine che possono essere forniti ai pazienti a domicilio". Questi includono servizi diurni temporanei e simili. Includono assistenza a lungo termine ricevuta in setting simil-domiciliari, quali le "assisted living facilities"<sup>3</sup> sebbene i sistemi statistici in molti casi non sono in grado di identificarli.

Assistenza domiciliare è "una semplice espressione che racchiude una grande varietà di servizi sanitari e sociali. Questi servizi sono forniti a casa per recuperare disabili, malati terminali o cronici che necessitano di trattamenti medici, infermieristici, sociali o terapeutici e/o di assistenza nelle attività essenziali della vita quotidiana".

Secondo il National Health Expenditure Database (NHEX) si intende "l'assistenza fornita a casa da parte di professionisti sanitari o attraverso programmi sanitari organizzati supportati da governi a livello provinciale, regionale o comunitario". Con assistenza domiciliare si può anche intendere "un programma pubblico che fornisce una combinazione di assistenza sanitaria domiciliare e servizi di supporto domiciliari che permettono a soggetti totalmente non autosufficienti o in parte di vivere a casa, spesso con l'effetto di prevenire, ritardare o sostituire l'assistenza residenziale di long term care o l'alternativa assistenza ospedaliera per acuti".

In Europa l'assistenza domiciliare è considerata un mezzo per migliorare la qualità della vita degli anziani al fine di permettere loro di partecipare ad una vita sociale più "normale" alleviando le famiglie di parte del carico assistenziale; realizzare delle economie di spesa e sostituire altre modalità e luoghi di cura, come ospedali e strutture residenziali.

La diffusione dei servizi domiciliari nei confronti degli anziani è comunque assai diversificata nei vari Paesi. Da una parte troviamo i Paesi del Nord Europa come la Danimarca, in cui l'assistenza domiciliare è più sviluppata raggiungendo più del 24% degli anziani; la Svezia e la Norvegia dove i servizi domiciliari funzionano 24 ore su 24. Dall'altra vi sono i Paesi del Sud Europa e l'Austria che assistono a domicilio meno del 3% degli anziani, anche se tutti hanno approvato, in questi ultimi anni, programmi che ne prevedono lo sviluppo. L'integrazione fra il settore sociale e sanitario è nulla o assai scarsa. In mezzo, troviamo tutti gli altri Paesi dell'Unione Europea, tra i quali il Regno Unito, in cui, soprattutto dopo la riforma del 1990, si è ridotto il numero degli assistiti rispetto ad un aumento del numero di casi che richiedono un'assistenza domiciliare intensiva, in grado cioè di assorbire una quantità superiore di risorse.

In generale possiamo distinguere due principali aree di tipologie di servizi domiciliari per anziani:

**1. Assistenza domiciliare (a carattere sociale)**, che riguarda gli aiuti rivolti all'anziano non autosufficiente nello svolgimento delle attività della vita quotidiana e che viene erogata dai Comuni. Prende il nome di "SAD" in Italia, "Home Help Services" in Gran Bretagna, "Aide à Domicile" in Francia, "Ayuda a domicilio" in Spagna.

**2. Cura domiciliare**, che garantisce soprattutto assistenza infermieristica e riabilitativa erogata dall'organizzazione sanitaria preposta e prende il nome di "ADP" in Italia, "Home Nursing o District Nursing" in Gran Bretagna, "Soins à Domicile" in Francia, "Atención asistida" in Spagna. Alcuni paesi come la Francia considerano in modo autonomo anche la modalità della "ospedalizzazione a

---

<sup>3</sup> Col termine di "assisted living facilities" si intendono strutture per soggetti che non possono vivere da soli a casa, ma che non necessitano di assistenza medica 24 ore su 24. In esse viene garantita supervisione o assistenza nelle ADL.

domicilio”, una variante delle cure domiciliari con la caratteristica della maggiore intensità delle cure erogate.

Per quanto riguarda il concetto di ADI, oltre ad essere riferito all’accezione precedentemente illustrata (sinonimo di sistema di cure domiciliari), può essere considerata una componente specifica ed integrata di tipo sociosanitario all’interno del sistema stesso.

### 7.2.2 Assistenza domiciliare in Italia

Il sistema delle cure domiciliari, dopo la precisazione fatta sopra, può essere ulteriormente articolato nel nostro Paese in diverse classi che si differenziano in ragione della combinazione di tipologia di bisogno e livelli di intensità di trattamento dello stesso:

- **Assistenza domiciliare prestazionale, infermieristica o riabilitativa** – è una forma relativamente semplice, che riguarda l’erogazione a domicilio di singole prestazioni infermieristiche e/o riabilitative di tipo occasionale o anche per cicli di terapia, che non richiedono un particolare impegno tecnico-professionale e neppure la valutazione multidimensionale con relativo Piano individuale di assistenza. Sono comprese in quest’ambito, ad esempio: terapie endovenose (in assenza di altre prestazioni); prelievi ematici, cicli di terapia im/sc (antinfiammatori, antibiotici, calciparina, insulina etc.); sostituzione di cateteri vescicali; addestramento del paziente all’uso di ausili.

Le modalità di accesso avvengono su richiesta semplice del Medico di Medicina Generale (MMG) che certifica la limitazione funzionale del paziente ed il bisogno; il coordinatore infermieristico del Distretto concorda poi con la famiglia e/o con il paziente i tempi e le modalità di esecuzione.

- **Assistenza domiciliare programmata (ADP)** - è svolta assicurando la presenza periodica del MMG al domicilio delle persone non ambulabili affetti da patologie per le quali si rende necessario un monitoraggio intensivo. Le modalità sono organizzate dal Distretto in coordinamento con il medico. L’ADP è quindi diversa dalle semplici visite a domicilio del MMG ai propri pazienti, richiedendo un programma di interventi concordato con il distretto per un bisogno sanitario significativo e non estemporaneo. E’ un’assistenza a bassa intensità e non richiede la valutazione multidimensionale del bisogno.

- Una forma analoga è l’**Assistenza domiciliare nelle residenze (ADR)**, che consiste nell’effettuazione di visite programmate dei MMG ad anziani ospiti in case di riposo o altri disabili in strutture protette. Ha identiche caratteristiche e anche la stessa fonte (è prevista dagli Accordi collettivi nazionali MMG e PLS), ma è meno diffusa.

- **Assistenza domiciliare integrata (ADI)** – è deputata a soddisfare esigenze complesse di persone che si trovano in condizioni di non autosufficienza parziale o totale (in genere anziani fragili con polipatologie). E’ volta ad assicurare l’erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa gestite dall’Asl) e socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche erogate dai servizi sociali comunali in accordo con il Distretto) al domicilio, da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente coordinate. E’ rivolta altresì a pazienti oncologici in fase critica e/o terminale, malati di AIDS o di Alzheimer.

La responsabilità assistenziale è attribuita al MMG e la sede organizzativa è nel distretto. L’attivazione dell’ADI richiede la presa in carico della persona, la previa valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione di un piano personalizzato di assistenza con individuazione degli obiettivi di cura e dei tempi di recupero, delle tipologie di intervento e della frequenza degli accessi. La valutazione è effettuata con diversi professionisti: MMG, infermiere, terapeuta della riabilitazione, assistente sociale e lo specialista di riferimento dell’azienda sanitaria e, se necessario, lo psicologo.

L’ADI è caratterizzata, però, non tanto dal numero e dalla professionalità degli operatori che assistono il soggetto interessato, quanto piuttosto dalle condizioni di bisogno e risorse dell’assistito e dalla modalità di lavoro degli operatori coinvolti.

Si tratta di cure domiciliari che possono essere di medio-bassa ed alta intensità.

Le forme a medio-bassa intensità richiedono attività a prevalente natura infermieristica e riabilitativa di mantenimento, con limitata presenza medico specialistica e riguardano sindromi da

immobilizzazione, lesioni cutanee, monitoraggio di pazienti anziani o oncologici nella fase post operatoria, riabilitazione delle patologie neurologiche ed ortopediche non complicate. E' previsto all'interno di questa attività anche l'educazione dei caregiver alla corretta gestione dei problemi assistenziali e alla valorizzazione delle funzioni residue.<sup>4</sup>

Le forme a medio-alta intensità riguardano pazienti multiproblematici ed affetti da patologie acute o croniche in labile compenso, che non richiedono un monitoraggio continuo in sede ospedaliera. Il piano individuale di assistenza deve prevedere l'erogazione in forma integrata di diverse prestazioni sanitarie, mediche, infermieristiche, riabilitative e/o prestazioni socio-assistenziali. L'erogazione dell'assistenza può essere effettuata anche sette giorni su sette per favorire il miglior controllo possibile dei problemi presentati e garantire la continuità assistenziale nelle situazioni critiche. Può comprendere anche piani di assistenza esclusivamente riabilitativi in fase post-acuta che prevedono di norma 2-3 accessi settimanali. Casi tipici sono rappresentati da pazienti anziani complessi in fase di riacutizzazione clinica e da pazienti oncologici non in fase terminale. Le cure ad alta intensità prevedono l'integrazione di almeno una figura specialistica sia nella fase valutativa sia durante il percorso assistenziale. Il responsabile sanitario rimane il MMG, che si avvale delle consulenze specialistiche in modo programmato. La durata delle cure domiciliari intensive è contenuta in 60-180 giorni e sono frequenti revisioni e aggiustamenti successivi del percorso assistenziale in base al bisogno della persona.

L'ADI consente quindi di portare al domicilio del paziente servizi assistenziali e riabilitativi migliorando la qualità di vita dell'utente e della sua famiglia; evitando l'ospedalizzazione impropria o il ricovero in strutture residenziali ed anticipando le dimissioni tutte le volte che le condizioni sanitarie e socio-ambientali lo permettano.

Componenti essenziali per l'erogazione di questo tipo di assistenza sono la famiglia, il volontariato e le altre risorse di cittadinanza che, integrati con i servizi sociali possono costituire un supporto alla famiglia o vicariare quest'ultima nel caso di assenza o difficoltà a svolgere i compiti assistenziali.

- **Ospedalizzazione domiciliare (OD)** - E' la forma di "home care" a più elevato contenuto sanitario che non è coordinata dai servizi territoriali, ma dall'ospedale. Consiste nell'effettuazione nel luogo di vita del malato, per una durata predefinita, di interventi diagnostici e terapeutici di particolare complessità, tali da richiedere un processo assistenziale di livello specialistico ospedaliero.<sup>5</sup>

La caratteristica principale di questa tipologia di assistenza è la "titolarità" ospedaliera che organizza una sorta di servizio ospedaliero a domicilio della persona. L'assistenza richiede una specifica organizzazione, con assegnazione a casa del paziente di attrezzature sanitarie (erogatori di ossigeno, piantane per fleboclisi, respiratori, etc.), di ausili per la deambulazione e le funzioni fisiologiche, di un collegamento telefonico privilegiato con l'ospedale. Può includere anche un'assistenza di tipo sociale, con erogazione di aiuti alla famiglia per l'assistenza, la pulizia e l'alimentazione del malato (direttamente o mediante un supporto economico). Un presupposto fondamentale è la presenza di familiari disponibili e preparati (anche con brevi corsi specifici gestiti dal Distretto) e condizioni ambientali adeguate. L'obiettivo è evitare la permanenza in ospedale di pazienti che necessitano di un'assistenza elevata e continuata più che di una terapia acuta (quali soggetti in fase terminale o affetti da patologie cronico-degenerative), con indubbi vantaggi in termini di qualità della vita. Può comprendere l'area cure palliative, rivolta ai malati in fase di "fine vita" con continuità assistenziale

---

<sup>4</sup> Le forme a medio-bassa intensità comprendono, ad esempio: cicli di terapia endovenosa per idratazione e nutrizione o anche per somministrazione di farmaci; lavaggio di cateteri nefrostomici in pazienti stabilizzati; addestramento e gestione stomic; ciclo di medicazioni per ferita chirurgica in fase di risoluzione o ferite post-traumatiche semplici; addestramento alla mobilizzazione del malato e istruzione dei passaggi posturali in pazienti allettati; addestramento dei familiari e/o assistente alla persona all'igiene e alla corretta assistenza della persona; prestazioni riabilitative di mantenimento limitate nel tempo in esiti di patologie che hanno superato la fase post-acuta. Si tratta di prestazioni effettuate, se necessario, anche sui sette giorni della settimana. La durata è definita dal piano di assistenza e di norma si estende fino a 6-12 mesi.

<sup>5</sup> La Commissione "Ospedalizzazione domiciliare" istituita dall'ex Ministro della Salute On. Sirchia, nel 2003 ha fornito questa definizione: "assistenza di elevata complessità e di durata definita, effettuata a domicilio del paziente, contraddistinta dalla gestione di un'equipe specialistica, di inquadramento ospedaliero ed effettuata con intendimenti globali e con modalità e tecnologie proprie di un ospedale"

sui sette giorni la settimana e pronta disponibilità medica sulle 24 ore; l'area critica, che include ventilazione assistita intensiva, esiti complicati da ictus, malattie neurologiche progressive in fase avanzata, politraumi in fase di dimissione da strutture di terapia intensiva; nutrizione artificiale; stati vegetativi permanenti.

Tuttavia, l'ospedalizzazione a domicilio non è molto diffusa in Italia, non tanto per i costi elevati quanto per le difficoltà degli ospedali di disporre di personale e di un'organizzazione che consenta di effettuare sistematicamente un servizio ospedaliero a domicilio.

Attualmente si mira a riservare l'ospedalizzazione domiciliare a casi molto complessi e di durata delimitata implementando al contempo le forme di assistenza domiciliare di tipo territoriale, anche ad "elevata intensità", erogate con stretta integrazione tra MMG, altri operatori territoriali e specialisti ospedalieri.

- **Assistenza domiciliare per specifiche tipologie di utenti:** pazienti affetti da AIDS, soggetti che necessitano di cure palliative a domicilio.

L'attività di ADI - cure palliative è specificamente rivolta a pazienti in fase terminale di malattia che richiedono un intervento coordinato. Il MMG è il responsabile dell'assistenza al singolo paziente e si avvale della consulenza di un'équipe con la quale stabilisce un progetto assistenziale individuale da lui coordinato.

Alla complessità di classificazione dell'assistenza domiciliare emersa finora, un ulteriore contributo viene fornito dal documento "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Lea. Esso, ripartendo dal DPCM 29 novembre 2001, individua le seguenti tipologie di attività a domicilio:

- **Livello 2: Assistenza distrettuale:**

**G. Assistenza Territoriale Ambulatoriale e Domiciliare:**

• Assistenza programmata a domicilio (ADI, assistenza programmata domiciliare comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale);

• Attività Sanitaria e Sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale (domiciliare);

• Attività Sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV (domiciliare).

- **Livello 3: Assistenza ospedaliera:**

**E. Interventi Ospedalieri a Domicilio** (in base ai modelli organizzativi fissati dalle regioni).

Attualmente il LEA domiciliare si presenta come una sorta di contenitore indistinto in cui pazienti, contesti ed obiettivi degli interventi domiciliari possono essere molto diversi e non immediatamente confrontabili (*case mix a differente complessità*). Il monitoraggio dei LEA ed il Progetto di Ricerca "La condizione dell'anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive", condotto dall'Agenzia Sanitaria per i Servizi Regionali (ASSR) su nove regioni nel periodo 2004-05, hanno evidenziato l'elevata disomogeneità delle prestazioni sanitarie sia sul piano dell'accesso che su quello del trattamento. Tuttavia, in relazione ai bisogni e tenendo conto dei modelli gestionali-organizzativi attivati da diverse regioni, come presentato da Pesaresi in un suo lavoro sulle cure domiciliari in Italia del 2007, possiamo distinguere i seguenti profili:

1. **"Cure Domiciliari Prestazionali"** caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato;

2. **"Cure Domiciliari Integrate di primo-secondo e terzo livello"**. Le cure di primo e secondo livello assorbono quelle già definite come "Assistenza Domiciliare Integrata" (ADI) mentre quelle di terzo livello assorbono l'"Ospedalizzazione Domiciliare" (OD). Questa tipologia di cure domiciliari, in funzione della differente complessità/intensità, è caratterizzata dalla formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) redatto in base alla valutazione globale multidimensionale ed erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale;

3. **"Cure domiciliari palliative a malati terminali"**, assorbono "l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale" e l'"Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative" (**OD-CP**) e sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogata da un'équipe in possesso di specifiche competenze.

In ogni caso la collocazione elettiva delle cure domiciliari, anche dove vengono offerti apporti ospedalieri, è nel LEA Assistenza Distrettuale. Esse consistono, secondo Pesaresi, in "trattamenti

medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti ed in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana”.

Nell'ambito delle cure domiciliari integrate risulta fondamentale l'integrazione con i servizi sociali dei comuni. Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse. Gli obiettivi principali delle cure domiciliari sono:

- a) l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
- b) la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- c) il supporto alla famiglia;
- d) il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- e) il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.

Requisiti indispensabili per l'attivazione delle cure domiciliari sono:

- a) Condizione di non autosufficienza (disabilità), fragilità <sup>6</sup> e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- b) Adeguato supporto familiare o informale;
- c) Idonee condizioni abitative;
- d) Consenso informato da parte della persona e della famiglia;
- e) Presa in carico da parte del MMG (garanzia degli accessi concordati, disponibilità telefonica dalle ore 8 alle 20).

La presa in carico nelle cure domiciliari si accompagna ad un approccio multidimensionale di cui sono aspetti essenziali:

- la valutazione globale dello stato funzionale del paziente attraverso sistemi di valutazione sperimentati e validati su ampia scala, standardizzati e in grado di produrre una sintesi delle condizioni cliniche, funzionali e sociali per l'elaborazione del PAI, permettendo, nel contempo, la definizione del case- mix individuale e di popolazione;
- la predisposizione del PAI;
- un approccio assistenziale erogato attraverso un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare che comprende anche operatori sociali;
- il monitoraggio periodico e la valutazione degli esiti.

All'interno dell'équipe erogatrice delle cure viene inoltre individuato un responsabile del caso (case manager) che, in collaborazione con il MMG, orienta e coordina gli interventi in base a quanto definito nel piano assistenziale individuale, compresa l'assistenza protesica e farmaceutica.

### 7.2.3 Assistenza residenziale di lungo periodo

L'ospitalità assistita, con pernottamento di lungo periodo, a persone in stato di bisogno si può distinguere in due principali categorie:

- la prima fornita da residenze assistenziali orientate alla risposta a bisogni di natura prevalentemente socio assistenziale e destinate a soggetti con un buon grado di autosufficienza;
- la seconda fornita da residenze orientate a rispondere a bisogni sanitari congiunti a diverso grado di necessità sociale.

---

<sup>6</sup> Si tratta di un fenomeno sindromico che coinvolge molti sistemi ed esita in una perdita parziale o totale delle capacità dell'organismo di tendere all'omeostasi. E' determinata dalla concomitanza di diversi fattori: biologici, psicologici e socioambientali che agendo in modo sinergico si amplificano e si perpetuano vicendevolmente. Il fenomeno è prevalentemente osservabile nella fascia degli ultra settantacinquenni dove cronicità, comorbidità, compromissione funzionale, polifarmacoterapia e problematiche di tipo socio-sanitario, giocano un ruolo determinante. Disabilità e fragilità spesso coesistono: la disabilità indica la perdita della funzione; la fragilità indica una situazione di instabilità nella quale è insito il rischio di perdita della funzione per l'elevata suscettibilità ad eventi stressanti. (Trabucchi M., I Vecchi, la città e la medicina, Il Mulino, 2005)

La differenza principale sta nella disponibilità del servizio di operatori sanitari dedicati 24 h su 24 offerto nella seconda tipologia di residenze.

La distinzione sopra riportata si ispira a quanto riportato da Pesaresi il quale riconosce due grandi famiglie di strutture residenziali, una ad orientamento socio-assistenziale e l'altra ad orientamento sanitario, definibili, utilizzando la terminologia italiana, come Residenze Assistenziali (RA) e Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Questa ultima tipologia è caratterizzata a livello internazionale quale “struttura per l’assistenza (usualmente di lunga durata) di pazienti che non sono abbastanza malati per aver bisogno dell’assistenza ospedaliera, ma che non sono in grado di rimanere a casa”. Storicamente, la maggior parte dei residenti erano anziani o malati o affetti da patologie croniche irreversibili e con disordini disabilitanti e le assistenze medica ed infermieristica erano minime. Oggi le RSA hanno un ruolo più attivo nell’assistenza sanitaria, aiutando i pazienti a prepararsi a vivere a domicilio o con un familiare quando possibile. Esse aiutano a preservare le costose strutture ospedaliere per i malati acuti e migliorano le prospettive dei soggetti cronicamente disabili. Tuttavia, la qualità di assistenza varia enormemente ed esiste la potenzialità di abusarne<sup>7</sup>.

L’RSA può anche essere vista come “un istituto di LTC che fornisce assistenza e servizi per persone che non sono più capaci di vivere indipendentemente o che richiedono assistenza infermieristica sul posto, supervisione per 24 ore o supporto personale”<sup>8</sup>.

L’assenza di dati omogenei e la denominazione di strutture residenziali simili da parte di nazioni diverse ma rappresentanti situazioni differenti, rendono difficile eventuali comparazioni internazionali.

La forma, la dimensione ed il finanziamento dell’offerta delle cure residenziali di lunga durata variano molto; alcuni Paesi hanno programmi di cure assai completi e finanziati da poteri pubblici, altri dispongono di servizi molto limitati e frammentati.

Il paese che ha sperimentato una delle iniziative più interessanti è la **Danimarca**. Dal 1° gennaio 1988, per scelta politica, non si sono più costruite RSA (*Plekehjem*) e case protette, salvo situazioni eccezionali. Il Parlamento decise che le strutture residenziali tradizionali dovevano essere sostituite con abitazioni adeguate agli anziani e servizi flessibili adatti alle loro esigenze, integrati fra il sociale e il sanitario e forniti da uno staff permanente.

La **Svezia** è stato il primo paese scandinavo, all’inizio degli anni ’80, ad avviare un cambiamento nelle politiche assistenziali per gli anziani abbandonando la priorità delle strutture residenziali per privilegiare invece il mantenimento dell’anziano al suo domicilio. In Svezia i Comuni hanno la responsabilità di ogni tipo di struttura residenziale per anziani comprese quelle propriamente sanitarie (*sjukhem*).

Le politiche dei paesi scandinavi hanno influenzato anche la **Germania** che oggi può contare su un considerevole numero di appartamenti adattati alle necessità degli utenti e che costituiscono lo strumento più importante per permettere agli anziani di condurre una vita autosufficiente ed evitare l’istituzionalizzazione.

Nel **Regno Unito**, dal 1993, anno dell’avvio della riforma dei servizi sociali, i comuni sono i principali responsabili dell’assistenza residenziale assumendosi anche la responsabilità delle strutture socio-sanitarie, che in precedenza dipendevano dal National Health Service. Nell’ultimo decennio gli anziani ospitati nelle strutture residenziali sono diminuiti anche per il supporto di una rete importante di alloggi protetti per anziani.

## 7.2.4 Assistenza Residenziale in Italia

Secondo l’analisi sulle RSA italiane pubblicata da Pesaresi e Simoncelli nel 2008, in Italia le Residenze Sanitarie Assistenziali sono andate incontro negli ultimi anni ad una crescita rilevante (nel 2004 erano 1273 con un aumento del 37% rispetto al 2000) con una ampia variabilità regionale

---

<sup>7</sup>[http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/ltc/12\\_residential\\_mn.html#3](http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/ltc/12_residential_mn.html#3)

<sup>8</sup>[http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/ltc/28\\_pr\\_glossary.html](http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/ltc/28_pr_glossary.html)

riguardante la loro distribuzione, le modalità di classificazione delle strutture, la tipologia di destinatari ed i modelli organizzativi adottati.

Il DPR 14/1/1997 ha definito le RSA come «*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 ed alberghiera*».

La suddetta analisi ha messo in evidenza una diversificazione a livello regionale. In particolare ogni regione ha scelto una sua definizione di RSA, anche se circa la metà (Abruzzo, Campania, Liguria, Lombardia, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto) ha ripreso i contenuti del DPR 14/1/1997. Le restanti si sono diversificate su alcuni aspetti specifici.

Tutte le regioni identificano le RSA come strutture residenziali sanitarie extraospedaliere che erogano un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera a persone non assistibili al domicilio, ma su alcuni aspetti ci sono orientamenti diversi. Infatti, la maggior parte delle regioni (Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Sicilia, Sardegna, Toscana, Trento, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto), finalizza le RSA a tutte le persone non autosufficienti indipendentemente dall'età, mentre regioni quali Calabria, Emilia-Romagna, Molise, Piemonte le destinano agli anziani.

Per quanto riguarda le prestazioni garantite dalle RSA, lo studio evidenzia che in maniera uniforme nel territorio nazionale si fa riferimento all'erogazione di prestazioni a prevalente carattere sanitario oppure ad un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa. La Puglia, il Lazio e la Sardegna prevedono anche l'offerta di prestazioni per il recupero sociale.

Pesaresi e Simoncelli si soffermano inoltre su alcune peculiarità che caratterizzano ulteriormente l'interpretazione del concetto di RSA. In particolare, il Lazio e la Sardegna caratterizzano le RSA come strutture residenziali finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, di recupero funzionale e sociale, unitamente ad interventi di prevenzione della progressione del danno funzionale, ad utenti non autosufficienti, affetti da patologie croniche o invalidanti, e non assistibili a domicilio e neanche in strutture destinate al trattamento delle acuzie e ad interventi riabilitativi.

L'Emilia Romagna ha addirittura assimilato le due strutture dedicate agli anziani non autosufficienti, ovvero le case protette e le RSA, definendole entrambe come *struttura socio-sanitaria residenziale destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti di grado medio ed elevato, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere*. Entrambe le strutture si caratterizzano oltre che per le attività assistenziali, anche per la promozione di attività occupazionali, ricreativo culturali e di supporto nelle attività quotidiane.

Pesaresi e Simoncelli inoltre evidenziano, come riportato nella tavola 1, i principali obiettivi assistenziali, e le funzioni operative a seconda delle condizioni psico-fisiche dell'assistito.

Tavola 1: Obiettivi assistenziali delle RSA secondo le regioni italiane. (Tratto da: Pesaresi F., Simoncelli M. “*Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione*”, in *Tendenze Nuove*, n. 2/2008, Il Mulino Editore, 2008)

Obiettivi assistenziali delle RSA	Regioni
Assistenza sanitaria di base ed assistenza sanitaria specialistica eventualmente necessaria.	Tutte le regioni
Trattamenti riabilitativi per il mantenimento ed il miglioramento dello stato di salute ed il grado di autonomia della persona	Abruzzo, Calabria, Emilia-Romagna, Lazio, Marche, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Trento, Umbria
Conservazione dello stato di equilibrio raggiunto, compatibile con l'eventuale menomazione rimasta per prevenire aggravamenti e il decadimento funzionale.	Abruzzo, Basilicata, Lazio, Marche, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Valle d'Aosta, Veneto
Riabilitazione globale (neuromotoria, occupazionale, urologica, ecc.) o recupero dell'autonomia con lo scopo di ottenere un recupero mirato al ritorno al domicilio	Basilicata, Marche, Piemonte, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto
Riattivazione psico-sociale per evitare l'emarginazione e l'isolamento.	Abruzzo, Basilicata, Calabria, Trento
Assistenza alla persona per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana.	Calabria, Emilia-Romagna, Sardegna, Trento
Prevenzione della sindrome da immobilizzazione nei pazienti completamente non autosufficienti o stabilmente allettati.	Abruzzo, Liguria, Trento
Stimolazione e attività di animazione e socializzazione	Campania, Emilia-Romagna, Trento
Prevenzione delle complicanze	Valle d'Aosta, Veneto
Fornire ospitalità e inserimento sociale nei confronti di persone non autosufficienti	Lazio, Sardegna
Realizzare l'effettiva integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie	Campania
Sostenere la famiglia e coinvolgerla in una collaborazione solidale e partecipata ai piani di assistenza, recupero e socializzazione	Campania
Fornire sollievo temporaneo ai familiari degli utenti dei servizi domiciliari integrati	Campania

Gli stessi autori sostengono quindi che le definizioni di RSA proposte dalle regioni italiane non riescono a definire chiaramente la struttura sanitaria, la tipologia di assistiti e le prestazioni erogate. Tenendo conto delle esperienze di ogni singola regione, Pesaresi e Simoncelli hanno pertanto cercato di dare una definizione di *Residenza Sanitaria Assistenziale* definendola come “*un presidio residenziale sanitario extraospedaliero che offre, temporaneamente o permanentemente, ospitalità, prestazioni mediche, infermieristiche, di recupero funzionale e di riattivazione psico-sociale volta al mantenimento ed al miglioramento dello stato di salute e del grado di autonomia di soggetti non autosufficienti affetti da malattie croniche o da patologie invalidanti, non assistibili a domicilio e che pur tuttavia non necessitano di ricovero in strutture ospedaliere o di riabilitazione*”.

## 8. Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

### 8.1 Tipologie di RSA

Nello stesso studio, citato sopra, Pesaresi e Simoncelli evidenziano, tenendo conto delle condizioni e delle necessità dei pazienti, le seguenti tipologie di RSA:

**a. RSA per anziani non autosufficienti**, tipologia standard prevista da tutte le regioni che hanno inoltre identificato all'interno di tali RSA per anziani dei moduli specialistici, quali i nuclei Alzheimer.

**b. RSA per disabili**, tipologia prevista dalla maggior parte delle regioni, ma solo in alcune è stata oggetto di una specifica normativa.

**c. Altre tipologie di RSA** quali RSA per soggetti in stato vegetativo permanente (Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Marche, Piemonte, Sardegna, Umbria, Veneto e Toscana), RSA per soggetti affetti da patologie psichiatriche (Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Piemonte, Puglia, Valle d'Aosta), RSA per malati oncologici (Friuli Venezia Giulia, Liguria, Sardegna e Toscana), o per soggetti con problemi alcool-correlati (Basilicata e Friuli Venezia Giulia) o per soggetti affetti da AIDS (Piemonte) come riportato in Tavola 2.

Tavola 2 : Tipologie di RSA nelle regioni italiane. (Tratto da: Pesaresi F., Simoncelli M. “*Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione*”, in Tendenze Nuove, n. 2/2008, Il Mulino Editore, 2008)

Tipologia	Categoria	Note	Regioni
RSA per anziani	Anziani non autosufficienti		Tutte
	Demenze/ Alzheimer	Anche nuclei all'interno delle RSA	Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trento, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto.
RSA disabili	Disabili		Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Trento, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.
	Soggetti con disabilità prevalentemente di natura motoria	Modulo per pazienti che, in fase post-acuta e/o post ospedaliera necessitano di un intervento di recupero	Toscana
Altre tipologie di RSA	Centro residenziale per soggetti in stato vegetativo permanente	Anche moduli	Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Marche, Piemonte, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto.
	Soggetti affetti da patologie psichiatriche		Basilicata, Friuli, Lazio, Liguria, Marche, Piemonte e Puglia Valle d'Aosta.
	Malati oncologici	Modulo per malati oncologici in fase pre-terminale e terminale	Friuli Venezia Giulia, Liguria, Sardegna, Toscana.
	Soggetti con problemi alcool-correlati		Basilicata, Friuli Venezia Giulia
	Unità o Servizi per le cure intermedie	Per pazienti ospedalizzati non dimissibili al domicilio o a rischio di ricovero inappropriato	Liguria, Toscana
	Soggetti affetti da AIDS		Piemonte
	Unità di assistenza prolungata (UAP)	Per pazienti in coma o stato vegetativo persistente, o con insufficienza respiratoria cronica, o con sclerosi multipla e altre malattie demielinizzanti del SNC.	Valle d'Aosta

Gli autori si soffermano inoltre sul significato delle unità o servizi per le cure intermedie sottolineandone il loro ruolo nelle regioni che ne hanno sperimentato l'attivazione (Liguria e Toscana).

In particolare, la Toscana ha previsto (con la DGR 1002/2005) la sperimentazione dei Servizi per le cure intermedie nelle RSA o nelle case di cura convenzionate. Si tratta di strutture socio-sanitarie:

- rivolte a persone prevalentemente anziane per favorire l'appropriatezza dei trattamenti evitando ricoveri inadeguati in ospedale o in RSA;
- orientate al recupero dell'indipendenza e al rientro dei pazienti al loro domicilio;
- con durata di degenza limitata (di solito 1-2 settimane e mai oltre le 6 settimane);
- basate sull'integrazione di più professionisti;
- con presenza medica assicurata dagli accessi programmati dei MMG;
- con assistenza infermieristica 24 ore su 24;
- con lo stesso sistema tariffario delle RSA.

La Liguria ha identificato (con la DGR 308/2005) l'Unità di Cure Intermedie come struttura residenziale sanitaria (a totale onere sanitario) chiamata ad erogare prestazioni diagnostiche terapeutiche di cura e recupero funzionale ad anziani con patologie acute o con fragilità clinica da stabilizzare.

Secondo Pesaresi e Simoncelli entrambe le regioni, attraverso le Unità di cure intermedie cercano di supplire all'assenza o carenza nei loro ospedali delle unità operative di lungodegenza post-acuzie, intese come "strutture ospedaliere che assistono in regime di ricovero, al massimo per 60 giorni, pazienti non autosufficienti, provenienti in genere da altri reparti ospedalieri, affetti da patologie ad equilibrio instabile e disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale, che necessitano di trattamenti sanitari rilevanti e di sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore, nonché di nursing infermieristico non erogabile in forme alternative". Tali Unità di cure intermedie, rappresentano secondo quanto riportato dagli stessi autori, modalità di trattamento dei pazienti non ancora stabilizzati che pur avendo esaurito la fase acuta della malattia in ambiente ospedaliero, hanno necessità di ripristinare una condizione di equilibrio per poter ritornare al proprio domicilio o in una struttura residenziale.. Inoltre, rispetto alle lungodegenze post-acuzie, essi evidenziano in tali contesti la carenza di strumenti assistenziali e di codifica.

Gli stessi autori completano la disamina sulle modalità di assistenza intermedia presentando il significato delle **Unità di Assistenza Prolungata (UAP)**, della Valle d'Aosta intese come "nucleo riservato a persone che hanno superato la fase acuta ma che, non potendo essere idoneamente assistite presso il proprio domicilio, necessitano di ricovero in strutture non ospedaliere ove siano garantite loro adeguate ed appropriate cure sanitarie". Tali unità sono destinate a coloro che, a causa di malattia stabilizzata, sono in stato di completa dipendenza oppure hanno un grado di ridotta autonomia a causa di coma, stato vegetativo persistente, insufficienza respiratoria cronica con necessità di ventilazione assistita, sclerosi multipla ed altre malattie demielinizzanti del SNC con deficit funzionale non riabilitabile.

Dalla discussione presente nell'articolo sopracitato le regioni italiane hanno complessivamente identificato diverse tipologie di RSA. In particolare, quasi tutte le regioni hanno previsto la realizzazione di RSA per anziani, per malati di Alzheimer e per disabili, in accordo con le linee guida nazionali. Inoltre, otto regioni hanno previsto le RSA per soggetti in stato vegetativo permanente che rispondono ad una necessità reale visto che tali pazienti hanno difficoltà a trovare strutture e percorsi non ospedalieri per la gestione della cronicità.

Per quanto riguarda le regioni che hanno previsto RSA per malati oncologici (Friuli Venezia Giulia, Liguria, Sardegna e Toscana), per malati di AIDS (Piemonte) e per soggetti affetti da patologie psichiatriche (Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Piemonte, Puglia, Valle d'Aosta), tali tipologie sono simili ad altre strutture residenziali già codificate a livello nazionale con altri termini come Centri residenziali di cure palliative o Hospice, Case alloggio per soggetti affetti da AIDS, Strutture residenziali psichiatriche.

Infine, viene evidenziato che l'organizzazione delle RSA nelle regioni italiane è abbastanza compatibile con la recente classificazione nazionale delle prestazioni residenziali operata dalla Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza.

## 8.2 Definizione di Prestazioni residenziali e semiresidenziali

Nonostante alcune criticità correlate all'assenza di un flusso informativo, all'eterogeneità dei modelli autorizzativi ed organizzativi, nonché alle modalità di erogazione dei servizi, il Ministero della Salute nel 2007 ha prodotto il documento "**Prestazioni residenziali e semiresidenziali**" della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). In esso è stata data la seguente classificazione delle prestazioni Residenziali e Semiresidenziali basata su codici di attività:

- **R1: Prestazioni erogate in nuclei specializzati** (Unità di Cure Residenziali Intensive) a **pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali** come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti: stati vegetativi o

coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, ecc.;

- **R2: Prestazioni erogate in nuclei specializzati** (Unità di Cure Residenziali Estensive) a **pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria**: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde ecc.;
- **R2 D: Prestazioni erogate in nuclei specializzati** (*Nuclei Alzheimer*) a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente *protetico*;
- **R3: Prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento**, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento);
- **SR: Prestazioni Semiresidenziali** - Trattamenti di mantenimento per anziani erogate in centri diurni;
- **SRD: Prestazioni Semiresidenziali Demenze** – Prestazioni di cure estensive erogate in centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale.

Le prestazioni individuate con i codici di attività R1, R2, R2D sono riferibili all'erogazione di “*cure intensive o estensive*” ad elevata integrazione sanitaria, mentre le prestazioni individuate con i codici di attività R3 sono convenzionalmente riferibili ad “*assistenza e terapie di mantenimento*”, classificabili come prestazioni sanitarie a rilevanza sociale.

L'erogazione delle prestazioni così individuate avviene, di norma, all'interno di nuclei residenziali specializzati ed organizzati per erogare quello specifico livello di assistenza.

L'individuazione e la codifica di tali prestazioni - intese come “*il complesso integrato di interventi, procedure ed attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio all'interno di idonei “nuclei” accreditati per la specifica funzione*” - sono connesse alle caratteristiche tecnico-professionali delle strutture residenziali ed alle caratteristiche del paziente.

La prestazione si configura così non come singolo atto assistenziale, ma come complesso di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale ed alberghiero erogate nell'arco delle 24 ore, ed il “nucleo” rappresenta l'unità organizzativa, articolata di norma su 20 posti letto, per l'erogazione delle prestazioni residenziali.

La prestazione residenziale si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a lungo termine a soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi così dalle prestazioni di “*terapia post-acuzie*” svolte di norma in regime ospedaliero, in un arco di tempo prevedibile e limitato e con finalità riabilitative (riabilitazione) o clinico-internistiche (lungodegenza post-acuzie). La prestazione residenziale qualifica, pertanto, un ambito di erogazione, a prevalente carattere assistenziale più che terapeutico a patologie croniche, caratterizzato da aspetti di umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza vista la prolungata durata della degenza.

L'accesso alle prestazioni residenziali è regolato sui principi di universalità, equità ed appropriatezza. Pertanto, l'utente riconosciuto non autosufficiente, non assistibile a domicilio e di varia provenienza (ospedale per acuti, struttura post-acuzie o domicilio), ha diritto di scegliere il luogo di cura nell'ambito delle diverse opzioni offerte dalle strutture accreditate col SSN. Tale accesso e la prosecuzione del trattamento avviene sulla base di criteri oggettivi della **Valutazione Multidimensionale (VMD)**, metodica che consente di definire il complesso integrato dei bisogni dell'ospite in base ai problemi sanitari, assistenziali, tutelari, psicologici e socio-economici attraverso l'individuazione di un indice sintetico di misurazione del case-mix assistenziale e/o della fragilità.

Considerando la prolungata e variabile durata nel tempo delle condizioni di erogazione, la prestazione viene identificata come “*giornata di assistenza*” e non come “*episodio di ricovero*” assumendo che ogni giornata rappresenti un ciclo completo e ripetibile nel quale viene erogato il complesso di assistenza alla persona, cura, recupero funzionale e/o trattamenti di mantenimento.

La durata del trattamento non è predefinita, ma è strettamente connessa al perdurare delle condizioni di bisogno e di appropriatezza dell'erogazione. E' indispensabile, pertanto, una valutazione periodica dell'ospite necessaria per la sua corretta assegnazione al livello di assistenza richiesto, per la definizione del piano di trattamento e l'eventuale proroga in quel livello assistenziale. La rivalutazione dell'ospite viene generalmente effettuata almeno ogni novanta giorni e comunque in tutte le situazioni in cui risultino significativamente modificate le sue necessità assistenziali nelle diverse fasi del ricovero così codificate:

- Ammissione (A);
- Rivalutazione periodica (R);
- Rivalutazione per modifica del profilo assistenziale (M);
- Dimissione o trasferimento (D);
- Exitus (E).

Per sviluppare il documento *"Prestazioni residenziali e semiresidenziali"* della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA sono state utilizzate le informazioni del Mattone 12 **"Assistenza residenziale e semiresidenziale"** nell'ambito del **Progetto Mattoni del Ministero della Salute**.

Viste l'incertezza sulla classificazione delle RSA e l'assenza di dati su tipologia e quantità di prestazioni erogate, tale progetto si è posto quale principale obiettivo quello di definire una base informativa comune per le prestazioni residenziali e semiresidenziali su cui costruire un sistema di classificazione omogeneo a livello nazionale per la rilevazione delle prestazioni erogate a favore di soggetti non autosufficienti e non assistibili a domicilio: anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali e pazienti psichiatrici in fase di lungodegenza.

L'indagine ha evidenziato l'esistenza di flussi informativi non sistematici, con dati di dettaglio prodotti solo in alcune Regioni che hanno adottato propri sistemi di classificazione, da semplici schede di rilevazione della disabilità e dei principali bisogni assistenziali a strumenti capaci di rilevare il case-mix assistenziale e pesare il carico di lavoro richiesto per l'erogazione del servizio.

Le Regioni che hanno scelto di adottare strumenti propri sono:

- la Lombardia che ha prodotto nel 2003 il sistema SOSIA (Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza), una scheda di valutazione del "grado di fragilità degli ospiti delle RSA accreditate" che consente di classificare le persone in 8 differenti gruppi che, a loro volta, caratterizzano differenti livelli di intensità assistenziale;
- il Veneto che ha prodotto il sistema SVAMA (Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano), sistema costruito sulla base di singole scale di valutazione, in larga parte validate, che consente l'attribuzione della persona a 7 gruppi isorisorse. La SVAMA, adottata nel 1999, è entrata in uso, dopo un periodo di sperimentazione, quale unico e completo strumento validato di lavoro per l'accesso alla rete dei servizi nell'obiettivo di consentire la definizione di profili di autonomia dell'anziano con correlato carico assistenziale differenziato ed offrire uno strumento funzionale ai fini programmatori ed operativi.

Attualmente i sistemi in uso, con differenti gradi di applicazione, sono i seguenti:

- SOSIA in Lombardia;
- SVAMA in Veneto e Puglia (in quest'ultima in via di sperimentazione);
- AGED in Liguria.
- un sistema sviluppato in proprio in Sardegna.

Altre regioni hanno optato la via dell'adozione di strumenti internazionali già validati:

- VALGRAF + RUG in Friuli Venezia Giulia. Il VALGRAF è uno strumento basato sulla medesima filosofia del MDS (vedi dopo), ma più elementare nella struttura e nella grafica,
- RUG in Marche, Umbria ed Abruzzo;
- RUG in via di sperimentazione in Emilia Romagna, Basilicata, Calabria e Toscana.

### 8.3 Il Sistema di classificazione RUG- Resource Utilization Groups

Il sistema RUG - Resource Utilization Groups- nasce negli Stati Uniti negli anni '80, a seguito dell'esigenza di sistematizzare i flussi informativi già sviluppati a partire dagli anni '70. Si tratta di un algoritmo di definizione del case-mix assistenziale delle strutture residenziali che opera attraverso la classificazione dei pazienti in gruppi a diverso assorbimento di risorse.

E' stato sviluppato da un gruppo di ricercatori americani su mandato della Health Care Financing Administration, è stato costruito utilizzando come base informativa il Resident Assessment Instrument (RAI), strumento di valutazione multidimensionale che attraverso il Minimum Data Set (MDS) indaga le principali aree problematiche dei pazienti inseriti in programmi di assistenza a lungo termine. Tali aree sono tutte "oggettive" (ad esempio la piaghe da decubito, alimentazione parenterale, deficit cognitivo, respirazione assistita, comunicazione, alimentazione, depressione etc.), con l'esclusione della valutazione dei programmi riabilitativi, che è definita in base alle ore di assistenza riabilitativa che il paziente riceve

Il RUG, però, utilizza solamente una parte delle informazioni contenute nel MDS e l'attribuzione del paziente al gruppo RUG di appartenenza viene ottenuta compilando 109 item della più complessa scheda di valutazione. (Tavola 3)

Tavola 3: Aree di valutazione ed item della scheda RUG

Sezione	Descrizione	Items
Sezione B	Stato Cognitivo	3
Sezione C	Comunicazione	1
Sezione E	Umore e comportamento	26
Sezione G	Autonomia	7
Sezione H	Continenza	2
Sezione I	Diagnosi di malattia	8
Sezione J	Condizioni cliniche	7
Sezione K	Stato nutrizionale	5
Sezione M	Condizioni della cute	20
Sezione N	Attività	1
Sezione O	Farmaci	1
Sezione P	Trattamenti e terapie speciali	25
Sezione T	Sezione supplementare	3
Totale		109

Il criterio di attribuzione tiene conto solo marginalmente delle diagnosi di malattie in corso, realizzando un sistema di classificazione a cascata che prende in considerazione le problematiche di maggior impegno assistenziale e le incrocia con una scala di disabilità basata sulle ADL.

Attraverso una serie di revisioni (RUG II, RUG T-18) si è giunti all'attuale versione RUG III, che prevede 44 gruppi isorisorse, raccolti a loro volta nei seguenti 7 raggruppamenti principali di assistenza:

1. Special Rehabilitation
2. Extensive Care
3. Special Care
4. Clinically Complex
5. Impaired Cognition
6. Behaviour Problems
7. Reduced Physical Functions

I raggruppamenti principali sono costruiti in senso decrescente con criteri identificativi a scalare. Il paziente che non possiede le caratteristiche minime per essere inserito nel raggruppamento 1 scatta a

quello successivo e così via fino all'ultimo, ove sono inseriti i pazienti che presentano solo problemi di non autosufficienza e limitazione delle funzioni motorie. Nell'ambito di ogni raggruppamento l'assegnazione al singolo gruppo è definita in relazione ad alcune specifiche assistenziali ed al punteggio ottenuto nella scala ADL (tavola 4).

I raggruppamenti definiscono una successione logico-problematica, a costo assistenziale decrescente, ma i gruppi non seguono una scala gerarchica continua, in quanto il primo gruppo di un raggruppamento è caratterizzato da un peso assistenziale superiore a quello dell'ultimo del raggruppamento precedente. Si configura quindi un assorbimento di risorse assistenziali con andamento a "denti di sega".

Il sistema in ogni modo è utilizzabile sia secondo un criterio "gerarchico" che secondo un criterio "valorizzativo". Nel primo prevale il criterio dell'assegnazione al raggruppamento ed è comunemente utilizzato per gli studi di carattere epidemiologico sul case-mix assistenziale delle strutture di lungodegenza. Nel secondo ogni paziente è assegnato al gruppo con il maggior peso assistenziale che incrocia lungo l'asse di classificazione ed è utilizzato per l'applicazione di sistemi di finanziamento.

Attualmente il sistema RUG è utilizzato negli Stati Uniti ed in Canada come strumento ufficiale di rilevazione del case-mix e di remunerazione delle Nursing Homes. Il RUG è stato validato ed è in corso di implementazione, oltre che in Italia, in Svizzera, Norvegia, Spagna, Germania, Gran Bretagna, Repubblica Ceca, Islanda, Finlandia e Giappone.

In Francia negli anni 80 è stato sviluppato un sistema con caratteristiche simili, denominato "Grille AGIRR (Autonomie gérontologique groupes iso ressources)" che definisce 6 gruppi isorisorse assistenziali. In Australia, invece, è stato sviluppato un sistema autonomo, il RCS (Resident Classification Scale), che indaga le diverse aree del bisogno assistenziale con modalità simili al MDS/RUG.

In Italia il sistema RUG è stato validato su un campione di RSA in 6 Regioni e grazie alla sua struttura più semplice ha trovato subito applicazione in diverse realtà regionali come già detto.

Tavola 4: Elenco Gruppi RUG III con indici/peso di assorbimento di risorse. (U.S.A. Health Care Financing Administration – Medicare PPS indexes for skilled nursing facilities 1998.)

Rug	Codice	Descrizione	NMA index	Rehab index
1	RUC	Rehabilitation Ultra High ADL 16-18	1.30	1.25
2	RUB	Rehabilitation Ultra High ADL 9-15	0.95	2.25
3	RUA	Rehabilitation Ultra High ADL 4- 8	0.78	2.25
4	RVC	Rehabilitation Very High ADL 16-18	1.27	1.41
5	RVB	Rehabilitation Very High ADL 9-15	1.04	1.41
6	RVA	Rehabilitation Very High ADL 4- 8	0.81	1.41
7	RHC	Rehabilitation High ADL 16-18	1.26	0.94
8	RHB	Rehabilitation High ADL 9-15	1.06	0.94
9	RHA	Rehabilitation High ADL 4- 8	0.87	0.94
10	RMC	Rehabilitation Medium ADL 16-18	1.35	0.77
11	RMB	Rehabilitation Medium ADL 9-15	1.09	0.77
12	RMA	Rehabilitation Medium ADL 4- 8	0.96	0.77
13	RLB	Rehabilitation Low ADL 9-15	1.17	0.43
14	RLA	Rehabilitation Low ADL 4- 8	0.80	0.43
15	SE3	Extensive Special Care 3 ADL > 6	1.58	
16	SE2	Extensive Special Care 2 ADL > 6	1.35	
17	SE1	Extensive Special Care 1 ADL > 6	1.17	
18	SSC	Special Care ADL 17-18	1.23	
19	SSB	Special Care ADL 15-16	1.05	
20	SSA	Special Care ADL 4-14	1.01	
21	CC2	Clinically Complex with depression ADL 17-18	1.20	
22	CC1	Clinically Complex ADL 17-18	1.11	
23	CB2	Clinically Complex with depression ADL 12-16	1.04	
24	CB1	Clinically Complex ADL 12-16	0.94	
25	CA2	Clinically Complex with depression ADL 4-11	0.83	
26	CA1	Clinically Complex ADL 4-11	0.75	
27	IB2	Cognitive impairment + Nursing Rehabil. ADL 6-10	0.69	
28	IB1	Cognitive impairment ADL 6-10	0.67	
29	IA2	Cognitive impairment + Nursing Rehabil. ADL 4- 5	0.57	
30	IA1	Cognitive impairment ADL 4- 5	0.53	
31	BB2	Behaviour Problem + Nursing Rehabil. ADL 6-10	0.68	
32	BB1	Behaviour Problem ADL 6-10	0.65	
33	BA2	Behaviour Problem + Nursing Rehabil. ADL 4- 5	0.56	
34	BA1	Behaviour Problem ADL 4- 5	0.48	
35	PE2	Physical Function Red. + Nursing Rehabil ADL 16-18	0.79	
36	PE1	Physical Function Reduced ADL 16-18	0.74	
37	PD2	Physical Function Red. + Nursing Rehabil ADL 10-15	0.72	
38	PD1	Physical Function Reduced ADL 10-15	0.68	
39	PC2	Physical Function Red. + Nursing Rehabil ADL 9-10	0.65	
40	PC1	Physical Function Reduced ADL 9-10	0.61	
41	PB2	Physical Function Red. + Nursing Rehabil ADL 6- 8	0.54	
42	PB1	Physical Function Reduced ADL 6- 8	0.51	
43	PA2	Physical Function Red. + Nursing Rehabil ADL 4- 5	0.48	
44	PA1	Physical Function Reduced ADL 4- 5	0.45	
nn	BC1	M3PI group not claculated due to data errors		

**Nota :** NMA = Nursery, Medical and Ancillary assistance; Rehab = Rehabilitation therapy.

## 8.4 Flusso di Assistenza Residenziale (FAR)

Pur mantenendo i diversi strumenti regionali di case-mix, il gruppo di lavoro del Mattone 12 ha strutturato un sistema univoco di classificazione delle prestazioni capace di alimentare un flusso informativo nazionale contenente almeno i principali elementi del percorso clinico-assistenziale delle persone, i LEA effettivamente garantiti ed i trend di utilizzo delle prestazioni residenziali in rapporto agli altri sistemi di offerta.

La compilazione ed utilizzo della Valutazione Multidimensionale, debito informativo a livello di ASL, deve essere in grado di alimentare in modo automatico la scheda di Flusso di Assistenza Residenziale (FAR), approvata dal Gruppo Allargato del Mattone 12, che costituisce invece debito informativo a livello nazionale.

Gli strumenti testati e validati per l'automatica alimentazione del FAR sono:

- MDS /RUG
- SOSIA
- SVAMA
- AGED

Per le Regioni che non hanno ancora avviato l'implementazione di uno degli strumenti indicati è auspicabile l'adozione del sistema RUG-MDS.

Questo nuovo flusso informativo residenziale risulta caratterizzato da tre diversi livelli di debito informativo a causa del diverso utilizzo delle informazioni:

- 1) a livello di struttura, appare necessario disporre di un completo strumento di valutazione multidimensionale idoneo alla costruzione e verifica del piano di trattamento (strumento: sistema di VMD: VAOR, SOSIA, SVAMA, VALGRAF);
- 2) a livello regionale, appare necessario disporre di strumenti di analisi del case-mix assistenziale a fini programmatori, tariffari, di verifica dell'appropriatezza e della qualità (strumento: sistema di analisi del Case-mix assistenziale: RUG, SOSIA, SVAMA, AGIR);
- 3) a livello nazionale, è necessario disporre di un set minimo di dati anagrafici, amministrativi e di un generico profilo assistenziale, al fine di monitorare l'erogazione del LEA, il ricorso ai diversi regimi assistenziali, il consumo delle risorse e la definizione delle politiche sanitarie nazionale (strumento: FAR, flusso assistenza residenziale).

## 8.5 Destinatari delle RSA nelle regioni italiane

Dall'analisi dettagliata delle RSA italiane di Pesaresi e Simoncelli è stato possibile evidenziare le principali tipologie di utenza delle RSA. Essi evidenziano infatti come in generale, secondo il DPR 14/1/1997 le RSA "sono destinate a soggetti non autosufficienti, non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate che possono usufruire rispettivamente di ospitalità permanenti, o di ricoveri di sollievo alla famiglia non superiori ai 30 giorni, o di completamento di cicli riabilitativi, eventualmente iniziati in altri presidi del SSN".

In particolare, i suddetti autori sostengono che nel caso sia necessaria l'attività riabilitativa, questa può essere solo di tipo estensivo e rivolta a:

- soggetti disabili fisici, psichici, sensoriali o a lento recupero, non assistibili a domicilio, richiedenti un progetto riabilitativo individuale caratterizzato da trattamenti sanitari riabilitativi estensivi;
- soggetti non autosufficienti affetti da grave disabilità che necessitano di un alto livello di supporto assistenziale ed infermieristico, a fronte di un intervento riabilitativo a bassa complessità ed intensità e senza copertura medica continuativa nelle 24 ore, non assistibili a domicilio o in forme alternative alla degenza piena (*Linee guida riabilitazione 7/5/1998*).

Nello stesso studio sono inoltre identificate dalle normative nazionali le seguenti principali tipologie di utenza delle RSA:

- anziani non autosufficienti, con esigenze assistenziali differenziate;
- anziani affetti da demenze;
- soggetti non autosufficienti affetti da gravi disabilità.

Dall'analisi della normativa regionale, lo stesso studio evidenzia come le RSA sono destinate ad ospitare soggetti prevalentemente non autosufficienti (anziani o disabili) sia con comprovata mancanza di supporto familiare indispensabile per realizzare interventi di assistenza domiciliare integrata, sia senza patologie acute richiedenti ospedalizzazione. Infatti in tutte le regioni l'ospite delle RSA è un soggetto anziano con totale o prevalente limitazione dell'autosufficienza.

In particolare, Pesaresi e Simoncelli hanno condotto una chiara disamina analitica delle principali tipologie di utenti nelle regioni italiane che in questa sede riportiamo in versione testuale e tabellare. "...L'Emilia Romagna individua come utenti caratteristici delle RSA (tavola 5):

- anziani provenienti dall'ospedale non immediatamente assistibili a domicilio, necessitanti di convalescenza e riabilitazione (in accordo con Piemonte, Trento e Umbria);
- soggetti con esiti non stabilizzati di patologie neurologiche, muscolari e osteoarticolari, provenienti da strutture ospedaliere, che possono trarre beneficio da trattamenti sanitari-riabilitativi, prima della dimissione (previsto anche da Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria e Sardegna);
- soggetti in età senile con turbe psico-organiche gravi, necessitanti di trattamenti sanitari riabilitativo-riattivanti continuativi, non erogabili nelle residenze protette (in accordo con quasi tutte le regioni italiane);
- soggetti con patologie cronico-invalidanti, suscettibili di riacutizzazione, che possono trarre beneficio da un trattamento protratto non fornibile a domicilio o in residenze protette (previsto anche da Friuli Venezia Giulia, Liguria, Puglia e Sardegna);
- soggetti portatori di patologie terminali il cui bisogno di assistenza medico-infermieristica esclude l'assistenza ospedaliera, ma richiede prestazioni medico infermieristiche-riabilitative non fornibili a livello delle residenze protette (in accordo con Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Toscana, Umbria e Sardegna);
- anziani in situazione di emergenza e di bisogno socio-sanitario, in attesa di predisporre un appropriato programma assistenziale (previsto anche da Friuli Venezia Giulia, Umbria e Sardegna).

Dal canto suo, la Sardegna pone come requisito fondamentale per l'accesso in RSA il fatto che la persona non autosufficiente, bisognosa di interventi sociosanitari, si trovi nelle condizioni di non poter usufruire per motivi sanitari e/o sociali dell'assistenza in ambiente familiare... e siano presenti le seguenti condizioni:

- età adulta o geriatrica;
- sensibile perdita dell'autosufficienza nelle attività della vita quotidiana;
- condizioni sanitarie connotate da comorbidità, severità ed instabilità clinica, tali da non richiedere però cure intensive ospedaliere;
- condizioni sociali che non consentono la permanenza al domicilio sia pure con il supporto dei servizi domiciliari e semi-residenziali;
- necessità di assistenza tutelare comprensiva di mantenimento dei contatti sociali e di programmi di animazione;
- necessità di proseguimento di trattamenti riabilitativi in fase estensiva.

L'utenza accolta nelle RSA della Sardegna, così come in Friuli Venezia Giulia, viene così ricondotta a quattro principali raggruppamenti omogenei:

- *utenti con prevalenti problemi fisici*: quali problemi ortopedici in fase post-acuta (esiti di fratture, impianti di protesi); neurologici in fase post-acuta (esiti di ictus cerebrale, lesioni neurologiche traumatiche o neurochirurgiche); broncopneumopatici in fase post-acuta o riacutizzati (esiti di broncopneumoniti, interventi di lobectomia e/o pneumonectomia); cardiologici in fase post-acuta (esiti di infarto del miocardio, angina pectoris, scompenso cardiaco); polipatologici in fase post-acuta con un alto grado di non autosufficienza e con un forte livello di fragilità, provenienti dall'ospedale dopo evento acuto o seguiti dall'ADI con precipitazione del quadro clinico; problemi cronico-degenerativi;
- *utenti con prevalenti problemi psichici*: demenze con disturbi comportamentali transitori o riacutizzati per patologie e/o problemi intercorrenti; demenze senili; alcune patologie psichiatriche stabilizzate, in cui predomina una disabilità derivante da comorbidità di tipo internistico/geriatrico;
- *utenti con prevalenti problemi sociali*: con preminenza della «funzione di sollievo» per i familiari e/o per i caregiver; utenti inseriti in un contesto socio-ambientale temporaneamente compromesso e/o in

attesa di altro servizio per problemi sociali tale da impedire l'assistenza a domicilio della persona non autosufficiente;

– *utenti con problemi globali*: soggetti con necessità di cure palliative (malati oncologici, soprattutto in fase terminale ed altri malati terminali) o di assistenza sanitaria ad alta intensività non ospedaliera (stati vegetativi persistenti); etilisti inseriti in un programma riabilitativo concordato con il Dipartimento delle Dipendenze/SERT; soggetti in attesa di altro servizio per problemi socio-sanitari (per esempio di un posto in una casa di riposo).

Anche la Puglia nelle sue RSA prevede oltre agli anziani anche adulti portatori di alterazioni morbose stabilizzate o morfo-funzionali, che hanno superato la fase acuta della malattia e per le quali è stato compiuto un adeguato trattamento terapeutico o di riabilitazione, ma che necessitano di trattamenti terapeutici protratti nel tempo (in accordo con Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Liguria).

Analogamente in Umbria la tipologia degli ospiti è la stessa di alcune regioni italiane, ovvero:

– pazienti che dopo un evento acuto necessitano di un periodo di riabilitazione (paziente neurologico, cardiopatico, ortopedico, chirurgico, ecc.) per una durata della degenza non superiore ai 60-90 giorni e che non possono essere assistiti al domicilio per effettiva carenza del supporto informale o che debbono completare cicli terapeutici (in accordo con Emilia Romagna, Piemonte, Trento);

– soggetti portatori di patologie terminali il cui bisogno di assistenza medico-infermieristica esclude l'assistenza ospedaliera, ma richiede prestazioni medico infermieristiche-riabilitative non fornibili a livello delle residenze protette (in accordo con Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia).

Anche la Provincia di Trento, in cui le RSA sono rivolte a tutti i non autosufficienti e non solo agli anziani, identifica per tali strutture alcune tipologie di utenti, comuni ad altre regioni italiane. In particolare, per quanto concerne i ricoveri temporanei una quota di posti letto disponibili in RSA è riservata a:

– soggetti non autosufficienti, normalmente assistiti in ambito familiare, per esigenze temporanee dei componenti delle famiglie stesse (in accordo con Basilicata, Campania, Lazio, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Sicilia, Marche, Toscana, Umbria, Sardegna);

– soggetti in situazione di emergenza e di bisogno socio-sanitario in attesa della predisposizione di un idoneo progetto assistenziale (come previsto anche da Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Sardegna);

– soggetti dimessi dalle divisioni ospedaliere non immediatamente assistibili a domicilio e che necessitano di convalescenza e riabilitazione (in accordo con l'Emilia Romagna, Piemonte ed Umbria).

In aggiunta la Provincia di Trento favorisce l'ospitalità a proprie spese presso la struttura all'altro coniuge o al familiare dell'interessato, nel caso di nuclei familiari composti da coniugi di cui uno solo presenti le caratteristiche richieste per l'ingresso nella RSA, oppure nel caso in cui si renda necessaria la permanenza temporanea di un familiare dei ricoverati per consentire l'inserimento in RSA (LR 6/1998).

In Toscana sono previste le seguenti tipologie di ospiti delle RSA da collocare in moduli specialistici:

1. *Non autosufficienza stabilizzata*. Si tratta di pazienti non autosufficienti, con esiti di patologie ormai stabilizzate, inseriti in progetti di lungoassistenza. Tali ospiti possono presentare malattie croniche in fase di discreto compenso, esiti stabilizzati di problemi ortopedici o neurologici, o problemi funzionali che necessitano di un intervento fisioterapico di mantenimento (tipologia di pazienti identificata anche dalle Marche e dalla provincia di Trento).

2. *Disabilità prevalentemente di natura motoria*. Trattasi di pazienti che in fase post-acuta e/o post-ospedaliera necessitano di un intervento finalizzato al recupero di un migliore livello funzionale (ad esempio esiti di ictus, malattia di Parkinson, fratture) anche se hanno usufruito di un primo ciclo di trattamento riabilitativo (in accordo con Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Sardegna).

3. *Disabilità prevalentemente di natura cognitivo-comportamentale*. Si tratta di soggetti con decadimento cognitivo medio-grave, conseguente a sindrome demenziale, con prevalenza di problemi attinenti ai disturbi del comportamento (quali agitazione, aggressività). In tali pazienti possono coesistere altre patologie, spesso intercorrenti, ma il problema prevalente è dato dal decadimento cognitivo e dallo stato di dipendenza. Necessitano, pertanto, di una sorveglianza più stretta visti i rischi di fuga e le cadute. Tale tipologia di pazienti è stata identificata anche in gran parte delle regioni italiane (Emilia Romagna, Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Campania, Liguria, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Trento, Umbria, Valle D'Aosta, Veneto, Sardegna).

4. *Stati vegetativi persistenti con parametri vitali stabilizzati e pazienti terminali.* Si tratta di persone completamente dipendenti anche per l'alimentazione, spesso nutrite in modo artificiale, allettate, con grave e persistente compromissione dello stato di coscienza, autonome nella funzione respiratoria; oppure persone con patologie in stato terminale la cui complessità clinica potrebbe, con gli opportuni supporti, essere affrontata anche al domicilio del paziente...”

In conclusione gli autori sostengono che è difficile effettuare una sintesi della tipologia degli utenti delle RSA. Tuttavia le categorie più diffuse sono rappresentate da anziani con Alzheimer, persone (anziani e non) non autosufficienti, soggetti in dimissione dagli ospedali, anziani che hanno bisogno di ricoveri di sollievo, persone con patologie cronico-invalidanti e malati terminali.

La stessa Commissione LEA nel documento “Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali” del 2007 ha individuato quattro tipologie di utenti non autosufficienti che qualificano diverse tipologie prestazionali: anziani non autosufficienti; persone disabili giovani e adulte; persone con patologie psichiatriche; persone con patologie terminali.

Tavola 5 : Utenza delle RSA per anziani secondo le regioni italiane (Tratto da: Pesaresi F., Simoncelli M. “Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione”, in Tendenze Nuove, n. 2/2008, Il Mulino Editore, 2008)

Caratteristiche dell'utenza	Regioni	Aspetti chiave
Anziani con turbe psico-organiche gravi (demenza), necessitanti di trattamenti sanitari riabilitativo riattivanti continuativi, non erogabili nelle residenze protette	Abruzzo, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Campania, Liguria, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trento, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto, Sardegna	Patologia
Soggetti portatori di patologie terminali il cui bisogno di assistenza medico-infermieristica esclude l'assistenza ospedaliera, ma richiede prestazioni medico infermieristiche- riabilitative (non fornibili a livello delle residenze protette)	Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Toscana, Umbria	Patologia
Soggetti con patologie cronico-invalidanti, suscettibili di riacutizzazione, che possono trarre beneficio da un trattamento protratto non fornibile a domicilio o in residenze protette	Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta	Patologia
Soggetti con esiti non stabilizzati di patologie neurologiche, muscolari e osteoarticolari, provenienti da strutture ospedaliere, che possono trarre beneficio da trattamenti sanitari-riabilitativi, prima della dimissione	Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria	Patologia
Pazienti con patologie geriatriche, neurologiche e psichiche stabilizzate	Basilicata, Sicilia	Patologia
Pazienti broncopneumatici in fase post-acuta o riacutizzati, pazienti cardiologici in fase post-acuta, pazienti polipatologici in fase post-acuta con un alto grado di non autosufficienza e di fragilità	Friuli Venezia Giulia	Patologia
Persone con esiti permanenti da incidenti vascolari acuti	Basilicata	Patologia
Anziani con esiti permanenti di gravi fratture	Basilicata	Patologia
Vasculopatici in fase post-riabilitativa	Basilicata	Patologia
Anziani con malattie croniche temporaneamente invalidanti	Basilicata	Patologia
Anziani non autosufficienti con riduzione della funzione fisica, deficit cognitivi e/o comportamentali, polipatologie e patologie oncologiche non richiedenti cure di tipo ospedaliero	Liguria	Patologia

Persone in fase di post coma neurologico	Liguria	Patologia
Persone completamente dipendenti anche per l'alimentazione, spesso nutrite in modo artificiale (nutrizione parenterale, enterale) allettate, con grave e persistente compromissione dello stato di coscienza, autonome nella funzione respiratoria	Toscana	Patologia
Pazienti non autosufficienti, non curabili a domicilio, che si trovano in una condizione stabilizzata ma che richiedono una intensità assistenziale alta a causa della presenza di patologie croniche multiproblematiche	Marche, Trento, Toscana, Calabria	Bisogno di assistenza
Anziani provenienti dall'ospedale non immediatamente assistibili a domicilio, necessitanti di convalescenza e riabilitazione	Emilia Romagna, Piemonte, Trento, Umbria	Bisogno di assistenza
Anziani, a cui l'UVG attesti, anche dopo la fase di cura e di recupero, un grado di dipendenza tale da non consentire le dimissioni a domicilio o in altra struttura e un bisogno di prestazioni sanitarie (sotto forma di «trattamento di mantenimento»)	Liguria, Umbria	Bisogno di assistenza
Utenti provenienti dal territorio per situazioni clinico- assistenziali di notevole impegno riferibili a pazienti stabilizzati in fase post-acuzie affetti da quadri di polipatologia cronica in condizioni di buon compenso e per i quali si prevede la dimissione	Basilicata, Trento	Bisogno di assistenza
Persone non più in età evolutiva portatrici di alterazioni morbose stabilizzate o morfo-funzionali, che hanno superato la fase acuta della malattia e per le quali è stato compiuto un adeguato trattamento terapeutico o di riabilitazione di tipo intensivo, ma che necessitano di trattamenti terapeutici protratti nel tempo	Puglia, Valle d'Aosta	Bisogno di assistenza
Soggetti non autosufficienti affetti da grave disabilità richiedenti un alto livello di supporto assistenziale ed infermieristico a fronte di un intervento riabilitativo a bassa complessità e intensità e senza copertura medica continuativa nelle 24 ore, non assistibili a domicilio	Molise	Bisogno di assistenza
Pazienti, in dimissione protetta da struttura ospedaliera, stabilizzati, privi di rete sociale, con necessità assistenziali	Basilicata	Bisogno di assistenza
Pazienti prevalentemente anziani, in dimissione da reparti ospedalieri e affetti da esiti non stabilizzati di patologia acuta, con permanenza max 60 giorni continuativi	Veneto	Bisogno di assistenza
Ricoveri di sollievo, programmati e di breve durata per anziani non autosufficienti, assistiti a domicilio, a seguito di particolari motivi familiari che ne impediscono l'assistenza. Max 30 giorni	Basilicata, Campania, Lazio, Liguria, Trento, Friuli Venezia Giulia, Sicilia, Marche, Toscana, Umbria	Bisogno di assistenza
Anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio	Abruzzo, Basilicata, Campania, Calabria, Trento, Umbria	Non autosufficienza
Anziani in situazione di emergenza e di bisogno socio-sanitario, in attesa della predisposizione di un più appropriato programma assistenziale	Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Umbria	Emergenza

## **II PARTE: Fasi della ricerca**

### **1. Obiettivo dello studio**

Il seguente lavoro si propone di studiare i servizi di Long Term Care presenti in Italia per poter analizzare la relazione esistente tra l'offerta di servizi residenziali socio-assistenziali per anziani ed i loro bisogni di salute, considerando la presenza sul territorio di servizi alternativi, quali per esempio l'assistenza domiciliare, e le diverse strutture demografiche e socio-economiche che in qualche modo influiscono sui diversi bisogni di salute.

### **2. Disegno dello studio e materiali**

#### **2.1 Disegno dello studio**

E' stato condotto uno studio osservazionale, trasversale ed ecologico in Italia utilizzando i dati relativi al 2004, ultimo anno disponibile comune a tutte le fonti. Le fonti dati individuate sono sia di tipo campionario sia di tipo censuario condotte dall'Istituto Nazionale di Statistica e dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Settore Salute. Da ogni fonte sono stati calcolati indicatori demografici e sanitari relativi alle persone anziane di 65 anni e più.

#### **2.2 Fonti informative e indicatori**

##### **2.2.1. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari**

L'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", ripetuta con cadenza quinquennale, si inserisce nel sistema delle Indagini Multiscopo sulle famiglie avviato nel 1993.

Le tematiche studiate, nell'ambito dell'indagine 2004-2005, sono: le condizioni di salute (presenza di disabilità, presenza di malattie croniche, percezione dello stato di salute ecc.), gli stili di vita (abitudine al fumo, attività fisica, ecc.), la prevenzione, il ricorso ai servizi sanitari, il ricorso a farmaci o a terapie non convenzionali ed il percorso della maternità dalla gravidanza all'allattamento.

Per contenere l'effetto stagionale dei fenomeni, di particolare rilievo per le problematiche della salute, la rilevazione è stata condotta con cadenza trimestrale nei mesi di marzo, giugno, settembre e dicembre sulla popolazione residente in Italia, al netto dei membri permanenti delle convivenze. Ogni tre mesi è stato intervistato un quarto del campione complessivo di 50.474 famiglie, per un totale di 128.040 individui, distribuiti in 1.465 comuni.

Il campione è a due stadi con stratificazione delle unità di primo stadio (Comuni). La numerosità campionaria è stata ampliata grazie al contributo del Fondo Sanitario Nazionale su mandato della Conferenza Stato-Regioni per consentire stime regionali e sub-regionali (Aree vaste).

L'unità di rilevazione è costituita dalla famiglia di fatto (FF) associata alla famiglia anagrafica (FA) campionata. La famiglia di fatto è definita come l'insieme di persone che dimorano abitualmente nella stessa abitazione e sono legate da vincoli di parentela, affinità, affettività o amicizia. All'interno di ciascuna FF possono essere individuati diverse tipologie di nuclei, per nucleo familiare si intende:

1. coppia coniugata o convivente, senza figli oppure con figli mai sposati, né conviventi, né aventi figli propri;
2. un solo genitore con uno o più figli mai sposati, né conviventi, né aventi figli propri.

I componenti la famiglia di fatto che non soddisfano i precedenti requisiti, sono considerati come "membri isolati".

Le informazioni presenti in tale indagine sono state raccolte in parte con intervista diretta, in parte tramite un questionario autocompilato. Nei casi in cui l'individuo non era disponibile all'intervista per particolari motivi, le informazioni sono state fornite da un altro componente della famiglia. All'interno del questionario somministrato con intervista diretta si possono distinguere due parti:

- una individuale, nella quale ogni individuo fornisce informazioni su se stesso;

- una familiare nella quale vengono richieste ad un unico componente della famiglia di fornire informazioni relative all'intero nucleo familiare.

Per quanto concerne le variabili socio-economiche e demografiche selezionate sono:

- *età*, sono stati considerati le persone anziane di 65 anni e più.
- *livello di istruzione*, in particolare è stata calcolata la percentuale di persone anziane con un *titolo di studio basso*, cioè fino alla licenza media;
- *classe sociale bassa*, ossia la percentuale di famiglie con almeno una persona anziana che appartengono alla classe sociale bassa, utilizzando la classificazione di Schizzerotto<sup>9</sup>;
- *tipologia familiare*, sono state selezionate le persone anziane che vivono da sole (valori percentuali);
- *giudizio sulle risorse economiche della famiglia*, l'indicatore è costituito dalle persone anziane che considerano le risorse economiche della propria famiglia scarse o assolutamente inadeguate.

Per l'**analisi dei bisogni delle persone anziane** sono state selezionate le seguenti variabili:

- *presenza di una disabilità*, è stata calcolata la prevalenza della disabilità nelle persone anziane. Sono state considerate persone con disabilità coloro che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, hanno dichiarato di non essere in grado di svolgere le abituali funzioni quotidiane, pur tenendo conto dell'eventuale utilizzo di ausili (protesi, bastoni, occhiali, ecc.). Le funzioni essenziali della vita quotidiana comprendono: le Attività della Vita Quotidiana (autonomia nel camminare, nel salire le scale, chinarsi, coricarsi, sedersi, vestirsi, lavarsi, fare il bagno, mangiare), il confinamento a letto, su una sedia (non a rotelle) e/o in casa e le difficoltà sensoriali (sentire, vedere, parlare);
- *cattiva percezione del proprio stato di salute*, è stata calcolata la percentuale delle persone anziane che hanno dichiarato di percepire il proprio stato di salute male o molto male.

Per l'**analisi della domanda insoddisfatta** è stata selezionata la seguente variabile:

- *bisogno non soddisfatto di assistenza domiciliare sanitaria*, ossia è stato calcolata la percentuale di persone anziane che hanno dichiarato di non aver usufruito di assistenza domiciliare di tipo sanitario, ma che riteneva di averne bisogno.

## 2.2.2 Famiglie e soggetti sociali

L'indagine "Famiglia e soggetti sociali", rilevazione quinquennale, fa parte del ciclo di indagini tematiche Multiscopo sulle famiglie.

Essa costituisce la principale fonte statistica sulla struttura familiare e sulle caratteristiche sociali della famiglia in Italia. Le differenti tematiche affrontate nei questionari permettono di approfondire vari settori della vita quotidiana. In particolare ai fini della ricerca sono stati indagati i seguenti aspetti: le reti di relazione con parenti, amici e vicini; il sostegno ricevuto dalle famiglie e l'aiuto dato a persone non coabitanti; i servizi assistenziali privati alla famiglia.

In tale indagine l'Unità di rilevazione è costituita dalla famiglia di fatto (FF) da intendersi sempre come l'insieme delle persone coabitanti e legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela e vincoli affettivi.

Rispondono all'indagine i componenti della famiglia e se uno di essi è assente o impegnato si chiede un appuntamento entro l'arco di tempo previsto per la rilevazione; se questo non fosse proprio possibile si intervisterà un altro familiare che risponderà al posto della persona assente.

Ogni famiglia viene estratta con criterio di scelta casuale dalle liste anagrafiche comunali, secondo una strategia di campionamento volta a costituire un campione statisticamente

---

<sup>9</sup> La classificazione di Schizzerotto identifica le classi sociali in base alla collocazione nella distribuzione di risorse di potere che condizionano lo svolgimento delle diverse attività lavorative. Le classi utilizzate sono le seguenti: Borghesia (imprenditore, libero professionista, direttivo-quadro, dirigente); Classe media impiegatizia (impiegato); 3) Piccola borghesia urbana e rurale (lavoratore in proprio, socio di cooperativa, coadiuvante); 4) Classe operaia urbana e rurale (operaio, altro lavoratore dipendente, apprendista, lavoratore a domicilio); 5) Non lavora. La classe sociale bassa include le tipologie 4) e 5). Per quanto concerne i lavoratori atipici si è scelto di classificarli in base al livello di istruzione. Successivamente, tenendo conto congiuntamente della classe sociale della persona di riferimento e del partner, è stata costruita la classe sociale familiare, costruita in base al criterio della dominanza di Erikson che assegna alla famiglia la classe sociale più elevata fra quella dei due coniugi /o conviventi. Per gli individui che erano classificati solo a livello individuale e non familiare (per esempio figli di persone che non hanno indicato una posizione nella professione) come classe sociale familiare è stata attribuita quella individuale.

rappresentativo della popolazione residente. L'indagine è eseguita su un campione di circa 24 mila famiglie (per un totale di circa 50 mila individui) distribuite in 809 Comuni italiani di diversa ampiezza demografica. L'indagine del 2003 si è svolta nel periodo di novembre.

Da questa indagine sono state estratte le variabili relative **agli aiuti formali e informali ricevuti**. In particolare sono stati calcolati i seguenti indicatori:

- *Aiuto da parte di Amici, Vicini e/o Parenti*, percentuale di famiglie con almeno una persona anziana che hanno dichiarato di poter contare in caso di bisogno su parenti (non conviventi), amici e vicini.

- *Aiuti ricevuti*, percentuale di famiglie con almeno una persona anziana che hanno ricevuto almeno un aiuto, a favore di qualche componente della famiglia o della famiglia nel suo complesso, gratuitamente nelle ultime 4 settimane. Si è fatto riferimento alla presenza di almeno uno dei seguenti supporti: aiuto economico, aiuto in attività domestiche anche non nella propria casa (lavare, stirare, fare la spesa, preparare i pasti ecc.), espletamento di pratiche burocratiche (andare alla posta, in banca, ecc.);

- *Assistenza privata*, è stata calcolata la percentuale di famiglie con almeno una persona anziana che usufruiscono di una persona a pagamento per assistere un anziano.

### **2.2.3. Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali**

L'indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali fu avviata per la prima volta dall'Istat nel 1951 ed è stata sospesa nel 1994. L'attuale rilevazione è condotta, a partire dall'anno 1999, in collaborazione con il Centro interregionale per il sistema informatico ed il sistema statistico (Cisis). L'indagine rileva, con cadenza annuale, tutte le strutture che rientrano nella definizione di presidio residenziale socio-assistenziale. In tali strutture trovano alloggio persone che si trovano in stato di bisogno per motivi diversi: anziani soli o con problemi di salute, persone con disabilità, minori sprovvisti di tutela, giovani donne in difficoltà, stranieri o cittadini italiani con problemi economici e in condizioni di disagio sociale.

L'universo di riferimento è costituito dall'insieme dei presidi residenziali socio-assistenziali. Ai fini della rilevazione in oggetto, per "*Presidio residenziale socio-assistenziale*" s'intende una istituzione pubblica o privata, che offre servizi residenziali di tipo prevalentemente assistenziale, a favore di minori, adulti o anziani in stato di bisogno o abbandono.

Secondo la normativa adottata da molte regioni, le strutture che erogano assistenza residenziale sono soggette a richiesta di autorizzazione al funzionamento da parte della Regione stessa o del Comune di appartenenza. In ogni caso, sono inclusi nel campo di osservazione anche i presidi residenziali in corso di autorizzazione e quelli non autorizzati. I presidi possono essere non autorizzati per diverse ragioni: perché non in possesso dei requisiti richiesti dalla propria Regione, perché la struttura non necessita di autorizzazione oppure perché non è stata ancora inoltrata la domanda.

La rilevazione dei dati prevede l'invio di un questionario postale a ciascuna unità di rilevazione (l'universo di riferimento nell'anno 2004 comprendeva 8.453 presidi residenziali, di cui 6.406 rispondenti).

A questa fase partecipano gli Uffici di statistica delle Regioni e delle Province autonome di Bolzano e Trento, in base ai seguenti livelli di coinvolgimento:

- un primo gruppo di regioni (Piemonte, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Marche e Province autonome di Bolzano e Trento), cura autonomamente la rilevazione: gestione dell'indirizzario, invio, raccolta e registrazione dei dati, i quali vengono forniti su supporto informatico all'Istat secondo criteri concordati. Alcune regioni di questo gruppo utilizzano il questionario di base fornito dall'Istat, mentre altre hanno predisposto un proprio modello di rilevazione, nel quale i quesiti presenti sul modello nazionale sono integrati con domande aggiuntive di specifico interesse locale.

- le rimanenti regioni collaborano esclusivamente ad aggiornare gli indirizzari dei presidi residenziali presenti nell'archivio dell'Istat, mentre invio dei questionari, raccolta, registrazione ed elaborazione sono esclusivamente a carico dell'Istat.

Per garantire l'omogeneità nei contenuti e nei livelli di qualità dei dati, sono stati definiti alcuni criteri generali:

- a) regole per la gestione dell'indagine (universo di riferimento, gestione dell'indirizzario, codici identificativi dei presidi, ecc.);
- b) criteri per la revisione manuale dei questionari compilati;
- c) piano di registrazione, tracciato record dei file di registrazione;
- d) tipo di file da inviare all'Istat con i dati registrati;
- e) controlli di qualità e procedure di revisione automatica dei dati da applicare dopo la registrazione. I controlli sulla qualità dei dati vengono fatti dalle regioni prima della trasmissione dei file e vengono ripetuti dall'Istat per un'ulteriore verifica.

Gli Uffici che svolgono in proprio la rilevazione, gestiscono l'archivio contenente l'elenco dei presidi residenziali della propria regione, completo di: denominazione, indirizzo, comune, provincia, numero di telefono, fax, codice identificativo del presidio, situazione rilevata. I codici identificativi sono composti da: codice regione (due cifre, secondo i codici Istat), codice provincia (tre cifre), codice comune (tre cifre), progressivo all'interno del comune (tre cifre), per un totale di 11 cifre consecutive.

Ogni anno si devono creare nuovi codici per i presidi di nuova attivazione e per quelli che non erano compresi nell'indirizzario dell'anno precedente. Tutti gli altri presidi mantengono i codici dell'anno precedente, salvo variazioni tali da rendere necessario un cambiamento di codice, come ad esempio il caso in cui il presidio mantiene lo stesso ente gestore e la stessa tipologia, ma si trasferisce in un altro comune o in un'altra provincia, o se il presidio varia gestione e tipo di utenza.

Le informazioni sono raccolte tramite un questionario articolato in quattro sezioni:

- aspetti organizzativi del presidio residenziale e tipologia dei servizi offerti;
- personale del presidio;
- beneficiari dell'assistenza residenziale;
- alcuni dati sintetici di tipo economico.

Soltanto per l'anno 2004, i contenuti informativi dell'indagine sono stati ampliati mediante l'inserimento di una scheda aggiuntiva, concordata con l'Agenzia Sanitaria Regionale del Lazio e con il Cisis. Le informazioni aggiuntive hanno riguardato gli utenti con disabilità e gli anziani non autosufficienti ospitati nelle strutture rilevate, le patologie limitanti l'autosufficienza, il grado di disabilità e di non autosufficienza, le tariffe applicate dalle istituzioni per l'assistenza offerta.

Ai fini del nostro studio dal questionario sono stati selezionati tra i presidi che ospitano prevalentemente anziani (quei presidi, cioè, in cui il numero di anziani ospiti supera quello degli adulti). solo alcuni secondo i seguenti criteri. Le Residenze Socio-Sanitarie per anziani e le Residenze Sanitarie Assistenziali sono state tutte incluse. Tra le Comunità familiari, le Comunità socio-riabilitative, le Comunità alloggio, le Residenze assistenziali per anziani autosufficienti e le altre tipologie di presidio sono stati selezionati solo quei presidi che hanno ricevuto un finanziamento dal Servizio Sanitario Nazionale e hanno personale di tipo sociosanitario (medici, psicologi, infermieri, fisioterapisti, logopedisti e altri addetti alla riabilitazione).

Di seguito si indicano le definizioni dei presidi selezionati come riportato nella guida alla compilazione del questionario dell'ISTAT "Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali" relativa all'anno 2004:

- **Comunità familiare:** presidio residenziale che accoglie soggetti con limitata autonomia personale, per i quali si ritenga opportuno sperimentare modelli di vita comunitaria e ricevere prestazioni assistenziali da parte di personale specializzato. La convivenza fra gli ospiti e gli operatori è organizzata secondo il modello relazionale della famiglia ed è localizzata, solitamente, in un appartamento.

- **Comunità socio-riabilitativa:** presidio residenziale che accoglie individui con problemi sociali di varia natura: persone anziane con limitata autosufficienza, portatori di handicap fisici, psichici o sensoriali, tossicodipendenti, alcolisti, dimessi dal carcere e altre persone in difficoltà. Questo tipo di comunità si caratterizza per l'adozione di progetti specifici di riabilitazione e recupero delle capacità personali. I progetti sono attuati con l'ausilio di operatori specializzati e sono finalizzati, se è possibile, al reinserimento dei soggetti nella società.

- **Comunità alloggio:** presidio residenziale a carattere familiare, finalizzato ad accogliere un piccolo gruppo di persone con insufficiente autonomia economica e prive di validi riferimenti familiari, ma

in grado di gestire autonomamente la propria vita comunitaria. Le attività disponibili per gli utenti sono prevalentemente ricreative, quindi poco adatte ai bisogni di utenti non autosufficienti. Non essendo prevista la presenza di personale specializzato, la convivenza è basata sulla solidarietà reciproca e si avvale dei servizi socio-assistenziali territoriali, compresi quelli di assistenza domiciliare. Le comunità alloggio possono essere composte da più unità abitative (ad esempio appartamenti situati all'interno di uno stesso edificio). Rientrano in questa categoria gli "alloggi protetti", ovvero appartamenti destinati a persone completamente autosufficienti, le quali usufruiscono unicamente di agevolazioni economiche nell'accesso alle abitazioni.

- **Residenza assistenziale per anziani autosufficienti:** presidio residenziale destinato prevalentemente ad anziani autosufficienti. Gli ospiti beneficiano di prestazioni assistenziali, ricevono assistenza alberghiera completa e sono stimolati a prendere parte ad attività ricreative e culturali.

- **Residenza socio-sanitaria per anziani:** presidio residenziale destinato prevalentemente a persone anziane non autosufficienti. La struttura è dotata di personale medico e infermieristico specializzato. Le prestazioni offerte sono ad alta integrazione sociale e sanitaria e perseguono l'obiettivo di ottenere il massimo recupero possibile delle capacità psico-motorie degli ospiti.

- **Residenza Sanitaria Assistenziale:** (RSA): presidio residenziale destinato ad anziani non autosufficienti o a persone con disabilità, che necessitano di un supporto assistenziale specifico e di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative. L'assistenza fornita prevede un livello medio di assistenza sanitaria, integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera.

Una volta selezionati i presidi socio-sanitari, sono stati calcolati i seguenti indicatori:

- *Posti letto pubblici*, posti letto pubblici per abitanti over 65 anni. Sono stati considerati posti letto pubblici quelli che come natura giuridica del titolare del presidio hanno dichiarato: Comune, Consorzio/Associazione di Comuni, Provincia, Regione, Comunità montana, Azienda Sanitaria Locale (ASL), Istituzione Pubblica Assistenza benefica (IPAB).

- *Posti letto for profit*, posti letto for profit per abitanti over 65 anni. Sono stati considerati posti letto for profit ossia quelli che come natura giuridica del titolare del presidio hanno dichiarato: Cooperativa, Altra impresa privata.

- *Posti letto non profit*, posti letto non profit per abitanti over 65 anni. Sono stati considerati posti letto non profit quelli che come natura giuridica del titolare del presidio hanno dichiarato: Associazione, Ente religioso (L.222/85), Fondazione, Cooperativa sociale (L.381/91).

#### **2.2.4. Indagine sugli interventi ed i servizi sociali dei comuni singoli o associati**

L'indagine censuaria sugli interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati rileva informazioni sugli utenti e sulla spesa sostenuta dai Comuni per i servizi che erogano da soli e/o in associazione con altri, secondo un modello di organizzazione che può variare non soltanto tra le regioni, ma anche all'interno della stessa Regione.

L'indagine è frutto della collaborazione con più enti del governo centrale e locale, interessati alla produzione ed utilizzo della base dati a cui la rilevazione è finalizzata. Oltre al coinvolgimento della Ragioneria generale dello Stato e, quindi, del Ministero dell'economia e delle finanze, partecipano direttamente alla rilevazione il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, il CISIS con diversi enti locali (Liguria, Piemonte, Veneto, Provincia di Trento, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Campania, Basilicata, Puglia, Sicilia, Sardegna).

L'unità di rilevazione dell'indagine è costituita dai Comuni singoli e dalle loro associazioni quali comprensori e consorzi, oltre che da Comunità montane e da distretti socio-sanitari/ASL che affiancano i Comuni singoli e talvolta li sostituiscono.

Le informazioni raccolte sono articolate in sette aree di utenza dei servizi:

famiglia e minori, persone con disabilità, dipendenze, anziani, immigrati, disagio adulti, multiutenza.

Gli interventi e i servizi sociali sono riconducibili a tre macro-aree: interventi e servizi di supporto, trasferimenti in denaro, strutture.

I dati vengono presentati a livello regionale e di ripartizione geografica.

Da questa indagine sono state estrapolate le seguenti variabili:

- *utenti anziani in assistenza domiciliare socio-assistenziale*, tasso di utilizzo assistenza domiciliare socio-assistenziale, ossia persone anziane che hanno beneficiato durante l'anno di un servizio rivolto a persone parzialmente non autosufficienti o a rischio di emarginazione, che hanno richiesto interventi di cura ed igiene della persona, aiuto nella gestione della propria abitazione, sostegno psicologico, assistenza sociale o socio-educativa a domicilio;
- *utenti anziani beneficiari di contributi economici socio-sanitari*, tasso di utilizzo delle prestazioni economiche socio-sanitarie; sono considerati utenti le persone anziane che hanno beneficiato durante l'anno di benefici economici per spese mediche o, più in generale, per prestazioni sociali a rilevanza sanitaria finalizzati a garantire la permanenza nel nucleo familiare o nell'ambiente di appartenenza, evitando il ricovero in strutture residenziali (voucher).
- *utenti centri diurni*: tasso di utilizzo dei centri diurni, persone anziane che hanno beneficiato durante l'anno di centri sociali di tipo aperto, che svolgono attività di sostegno, socializzazione e recupero.
- *spesa comunale per servizi alternativi nell'area anziani*: spesa pro capite per servizi non residenziali. È stata presa in considerazione la spesa in conto corrente di competenza impegnata nell'anno di riferimento per l'erogazione dei servizi o degli interventi (unità di euro). I servizi considerati sono stati: assistenza domiciliare socio-assistenziale, ADI, contributi economici socio-sanitari, centri diurni. Sono comprese: spese per il personale, spese per l'affitto di immobili o attrezzature, spese per l'acquisto di beni e servizi. Gli importi sono stati considerati al netto dell'eventuale compartecipazione degli utenti e del Sistema Sanitario Nazionale.

### **2.2.5. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**

I dati relativi all'ADI sono stati reperiti dal Sistema Informativo Sanitario del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali attraverso la compilazione da parte delle ASL del Modello FLS 21 sull'Attività di assistenza sanitaria di base ( Allegato 1).

L'assistenza domiciliare integrata si esplica quando, per motivi di organizzazione sanitaria o per ragioni sociali, si ritenga necessaria un'assistenza alternativa al ricovero. Infatti l'ADI è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni di medicina generale; medicina specialistica; infermieristiche domiciliari e di riabilitazione; aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle aziende; assistenza sociale. È realizzata mediante l'integrazione professionale tra i diversi professionisti e tra essi e le altre figure dell'assistenza territoriale, in un sistema integrato, anche di prestazioni, che complessivamente offra una risposta globale al bisogno di salute della persona non autosufficiente. Tale tipologia di assistenza, in rapporto alle specifiche esigenze di ciascun soggetto al fine di evitarne il ricovero, può essere attivata per i seguenti motivi: malati terminali, malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi, incidenti vascolari acuti, gravi fratture in anziani, forme psicotiche acute gravi, riabilitazione di vario genere, malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro), dimissioni protette da strutture ospedaliere.

Il servizio ha inizio, col consenso del medico di assistenza primaria, a seguito di una segnalazione al responsabile delle attività sanitarie a livello del distretto nel quale ha la residenza l'interessato. La segnalazione può avvenire da parte di una delle seguenti figure: medico di assistenza primaria; responsabile del reparto ospedaliero all'atto delle dimissioni; assistente sociale; familiari del paziente. Entro 48 ore dalla segnalazione ricevuta il medico del distretto attiva o meno le procedure e prende contatto con il MMG per attivare l'intervento integrato, dopo aver recepito il consenso del malato o dei suoi familiari. Ove il medico del distretto non ritenga necessaria l'attivazione dell'ADI per il caso proposto dal medico di famiglia, deve darne motivata comunicazione entro 24 ore dalla richiesta di attivazione al medico di assistenza primaria e ai familiari dell'assistito interessato.

Nel caso in cui la proposta di ADI sia approvata, il sanitario responsabile a livello distrettuale e il medico di assistenza primaria concordano:

- la durata presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata;
- la tipologia degli altri operatori sanitari coinvolti;
- le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale da avanzare al responsabile distrettuale delle relative attività;

- la cadenza degli accessi del MMG al domicilio del paziente in relazione alla specificità del processo morboso in corso e agli interventi sanitari e sociali necessari, tenendo conto della variabilità clinica di ciascun caso;
- i momenti di verifica comune all'interno del periodo di effettuazione del servizio.

Il medico di assistenza primaria nell'ambito del piano di interventi ha la responsabilità unica e complessiva del paziente; tiene la scheda degli accessi fornita dalla Azienda presso il domicilio del paziente sul quale gli operatori sanitari riportano i propri interventi; attiva le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali programmati; coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente. Gli accessi del medico al domicilio del paziente devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze stabilite. L'assistenza può essere sospesa in qualsiasi momento sia dal medico di assistenza primaria sia dalla Azienda, con decisione motivata e con preavviso di almeno 7 giorni, salvaguardando in ogni caso le esigenze socio-sanitarie del paziente.

Da questa fonte dati è stato calcolato il tasso di utilizzo dell'ADI, rapportando il *numero di utenti di 65 anni e più assistiti in ADI alla popolazione residente di pari età*.

### 2.2.6. Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

La Scheda di Dimissione Ospedaliera è stata istituita dal Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali a partire dal 1995. La rilevazione ha periodicità annuale ed è effettuata mediante la raccolta di dati da tutti gli istituti di cura pubblici e privati convenzionati (per il tramite delle Regioni) per ogni paziente dimesso (compresi i deceduti e, dal 1998, i nati sani, esclusi i nati morti).

Le SDO si riferiscono alle dimissioni e non ai dimessi, cioè al numero di eventi e non al numero di persone (una stessa persona può subire più di un ricovero nel corso dell'anno).

La rilevazione permette di avere informazioni su:

- caratteristiche socio-demografiche dell'individuo: età, sesso, luogo di nascita, luogo di residenza, stato civile;
- aspetti del ricovero: durata della degenza, diagnosi alla dimissione, eventuali diagnosi secondarie, interventi chirurgici o procedure diagnostiche-terapeutiche, eventuale decesso, ricovero in day-hospital.

Le diagnosi e le procedure riportate nella SDO fanno riferimento alla versione italiana del 2002 dell'International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification (ICD9CM), manuale che riporta la lista ufficiale dei codici e delle descrizioni di malattie, traumatismi, interventi chirurgici e procedure diagnostiche e terapeutiche.

Dalla banca dati SDO sono state considerate le seguenti variabili:

- *ricoveri inappropriati per anziani 65 anni e più sia nella regione di residenza che fuori di essa*. Tasso di ricoveri inappropriati di dimessi con età di 65 anni e più. Sono stati selezionati i ricoveri appartenenti ai 43 DRG a rischio di inappropriata degenza in regime di degenza ordinaria secondo il DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli di Assistenza" allegato 2C. Sono stati considerati solo quelli di tipo medico e chirurgico con durata superiore ad un giorno;

- *ricoveri in "lungodegenza" di anziani 65 anni ed oltre sia nella regione di residenza che fuori di essa*. Tasso di ricoveri in lungodegenza di dimessi con età di 65 anni e più. Sono stati considerati i ricoveri di tipo medico con degenza superiore ai 30 giorni ( $\geq 30$ ) e quelli di riabilitazione.

### 2.2.7. Popolazione residente comunale per sesso, età e stato civile (POSAS)

Con tale rilevazione, avviata il 1.1.1993, si richiede a ciascun Comune di trasmettere all'Istat la distribuzione per sesso, anno di nascita e stato civile della popolazione iscritta in Anagrafe. Il modello di rilevazione viene compilato sulla base del conteggio delle schede individuali di residenza, conservate nell'anagrafe del comune alla data del 31 dicembre di ogni anno. I dati aggregati distinti per sesso, anno di nascita e stato civile sono diffusi nei primi mesi dell'anno successivo alla rilevazione.

La rilevazione costituisce un'importante fonte informativa sulla struttura demografica della popolazione a livello comunale, che, prima del suo avvio, risultava disponibile solamente in occasione del Censimento.

Quasi tutti gli indicatori utilizzati per lo studio sono stati calcolati ponendo al denominatore la popolazione di 65 anni e più (reperita dalle indagini POSAS o Multiscopo) relativa all'anno 2004. Nella Tavola 6 si riporta la lista degli indicatori selezionati per lo studio.

Tavola 6: Lista degli indicatori selezionati

Bisogno non soddisfatto di Assistenza Domiciliare	Anziani che non hanno usufruito di assistenza domiciliare ma che ne avrebbero bisogno / Anziani che non hanno assistenza domiciliare *10.000
Vivere Solo	Anziani che vivono soli / Anziani da indagine *10.000
Risorse Giudicate Scarse	Anziani con risorse economiche giudicate scarse o assolutamente inadeguate / Anziani da indagine *10.000
Disabilità	Anziani con disabilità/ Anziani da indagine *10.000
Classe sociale bassa	Famiglie con almeno una persona anziana con classe sociale bassa / Famiglie con almeno un anziano da indagine *10.000
Titolo studio basso	Anziani con titolo di studio basso / Anziani da indagine *10.000
Cattiva percezione del proprio stato di salute	Anziani che percepiscono come male o molto male la propria salute / Anziani da indagine *10.000
Aiuti da Amici Vicini Parenti	Famiglie con almeno una persona anziana con amici, vicini, parenti disponibili in caso di bisogno / Famiglie con almeno una persona anziana da indagine *10.000
Aiuti ricevuti	Famiglie con almeno una persona anziana che hanno ricevuto gratuitamente almeno un aiuto nelle ultime 4 settimane / Famiglie con almeno una persona anziana da indagine *10.000
Assistenza privata	Famiglie con almeno una persona anziana che hanno una persona a pagamento che assiste un anziano / Famiglie con almeno una persona anziana da indagine *10.000
Spesa comunale per Servizi alternativi	Spesa netta per servizi alternativi area anziani / Popolazione media di 65 anni e più da POSAS
Utenti in Assistenza Domiciliare Socio Assistenziale	Utenti anziani dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale / Popolazione media di 65 anni e più da POSAS *10.000
Beneficiari Contributi Socio Sanitari	Utenti anziani dei contributi economici socio-sanitari / Popolazione media di 65 anni e più da POSAS *10.000
Utenti Centri Diurni	Utenti anziani dei centri diurni / Popolazione media di 65 anni e più da POSAS *10.000
Posti letto Pubblici	Posti letto pubblici / Popolazione al 31/12/2004 da POSAS *10.000
Posti letto for Profit	Posti letto for profit / Popolazione al 31/12/2004 da POSAS *10.000
Posti letto non Profit	Posti Letto non Profit / Popolazione al 31/12/2004 da POSAS *10.000
Ricoveri Inappropriati	Tassi di ricoveri inappropriati / Popolazione media di 65 anni e più da POSAS *10.000
Ricoveri in Lungodegenza	Tassi di ricoveri in lungodegenza / Popolazione media di 65 anni e più da POSAS *10.000
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	Utenti di 65 anni e più dell'ADI/ Popolazione media di 65 anni e più da POSAS *10.000
Popolazione ultraottantenne	Popolazione Media POSAS 80+ / Popolazione media di 65 anni e più da POSAS *10.000

### 3. Metodologia d'analisi

Nella prima parte dello studio sono state condotte analisi statistiche di tipo descrittivo al fine di descrivere le diverse tipologie organizzative regionali di assistenza a lungo termine degli anziani. La seconda parte dell'analisi è stata effettuata a livello di Asl<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> Gli indicatori selezionati provengono da fonti dati diverse e sono stati calcolati per il livello territoriale minimo disponibile: Regione per "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" e per "Famiglie e soggetti sociali"; Province per l'Indagine sui Presidi residenziali socio-assistenziali e per quella sugli Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati; Asl per tutte le altre fonti. Il valore dell'indicatore per Asl è stato quindi ottenuto assegnando sempre lo stesso valore a tutte le appartenenti alla stessa Regione o Provincia.

L'offerta di servizi sanitari di lungo assistenza ed i bisogni della popolazione sono misurati mediante i seguenti indicatori:

- posti letto in strutture residenziali socio-assistenziali per 10,000 abitanti di 65 anni e più;
- prevalenza della disabilità tra le persone di 65 anni e più.

Per questi indicatori sono stati individuati i terzili delle due distribuzioni definendo così tre classi, corrispondenti a livelli crescenti di bisogno e di offerta di posti letto di LTC.

Combinando i tre livelli di offerta con i tre livelli di bisogno sono state individuate nove combinazioni.

Le Asl sono state quindi classificate nei tre gruppi seguenti: I Gruppo composto dalle Asl con basso livello di offerta di posti letto in LTC e alto livello di bisogno di LTC; II Gruppo formato dalle Asl con alto livello di offerta di posti letto in LTC e basso livello di bisogno di LTC; III Gruppo costituito dalle Asl sanitarie che mostrano livelli bilanciati di offerta di posti letto in LTC e bisogni di cura di lungo periodo.

La classificazione delle Asl nei tre gruppi sintetizza il confronto tra offerta di cure di LTC e bisogno potenziale della popolazione. L'ipotesi su cui poggia questa sintesi è che le Asl che hanno un determinato rank, nella graduatoria stilata sulla base del bisogno, abbiano la stessa posizione nella graduatoria basata sull'offerta. Rank discordanti starebbero a testimoniare una probabile incoerenza tra offerta e bisogno potenziale.

Un primo limite di questa metodologia risiede nell'errore che si compie approssimando il bisogno potenziale di LTC con una sua proxy (prevalenza delle persone con disabilità tra la popolazione superiore a 65 anni di età). Un secondo limite è rappresentato dall'approssimazione che si compie descrivendo l'offerta e il bisogno con solo tre livelli, individuati sulla base dei terzili delle distribuzioni delle Asl per numero di posti letto di LTC e per prevalenza della disabilità nella popolazione anziana.

Il vantaggio evidente della metodologia utilizzata è rappresentato dalla semplicità con la quale si perviene alla sintesi e al confronto tra le due dimensioni analizzate.

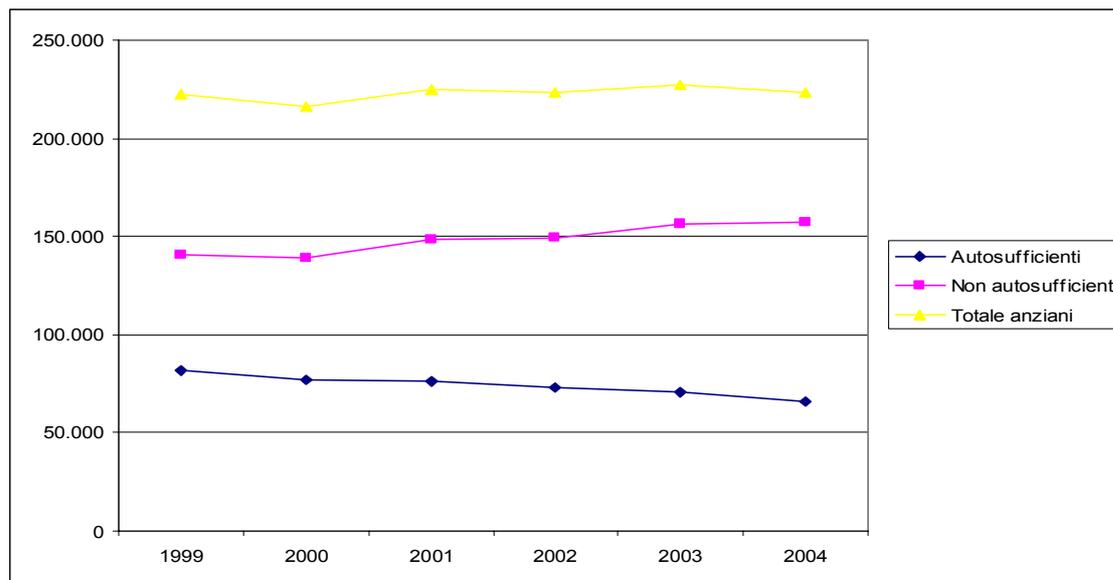
Ciascuno dei tre gruppi di Asl è stato analizzato alla luce dei restanti indicatori selezionati quali: tipologia familiare, classe sociale di appartenenza, aiuti formali ed informali da parte di parenti e amici, forme alternative o inappropriate di assistenza per anziani (per es. ADI, ricoveri inappropriati e ricoveri di lungodegenza all'interno e al di fuori della regione di residenza). Per ogni indicatore, è stato applicato il test dell'Anova per il confronto tra le medie delle tre categorie di Asl predeterminate e valutarne così la presenza o meno di differenze statisticamente significative, fissando il livello di significatività  $\alpha=0,05$ .

#### **4. Risultati**

Tra il 1999 e il 2004 la popolazione di oltre 65 anni è aumentata del 10,1% (da 10.225.000 a 11.254.000).

Passando ad analizzare la popolazione anziana ospite dei presidi residenziali socio-assistenziali si evidenzia un aumento negli ultimi anni degli anziani non autosufficienti ospiti delle strutture residenziali e la corrispondente diminuzione degli ospiti autosufficienti (Figura 2). Si è assistito, inoltre, all'aumento di strutture con elevati livelli di integrazione socio-sanitaria, come le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), mentre sono diminuite di anno in anno le strutture per anziani autosufficienti. La percentuale di anziani istituzionalizzati di 80 anni e più è aumentata dal 63% nel 1999 al 70% nel 2004. Si osserva anche un aumento di anziani tra gli utenti in ADI pari al 68% nel periodo analizzato (da 186.222 a 314.122).

Figura 2: Anziani ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali per tipo di autosufficienza – Anni 1999-2004.



Fonte: Indagine sui Presidi residenziali socio-assistenziali- Istat

La popolazione anziana è costituita per il 58% da donne.

Il titolo di studio è prevalentemente basso per entrambi i sessi: la popolazione con al massimo la licenza media è l'82% nella popolazione maschile e l'89% in quella femminile. Il 30% delle donne ed il 45% degli uomini svolgono una attività lavorativa. Le ultrasessantacinquenni vivono da sole più frequentemente: 37% delle donne vs 14% degli uomini.

Le strutture residenziali selezionate ai fini dello studio sono quasi 4,000 sull'intero territorio nazionale. L'analisi regionale evidenzia che tali strutture sono concentrate prevalentemente al Nord con circa 330 posti letto per 10,000 anziani residenti; segue il Centro con 154 posti letto ed infine il Sud con meno di 96 posti letto.

All'interno delle ripartizioni, emerge una discreta variabilità, sia a livello regionale che provinciale. Al Nord i valori regionali dei posti letto sono sempre superiori alla media nazionale (221 posti letto per 10,000 anziani): il valore più alto si ha nella Provincia Autonoma di Trento (525) seguita dalla Valle D'Aosta e dal Piemonte con più di 400 posti letto, mentre il valore più basso si registra in Emilia Romagna (261). Al Centro i valori sono sempre al di sotto della media nazionale, ad esclusione delle Marche (225). Al Sud si va da un minimo di 53 posti letto in Campania ad un massimo di 178 in Molise.

Gli anziani trattati a casa sono circa 313.000 (278 ogni 10.000 residenti di 65 anni e più). Si osserva un'alta variabilità a livello nazionale: si passa da nessun assistito in ADI nella Provincia Autonoma di Trento a 484 ogni 10,000 residenti di 65 e più in Emilia Romagna.

I dati relativi alla spesa socio-assistenziale dei Comuni rivolta agli anziani confermano un gradiente Nord-Sud: la Provincia Autonoma di Bolzano e la Valle d'Aosta hanno il più alto valore di spesa con rispettivamente 375 e 354 euro pro-capite, mentre la Calabria registra il valore più basso pari a 7.60 euro pro-capite.

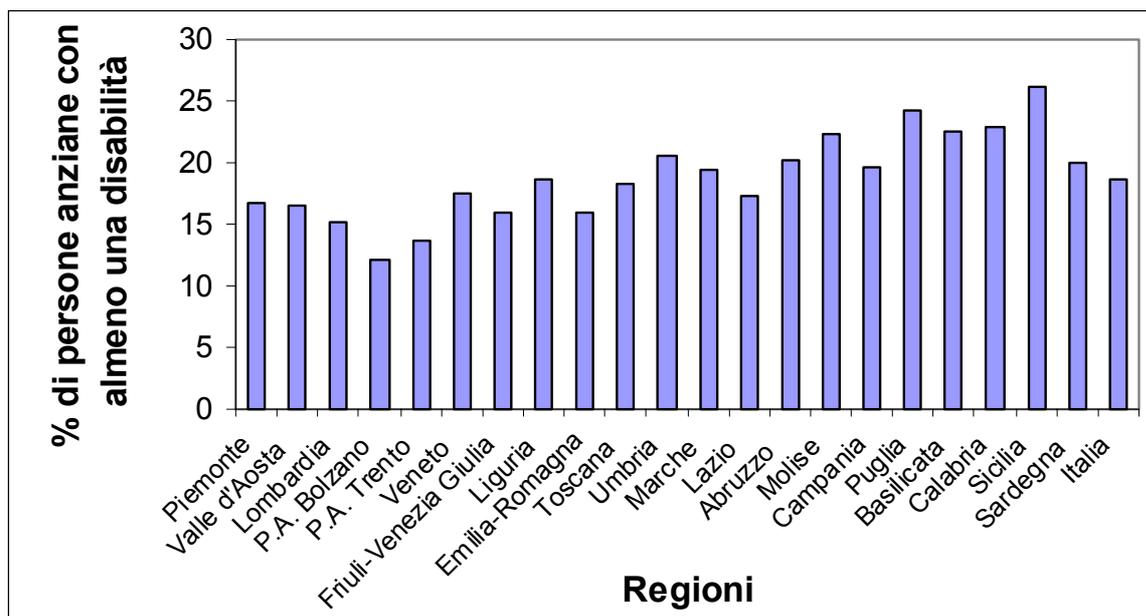
Per capire se le differenze geografiche sono legate a differenti bisogni di salute o alla presenza sul territorio di servizi alternativi di tipo socio-sanitario, sono state analizzate anche le condizioni di salute degli anziani, in quanto costituiscono sicuramente una dei principali fattori che influenzano i bisogni delle persone.

Dall'analisi effettuata si evidenzia che il 16% delle donne ed il 24% degli uomini percepiscono il loro stato di salute come "male o molto male", mentre c'è un'alta percentuale di persone con una percezione discreta, buona o molto buona del proprio stato di salute.

I tassi di prevalenza della disabilità più elevati tra le donne (22% vs 13% degli uomini) con un gradiente Nord-Sud: i valori più bassi si registrano in Lombardia (10%) per gli uomini e nella

Provincia Autonoma di Bolzano (12%) per le donne; mentre il massimo valore per entrambi i sessi spetta alla Sicilia (19% per gli uomini ed il 32% per le donne) come evidenziato in Figura 3.

Figura 3: Prevalenza della disabilità per regione. Anno 2004.



Fonte: Indagine Multiscopo- Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari- Istat

L'attività di assistenza dell'anziano nella vita di tutti i giorni è spesso demandata alla rete informale che circonda l'ultrasessantacinquenne. In particolare il 18% delle famiglie con almeno una persona anziana riceve aiuti da parenti non conviventi. I valori oscillano tra la Sardegna con il 22% di famiglie con almeno una persona anziana che ha ricevuto almeno un aiuto da familiari non conviventi e la Valle d'Aosta con il 13%. Inoltre, il 16% delle famiglie con almeno un anziano può contare sull'aiuto di parenti, amici e vicini in caso di bisogno; la rete sociale sembra essere più sviluppata in Molise e Toscana (22%), mentre in Abruzzo si osserva la percentuale più bassa (11%).

Il ricorso ad una assistenza a pagamento da parte delle famiglie con almeno una persona anziana è molto bassa, con valori che si aggirano intorno al 3%.

Quando il bisogno di assistenza si trasforma in un bisogno di cura, gli aiuti informali sono insufficienti e le strutture ospedaliere si trovano a far fronte alla mancanza di servizi più appropriati. Diventa, pertanto, fondamentale quantificare i ricoveri inappropriati per acuti e quelli di lungodegenza.

Per quanto riguarda i ricoveri inappropriati per acuti di dimessi di 65 anni e più sono circa 400.000 (il 12% dei ricoveri totali per acuti di pazienti ultrasessantacinquenni). Il 5% dei ricoveri inappropriati avvengono fuori la regione di residenza con valori maggiori ovviamente nelle piccole regioni quali la Valle d'Aosta (26%), la Basilicata (18%), la Provincia Autonoma di Trento (13%) ed il Molise (12%). Nelle altre regioni la percentuale raggiunge al massimo il 9% in Liguria e Calabria.

Relativamente ai ricoveri di lungodegenza, ci sono circa 130.000 dimessi anziani di 65 anni e più (4% del totale di ricoveri). Circa il 7% di questi ricoveri avvengono in una regione diversa da quella di residenza. A livello regionale si osserva una forte variabilità, si passa dal 35% in Basilicata, al 17-18% in Umbria, Molise e Calabria, fino ad arrivare al 12-14% in Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria e Sicilia. Non si osservano differenze di genere tra le diverse regioni.

L'analisi per Asl permette di analizzare con maggiore dettaglio le differenze emerse dall'analisi descrittiva (Tavola 7).

Tavola 7: Indicatori per gruppi di Asl - Anno 2004 (tassi per 10 mila abitanti).

Variabili di contesto	I GRUPPO	II GRUPPO	III GRUPPO	Medie Totali	significatività*
Bisogno non soddisfatto di Assistenza Domiciliare	2.148,1	976,0	1.312,5	1.482,9	S
Vivere solo	2.575,6	2.850,9	2.476,0	2.671,9	S
Risorse Giudicate Scarse	3.699,9	3.534,9	3.614,3	3.612,8	NS
Classe sociale bassa	5.203,6	4.997,7	4.656,0	5.003,5	S
Titolo studio basso	8.848,3	8.595,4	8.695,3	8.711,0	S
Percezione proprio stato di salute	2.459,0	1.685,0	2.060,3	2.051,9	S
Aiuto di Amici Vicini Parenti	1.720,4	1.620,9	1.736,0	1.683,1	NS
Aiuti ricevuti	1.971,4	1.752,5	1.831,7	1.853,1	S
Assistenza privata	305,8	220,0	315,1	272,1	S
Spesa comunale servizi alternativi**	29,5	76,5	30,7	49,8	S
Utenti Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale	174,1	185,0	140,1	171,6	NS
Beneficiari Contributi Socio-Sanitari	23,6	131,4	30,6	71,2	S
Utenti Centri Diurni	77,6	76,7	149,4	91,6	S
Ricoveri Inappropriati nella Regione	563,1	391,3	382,6	453,6	S
Ricoveri Inappropriati fuori Regione	45,9	15,6	27,9	29,5	S
Ricoveri di Lungo-Degenza nella Regione	70,0	121,0	94,5	96,8	S
Ricoveri di Lungo-Degenza fuori Regione	9,8	6,0	8,1	7,8	S
ADI	208,9	376,7	324,6	304,2	S
Anziani 80 anni e più	459,2	527,1	583,4	513,7	S

\* Test dell'Anova per il confronto tra le medie dei tre gruppi di Asl (S=significativo; NS=non significativo).

\*\* valori procapite.

Gli indicatori “Risorse giudicate scarse” e “Utenti di assistenza domiciliare socio-assistenziale” non sono statisticamente significativi ( $p=0,122$ ).

In particolare il I gruppo (Basso livello di residenzialità e alto livello di prevalenza di disabilità) è caratterizzato da un alto numero di anziani con bisogni insoddisfatti di assistenza domiciliare (2.148,1 per 10.000 anziani senza assistenza domiciliare). Si osserva anche un maggior numero di ricoveri ospedalieri inappropriati sia nella regione di residenza (563,1 ricoveri per 10.000 residenti) che fuori (45,9 ricoveri per 10.000 residenti) ed una alta quota di famiglie con almeno un anziano che ha ricevuto gratuitamente nelle ultime 4 settimane almeno un aiuto (economico, nelle attività domestiche o nell'espletamento di pratiche burocratiche) da parte di qualche familiare (1.971,4 famiglie con anziani che hanno ricevuto aiuto per 10.000 famiglie della stessa tipologia). Il ricorso inappropriato all'ospedale e alla rete informale è affiancato da un basso numero di utenti assistiti in ADI (208,9 anziani assistiti in ADI per 10.000 residenti), dalla bassa spesa comunale per servizi socio-assistenziali alternativi (29,5 euro pro-capite) e da una quota ridotta di beneficiari di contributi socio-sanitari (23,6 anziani beneficiari per 10.000 residenti). Tali indicatori risultano statisticamente differenti rispetto agli altri due gruppi. Le Asl del Molise, Puglia, Basilicata, Calabria, Umbria e Sicilia fanno parte di questo gruppo, come pure la maggior parte delle Asl di Abruzzo, Campania e Sardegna (Tavola 8). In questo gruppo, quindi, gli indicatori hanno evidenziato una mancanza di assistenza di tipo residenziale e domiciliare con bisogni assistenziali espressi in termini sia sanitari sia sociali. In mancanza di servizi appropriati tali bisogni hanno trovato una risposta alternativa nell'ospedale e negli aiuti informali, come evidenziato dagli alti livelli di ricoveri inappropriati all'interno e fuori della regione di residenza e dall'alta quota di anziani che hanno ricevuto aiuti gratuitamente da parte dei familiari.

Il II gruppo (Alto livello di residenzialità e basso livello di prevalenza di disabilità) è caratterizzato dal più alto valore di servizi alternativi quali: la quota di anziani in assistenza domiciliare socio-assistenziale (185,0 utenti in assistenza domiciliare socio-assistenziale per 10.000 anziani); i ricoveri in lungodegenza nella regione di residenza (121,0 ricoveri per 10.000 residenti); la quota di utenti assistiti in ADI (376,7 anziani assistiti in ADI per 10.000 residenti) ed il numero di beneficiari dei contributi socio-sanitari (131,4 beneficiari anziani per 10.000 residenti). Inoltre, sebbene si osservi un

maggior numero di anziani che vive solo (2850,9 anziani per 10.000 residenti), si assiste anche ad un più basso numero di anziani con un bisogno insoddisfatto di cure domiciliari (976,0 anziani con bisogno di assistenza domiciliare insoddisfatto per 10.000 anziani). A questo gruppo appartengono prevalentemente le Asl del Nord. In particolare tutte le Asl delle Province Autonome di Trento e Bolzano, della Valle d'Aosta, del Piemonte e Friuli Venezia Giulia, ed in misura prevalente quelle dell'Emilia Romagna, Veneto e Lombardia (Tavola 8).

Il III gruppo (Livello di residenzialità e di prevalenza di disabilità uguale) è caratterizzato dalla presenza di una ampia rete informale con una quota di famiglie con almeno un anziano che ha ricevuto aiuti gratuitamente da parte di un familiare nelle ultime 4 settimane pari a 1.831,7 per 10.000 famiglie aventi almeno un anziano. Si osserva inoltre una quota maggiore di utenti anziani nei centri diurni (149,4 per 10.000 residenti) e di assistenza privata a pagamento (315,1 famiglie aventi almeno un anziano con assistenza a pagamento per 10.000 famiglie aventi almeno un anziano), mentre si osserva un basso numero di ricoveri inappropriati all'interno della regione di residenza (382,6 ricoveri inappropriati per 10.000 residenti). Si osserva anche la più alta quota di ultraottantenni (583,4 anziani per 10.000 residenti). Appartengono a questo gruppo prevalentemente le Asl di Liguria, Toscana e Marche (Tavola 8).

Tavola 8: Aziende Sanitarie locali (ASL) per livelli di offerta e bisogno, regione e ripartizione territoriale. Anno 2004. (Numero).

<b>Ripartizioni</b>	<b>Regioni</b>	<b>I GRUPPO: Minore Offerta Maggiore Bisogno</b>	<b>II GRUPPO: Maggiore Offerta Minore Bisogno</b>	<b>III GRUPPO: Adeguato</b>	<b>Totale ASL</b>
Nord	Piemonte		15	4	19
	Valle d'Aosta		1		1
	Lombardia		13	2	15
	Bolzano		4		4
	Trento		1		1
	Veneto		21		21
	Friuli Venezia Giulia		6		6
	Liguria	1	1	3	5
	Emilia Romagna*		9	1	10
Centro	Toscana	3	1	8	12
	Umbria	3		1	4
	Marche		4	9	13
	Lazio	4		5	9
Sud	Abruzzo	3		3	6
	Molise	4			4
	Campania	11		2	13
	Puglia	12			12
	Basilicata	5			5
	Calabria	11			11
	Sicilia	9			9
	Sardegna	5	3		8
	Italia	71	79	38	188

\*Manca la Asl di Parma

Fonte: Elaborazioni Istat su dati Istat e Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

## 5. Discussione e conclusione

Lo studio si è focalizzato sulla relazione tra l'offerta di posti letto residenziali in LTC e i bisogni potenziali di cura della popolazione anziana, tenendo conto di alcune caratteristiche del contesto socio-sanitario, dell'offerta di servizi alternativi e complementari, includendo sia l'assistenza domiciliare che la cura informale.

L'applicazione di questo approccio al contesto italiano ha mostrato come l'offerta di posti letto residenziali in LTC per gli anziani varia sostanzialmente tra le regioni italiane, mettendo in luce alcune incongruenze tra i livelli di offerta e di bisogno di LTC.

Il livello dei bisogni potenziali di cura, stimato attraverso la prevalenza di persone con disabilità di età superiore a 65 anni, segue un gradiente geografico Nord-Sud. Tale andamento è simile a quello osservato per il titolo di studio (percentuale di popolazione con un certificato di scuola elementare: 27.2% al Nord contro il 31.2% al Sud) e per il reddito familiare (reddito netto medio familiare: 36,642 euro al Nord contro i 26,627 euro del Sud). Questi due indicatori, ritenuti una buona proxy dello status socio-economico, sono strettamente legati ai comportamenti individuali, anche essi caratterizzati dagli stessi gradienti geografici che vedono contrapporre il Nord al Sud del Paese (attività fisica, abitudini alimentari, fumo, alcool), i quali rappresentano i principali determinanti delle condizioni di salute.

Passando all'analisi dei gruppi formati sulla base del confronto tra offerta e bisogno potenziale di LTC, il I gruppo rappresenta le Asl con scarsa disponibilità di servizi residenziali se confrontata con il bisogno potenziale. Le Asl che fanno parte di questo gruppo appartengono prevalentemente alle regioni del Sud Italia. In queste regioni i bisogni di cura non soddisfatti dall'offerta potrebbero trovare risposta attraverso le cure informali fornite dai parenti e dai badanti che supportano le famiglie. Un'altra dinamica che si potrebbe attivare in queste regioni è quella secondo la quale, in presenza di una domanda elevata, la carenza di offerta di LTC sia arginata attraverso l'utilizzo improprio di posti letto ospedalieri per le cure intensive. Questa ipotesi trova conferma nel fatto che in queste regioni il tasso di ospedalizzazione a rischio inappropriato è molto superiore rispetto a quello osservato nel Nord del Paese.

Il II gruppo è caratterizzato da un livello di offerta di posti letto di LTC superiore a quello di bisogno e dalla presenza di una quota elevata di utenti di assistenza domiciliare e di altri servizi definiti alternativi alle strutture residenziali. Le Asl che compongono questo gruppo sono in prevalenza del Nord. Gli altri indicatori analizzati mettono in evidenza, per queste regioni, una percentuale maggiore, rispetto al resto del Paese, di anziani che vivono soli, di beneficiari di contributi socio-sanitari e di ricoveri a rischio inappropriato.

Il III gruppo, formato in prevalenza da Asl appartenenti alle regioni del Centro, nonostante l'equilibrio tra i posti letto residenziali in LTC e i bisogni potenziali di cura per gli anziani, è caratterizzato da un alto livello di assistenza privata a pagamento.

L'esercizio svolto nel presente studio testimonierebbe che l'offerta di assistenza di LTC non sia del tutto coerente con i bisogni della popolazione. Questa evidenza potrebbe essere il frutto di scelte allocative non adeguate alla domanda. Le motivazioni di queste scelte allocative non ottimali potrebbero risiedere nella cattiva valutazione dei bisogni della popolazione, o da scelte che hanno privilegiato nel tempo un sistema sanitario focalizzato sulla cura della malattia acuta, lasciando in secondo piano il problema dell'integrazione socio-sanitaria contando, in gran parte, sul supporto della rete familiare, la quale per molti anni è stata in grado di far fronte alla cura degli anziani all'interno delle mura domestiche.

Già nel 1980, di fronte al rapido aumento della popolazione anziana e ai costi crescenti di servizi di assistenza sanitaria e di LTC, molti governi come quelli di Svezia, Danimarca, Olanda e Gran Bretagna hanno scoraggiato la costruzione di altre case di cura e hanno invece proposto di rivolgersi verso nuovi modelli di assistenza domiciliare e "community-based", provando diversi approcci per fornire assistenza di alta qualità e a basso costo al loro domicilio e presso la comunità di appartenenza. Recenti evidenze suggeriscono che le persone anziane e con disabilità tendono a non voler essere istituzionalizzati, e che la famiglia e gli altri assistenti informali preferiscono continuare ad assistere da sé gli anziani in un ambiente amichevole come il loro domicilio e presso la comunità

di appartenenza. Ad esempio, in Sud Corea sono le agenzie di assistenza domiciliare piuttosto che le case di cura a fornire assistenza ai pazienti gravemente invalidi.

Sulla base delle esperienze internazionali, sembra opportuno focalizzare l'attenzione non solo su specifiche modalità di offerta di LTC, ma anche sulle forme di assistenza integrata più adeguate alla domanda. A questo riguardo, un esempio virtuoso è costituito dal centro di accesso alla "community care" il quale potrebbe essere la risposta appropriata per questo obiettivo. Il centro di accesso alla "community care" potrebbe meglio rispondere ai bisogni di cura individuali attraverso: una valutazione multidimensionale dei bisogni degli anziani; la redazione di un progetto di assistenza organizzato, che integri i servizi socio-sanitari e le cure informali al fine di garantire la continuità di cura; il ruolo di uno specifico "case manager", che si faccia garante dell'appropriatezza e del coordinamento del progetto di cura; lo sviluppo di equipe multi-disciplinari composte da operatori sanitari, operatori socio-sanitari e rete informale.

Come suggerito dall'Unione europea, questi sforzi per migliorare la LTC dovrebbero essere adeguatamente supportati da finanziamenti appositamente indirizzati. Gli Stati Membri, infatti, hanno l'incarico di assicurare assistenza sanitaria accessibile, di alta qualità e sostenibile promuovendo un uso razionale delle risorse specialmente attraverso appropriati incentivi a favore di utenti e fornitori di assistenza, e attraverso un appropriato coordinamento tra i sistemi di assistenza e le istituzioni pubbliche e/o private.

ATTIVITA' DI ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

<b>A</b>	<b>DENOMINAZIONE U.S.L.</b>
----------	-----------------------------

<b>B</b>	<b>CODICE REGIONE</b>
	_ _ _ _

<b>C</b>	<b>CODICE U.S.L.</b>
	_ _ _ _

<b>D</b>	<b>ANNO</b>
	_ _ _ _

<b>F</b>	<b>GUARDIA MEDICA</b>	
		<b>NUMERO</b>
	PUNTI	_ _ _ _ _
	MEDICI TITOLARI	_ _ _ _ _
	DI CUI MEDICI CHE USUFRUISCONO DI INDENNITA' DI PIENA DISPONIBILITA'	_ _ _ _ _
	ORE TOTALI	_ _ _ _ _ _
	CONTATTI EFFETTUATI	_ _ _ _ _
	RICOVERI PRESCRITTI	_ _ _ _ _
	MEDICI CON DISPONIBILITA' DOMICILIARE	_ _ _ _ _
	ORE DI APERTURA DEL SERVIZIO	_ _ _ _ _

<b>G</b>	<b>ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA</b>		
		<b>NUMERO</b>	<b>IMPORTO</b> (in migliaia di lire)
	RICETTE DI SPECIALITA MEDICINALI E GALENICI	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
	ASSISTENZA INTEGRATIVA		_ _ _ _ _ _
	TICKET E QUOTE FISSE		_ _ _ _ _ _
	RICETTE ESENTI	_ _ _ _ _	
	-		

<b>H</b>	<b>ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA</b>				
	CASI TRATTATI	_ _ _ _ _	UTENTI IN LISTA DI ATTESA	_ _ _ _ _	
	di cui anziani	_ _ _ _ _			
	ACCESSI DEL PERSONALE MEDICO	_ _ _ _ _			
		TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE	INFERMIERI PROFESSIONALI	ALTRI OPERATORI	TOTALE
	ORE DI ASSISTENZA EROGATA	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _
	di cui ad anziani	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _

<b>I</b>	<b>ASSISTENZA PROGRAMMATA</b>	
	NUMERO DI MEDICI :	_ _ _ _ _
	NUMERO DI AUTORIZZAZIONI CONCESSE :	_ _ _ _ _

Data .....

Il Funzionario responsabile .....

## Bibliografia

- Aprile R, Vespri A. *La spesa pubblica per Long Term Care in ambito EPC-WGA: definizione dell'aggregato, profili di spesa e dinamiche demografiche*, Settembre 2005: 5-13.
- Ballinger G, Zhang J, Hicks V. *Home Care Estimates in National Health Expenditures*. Canadian Institute for Health Information. 2001.
- Bjorkgren MA, Hakkinen U, Finne-Soveri UH, Fries BE. "Validity and reliability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish long-term care facilities". *Scan J Publ Health*. 1999; 27(3):228-234.
- Borgermans L., Nolan M., Philp I. "Europe" in I. Philp (ed) *Family Care of Older People in Europe*, European Commission Directorate, IOS Press, Amsterdam, 2001.
- Botz, C.K., Bestard, S., Demaray, M, Molloy, G. (1993). *Resource Utilization Groups (RUGS): Defining Chronic Care, Rehabilitation and Nursing Home Case Mix in Canada*. Healthcare Management Forum, Winter, 6 (4): 5-11.
- Britannica Concise Encyclopedia
- Brizioli E, Ferrucci L, Masera F, Bernabei R. "Il Sistema RUGs e la sua adattabilità al SSN italiano". *Tendenze nuove*. 1999; 6: 31-34.
- Brizioli E, Bernabei R, Grechi F, Masera F, Landi F, Bandinelli S, Cavazzini C, Gangemi S, Ferrucci L. "Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy". *Aging Clin Exp Res*. 2003; 15(3):243-25.
- Bury M. "Sulla malattia cronica e la disabilità", in *Salute e Società*, a.IV, n.1. *La disabilità tra costruzione dell'identità e cittadinanza*, a cura di P. Fiocco e L. Mori.
- Burke G. "Changing health needs of the elderly demand new policies". *J Am Health Policy*. 1993; 3(5):22-6.
- Carillo E, Garcia-Altes A, Peiro S et al. "Sistema de clasificacion de pacientes en centros de media y larga estancia: los Resource Utilisation Groups, version III. Validacion en Espana". *Rev Gerontol*; 1996; 6: 276-284.
- Carpenter I, Perry M, Challis D, Hope K. "Identification of registered nursing care of residents in English nursing homes using the Minimum Data Set Resident Assessment Instrument (MDS/RAI) and Resource Utilisation Groups version III (RUG-III)". *Age and Ageing*. 2003; 32(3):279-85.
- Cates N. "Trends in care and services for elderly individuals in Denmark and Sweden". *Int J aging Hum Dev*. 1993; 37(4): 271-6.
- Cipolla C, Guarino F, Maturo A. Progetto di ricerca della Fondazione Cesar: *Prospettive di Long Term Care per lo scenario italiano. Verso la definizione di un modello per L.T.C in Italia, tra profili di invecchiamento, protezioni socio-sanitarie e contesto di welfare*. 2006.
- Coda Moscarola F. *L'assistenza di lungo termine agli anziani non autosufficienti (LTC). Un'analisi comparativa e prospettica con un'applicazione alla regione Piemonte*. Rapporto CeRP. 2003.
- Coleman BJ. "European models of long-term care in the home and community". *Int J Health Serv* 1995;25(3):455-74.
- Comino S. "Analisi di casi esteri di assicurazione sanitaria complementare: Australia, Francia e Germania", pubblicato nel testo curato da Nomisma, *I fondi sanitari integrativi. Quale futuro per la sanità italiana?* Franco Angeli, Milano, 2003: 94.
- Comitato Ministero Salute Cure palliative. Ministero della Salute. [www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_publicazioni\\_378\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_publicazioni_378_allegato.pdf)
- Damiani G, Ricciardi G. *Manuale di Programmazione e Organizzazione Sanitaria*. 2006 Idelson-Gnocchi.
- De Vincenti C, *Gli anziani in Europa. Sistemi sociali e modelli di welfare a confronto*, Laterza-Bari-Roma, 2000: 9.
- Due P., Holstein B., Lund R., Modvig J., Avlund K. "Social Relations: Network, Support and Relational Strain". *Social in Science & Medicine*, 1999; 48: 661-673.
- Esping-Andersen G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. New York: Polity Press; 1990.
- European Commission, *The demographic future of Europe – from challenge to opportunity*, October 2006.

- European Commission; Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG, *Long Term Care in European Union*, April 2008. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/news/2008/apr/long\\_term\\_care\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/news/2008/apr/long_term_care_en.pdf)
- France G, *Compatibilità tra decentramento governativo e standard sanitari nazionali: lezioni dal Canada, Governare il federalismo 2001*. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 137-164.
- Fries BE, Cooney LM. "Resource utilization groups. A patient classification system for long-term care". *Med Care*. 1985; 23(2):110-22.
- Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Dowling M. "Case-mix classification of Medicare residents in skilled nursing facilities: resource utilization groups (RUG-T18)". *Med Care*. 1989; 27(9):843-58.
- Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius. "Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III)". *Med Care*. 1994; 32(7): 668-85.
- Fulton TR, Wilden BM. "Patient requirements for nursing care: the development of an instrument". *Can J Nurs Adm*. 1998; 11: 31-51.
- Gibson M, Gregory S, Pandya S. *Long-Term Care in Developed Nations: A Brief Overview*. 2003; 3.
- Guzzanti E, Mastrobuono I., Bova D. "Gli anziani e la non autosufficienza: una sfida sanitaria, sociale e finanziaria". *Ig San Pubbl*; 2002: LVIII (6).
- Health statistics, Key data on health 2002, PANORAMA OF THE EUROPEAN UNION 2002 EDITION*, Data 1970-2001, Eurostat.
- Health at a Glance*. OECD Indicators 2007. Paris 2007. [www.oecd.org](http://www.oecd.org)
- Ikegami N, Fries BE, Takagi Y, Ikeda S, Ibe T. "Applying RUG-III in Japanese long-term care facilities". *Gerontologist* 1994; 34: 628-39.
- Indagine sui Presidi residenziali socio-assistenziali*. Istat 1999-2004.
- Laine J. RUG-III for exploring the association between staffing levels and cost-efficiency in nursing facility care in Finland. *Health Care Manage Rev*. 2006. Jan-Mar;31(1):73-77.
- Laing W. "Financing long-term care: the crucial debate". *Age Concern England*. London 1993.
- La mura G, Gori C, Hanau C, Polverini F, Principi A, Tomassini C. "L'Informazione Statistica sull'assistenza agli anziani in Italia". *Rapporto di Indagine* 2005: 79-86.
- Last Acts. *Means to a better end: a report on dying in America today*. Washington, DC: Last Acts; 2002.
- Leichsenring K. "Developing integrated health and social care services for older persons in Europe". *International Journal of Integrated Care*. 2004; 4: 1-15.
- Ljunggren G, Fries B, Winblad U. "International validation and reliability testing of a patient classification system for longterm care". *Eur J Gerontology*.1992; 1: 372-83.
- Mauri L, Pozzi A. *Le politiche di long-term care in Italia. I principali nodi del dibattito*. 2007.
- McCarthy ST, Lindsay-Smith E, Matsakidis D, Benson CG. "The Resident Classification Scale". *Med J Aust*. 1997; 167(8): 455.
- Ministero della Salute, Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. *Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali*. [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_733\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_733_allegato.pdf)
- Ministero della Salute. Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di Assistenza. *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*. [www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_772\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_772_allegato.pdf)
- Morosini P, Gigantesco A, Cialdea L. "VALGRAF. Una nuova soluzione grafica per la valutazione longitudinale dello stato funzionale degli anziani ricoverati in reparti per lungodegenti ed in case protette". *Geront*.1993; 3(5)111-124.
- Morosini P, Gigantesco A. "VALGRAF: uno strumento per la valutazione longitudinale dell'anziano". In: Cester A, Piergentili P, Senin U. *La Valutazione Multidimensionale Geriatrica*. Edizioni Vega, 1999.
- Morris JN, Nonemaker S, Murphy K et al. "A commitment to change: Revision of HCFA's RAI". *J Am Geriatr Soc*. 1997; 45:1011-1016.
- National Association for Home Care. 1996. [www.nahc.org/Consumer/contents.html](http://www.nahc.org/Consumer/contents.html)
- Organization for Economic Cooperation and Development. *Long term care for elderly people 2005*. Paris 2005. [www.oecd.org](http://www.oecd.org)

- Organization for Economic Cooperation and Development. *Disability trends among elderly people: re-assessing the evidence in 12 OECD countries*. OECD, Paris. 2006.
- OECD Health Working Papers. *Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications*. 2007.
- Organization for Economic Cooperation and Development. *Long-term care: a complex challenge..* OECD Observer 2007. [www.oecd.org](http://www.oecd.org)
- Pesaresi F, Gori C. *Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa*. 2003
- Pesaresi F., Simoncelli M. “Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione”, in *Tendenze Nuove*, n. 2/2008, Il Mulino Editore, 2008.
- Pesaresi F., “Le cure domiciliari per anziani in Italia”, in “Prospettive sociali e sanitarie”, n.15/2007.
- Istituto Nazionale di Statistica: Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari; Statistiche in breve. Roma; 2005  
[http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non\\_calendario/20070302\\_00/](http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070302_00/)
- Progetto di ricerca finalizzata ex. Art 12 D.Lgs 502/92: “La condizione dell’anziano non autosufficiente - Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive” [www.assr.it](http://www.assr.it)
- Punto unico di accesso, presa in carico, continuità assistenziale. *Monitor* 21 (2S). 2008.
- Rapporto Long Term Care 2005. Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Ministero della Salute 2005.
- Robine J-M, Michel J-P, Herrmann FR. „Who will care for the oldest people in our ageing society?” *BMJ* 2007; 334: 570-571.
- Saltman RB, Dubois HFW, Chawla M. “The impact of aging on long-term care in Europe and some potential policy responses”. *Int J Health Serv*. 2006; 36 (4): 719-746.
- Sperimentazione di una serie di indicatori per la misura della continuità assistenziale” Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. [http://www.assr.it/ricerca/ricerca\\_2005/continuita\\_assist.htm](http://www.assr.it/ricerca/ricerca_2005/continuita_assist.htm)
- Spillman B, Lubitz J. “The effect of longevity on spending for acute and long term care”. *New England Journal of Medicine* 2000; 342(19): 1409-15.
- Spillman B, Black K. “Staying the Course: Trends in Family Caregiving” AARP, 2005.
- Studio sulla tematica della non autosufficienza. Istat. Sistema di informazione statistica sulla disabilità. <http://www.disabilitaincifre.it/descrizioni/Terzo%20rapporto%20non%20autosufficienza.pdf>
- “The SUPPORT of Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: the study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatment”. *Journal of the American Medical Association* 1995; 274:1591-8.
- Tolomelli M. *Sistema federale e Welfare. L’esempio della Germania*. Istituto per il lavoro. 2003. [www.fiopl.it/docs/progetti/sistema\\_federale\\_e\\_welfare.pdf](http://www.fiopl.it/docs/progetti/sistema_federale_e_welfare.pdf)
- Topinkova E. et al. “Case-mix classification in post-acute and long-term care. Validation of Resource Utilization Groups III (RUG-III) in the Czech Republic”. *Cas Lek Cesk*. 2. 2000; 139(2):42-48
- Trabucchi M.. *I vecchi, la città e la Medicina*. 2007. Il Mulino.
- Walker A, Naegele G, editors. *The politics of old age in Europe*. Buckingham: Open University Press; 1999.
- Wagner EH, Davis C, Schaefer J et al. “A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature?” *Managed care quarterly*. 1999; 7: 56-66.
- White C, Pizer SD, White AJ. “Assessing the RUG-III resident classification system for skilled nursing facilities”. *Health Care Financ Rev*. 2002; 24(2):7-15.
- Wiener J M, Tilly J. „End-of-life care in the United States: policy issues and model programs of integrated care”. *International Journal of Integrated Care*. 2003; 3 (7): 1568-4156.

## Contributi ISTAT(\*)

- 1/2006 – Ennio Fortunato – *L'analisi integrata delle esigenze informative dell'utenza Istat: Il contributo del Sistema di Indicatori Territoriali*
- 2/2006 – Francesco Altarocca – *I design pattern nella progettazione di software per il supporto alla statistica ufficiale*
- 3/2006 – Roberta Palmieri – *Le migranti straniere: una lettura di genere dei dati dell'osservatorio interistituzionale sull'immigrazione in provincia di Macerata*
- 4/2006 – Raffaella Amato, Silvia Bruzzone, Valentina Delmonte e Lidia Fagiolo – *Le statistiche sociali dell'ISTAT e il fenomeno degli incidenti stradali: un'esperienza di record linkage*
- 5/2006 – Alessandro La Rocca – *Fuzzy clustering: la logica, i metodi*
- 6/2006 – Raffaella Cascioli – *Integrazione dei dati micro dalla Rilevazione delle Forze di Lavoro e dagli archivi amministrativi INPS: risultati di una sperimentazione sui dati campione di 4 province*
- 7/2006 – Gianluca Brogi, Salvatore Cusimano, Giuseppina del Vicario, Giuseppe Garofalo e Orietta Patacchia – *La realizzazione di Asia Agricoltura tramite l'utilizzo di dati amministrativi: il contenuto delle fonti e i risultati del processo di integrazione*
- 8/2006 – Simonetta Cozzi – *La distribuzione commerciale in Italia: caratteristiche strutturali e tendenze evolutive*
- 9/2006 – Giovanni Seri – *A graphical framework to evaluate risk assessment and information loss at individual level*
- 10/2006 – Diego Bellisai, Annalisa Lucarelli, Maria Anna Pennucci e Fabio Rapiti – *Feasibility studies for the coverage of public institutions in sections N and O*
- 11/2006 – Diego Bellisai, Annalisa Lucarelli, Maria Anna Pennucci e Fabio Rapiti – *Quarterly labour cost index in public education*
- 12/2006 – Silvia Montagna, Patrizia Collesi, Florinda Damiani, Danila Fulgenzio, Maria Francesca Loporcario e Giorgia Simeoni – *Nuove esperienze di rilevazione della Customer Satisfaction*
- 13/2006 – Lucia Coppola e Giovanni Seri – *Confidentiality aspects of household panel surveys: the case study of Italian sample from EU-SILC*
- 14/2006 – Lidia Brondi – *L'utilizzazione delle surveys per la stima del valore monetario del danno ambientale: il metodo della valutazione contingente*
- 15/2006 – Carlo Boselli – *Le piccole imprese leggere esportatrici e non esportatrici: differenze di struttura e di comportamento*
- 16/2006 – Carlo De Gregorio – *Il nuovo impianto della rilevazione centralizzata del prezzo dei medicinali con obbligo di prescrizione*
- 1/2007 – Paolo Roberti, Maria Grazia Calza, Filippo Oropallo e Stefania Rossetti – *Knowledge Databases to Support Policy Impact Analysis: the EuroKy-PIA Project*
- 2/2007 – Ciro Baldi, Diego Bellisai, Stefania Fivizzani, e Marina Sorrentino – *Production of job vacancy statistics: coverage*
- 3/2007 – Carlo Lucarelli e Giampiero Ricci – *Working times and working schedules: the framework emerging from the new Italian lfs in a gender perspective*
- 4/2007 – Monica Scannapieco, Diego Zardetto e Giulio Barcaroli – *La Calibrazione dei Dati con R: una Sperimentazione sull'Indagine Forze di Lavoro ed un Confronto con GENESEES/SAS*
- 5/2007 – Giulio Barcaroli e Tiziana Pellicciotti – *Strumenti per la documentazione e diffusione dei microdati d'indagine: il Microdata Management Toolkit*
- 6/2007 – AA.VV. – *Seminario sulla qualità: l'esperienza dei referenti del sistema informativo SIDI - 1ª giornata*
- 7/2007 – Raffaella Cianchetta, Carlo De Gregorio, Giovanni Seri e Giulio Barcaroli – *Rilevazione sulle Pubblicazioni Scientifiche Istat*
- 8/2007 – Emilia Arcaleni, e Barbara Baldazzi – *Vivere non insieme: approcci conoscitivi al Living Apart Together*
- 9/2007 – Corrado Peperoni e Francesca Tuzi – *Trattamenti monetari non pensionistici metodologia sperimentale per la stima degli assegni al nucleo familiare*
- 10/2007 – AA.VV. – *Seminario sulla qualità: l'esperienza dei referenti del sistema informativo SIDI - 2ª giornata*
- 11/2007 – Leonello Tronti – *Il prototipo (numero 0) dell'Annuario di statistiche del Mercato del Lavoro (AML)*
- 12/2007 – Daniele Frongia, Raffaello Martinelli, Fernanda Panizon, Bruno Querini e Andrea Stanco – *Il nuovo Sistema informatico Altri Servizi. Progetto di reingegnerizzazione dei processi produttivi delle indagini trimestrali di fatturato degli altri servizi*
- 1/2008 – Carlo De Gregorio, Stefania Fatello, Rosanna Lo Conte, Stefano Mosca, Francesca Rossetti – *Sampling design and treatment of products in Istat centralised CPI surveys*
- 2/2008 – Mario Albisinni, Elisa Marzilli e Federica Pintaldi – *Test cognitivo e utilizzo del questionario tradotto: sperimentazioni dell'indagine sulle forze di lavoro*
- 3/2008 – Franco Mostacci – *Gli aggiustamenti di qualità negli indici dei prezzi al consumo in Italia: metodi, casi di studio e indicatori impliciti*
- 4/2008 – Carlo Vaccari e Daniele Frongia – *Introduzione al Web 2.0 per la Statistica*
- 5/2008 – Antonio Cortese – *La conta degli stranieri: una bella sfida per il censimento demografico del 2011*
- 6/2008 – Carlo De Gregorio, Carmina Munzi e Paola Zavagnini – *Problemi di stima, effetti stagionali e politiche di prezzo in alcuni servizi di alloggio complementari: alcune evidenze dalle rilevazioni centralizzate dei prezzi al consumo*
- 7/2008 – AA.VV. – *Seminario: metodi per il controllo e la correzione dei dati nelle indagini sulle imprese: alcune esperienze nel settore delle statistiche strutturali*
- 8/2008 – Monica Montella – *La nuova matrice dei margini di trasporto*
- 9/2008 – Antonia Boggia, Marco Fortini, Matteo Mazziotta, Alessandro Pallara, Antonio Pavone, Federico Polidoro, Rosabel Ricci, Anna Maria Sgamba e Angela Seeber – *L'indagine conoscitiva della rete di rilevazione dei prezzi al consumo*
- 10/2008 – Marco Ballin e Giulio Barcaroli – *Optimal stratification of sampling frames in a multivariate and multidomain sample design*
- 11/2008 – Grazia Di Bella e Stefania Macchia – *Experimenting Data Capturing Techniques for Water Statistics*
- 12/2008 – Piero Demetrio Falorsi e Paolo Righi – *A Balanced Sampling Approach for Multi-way Stratification Designs for Small Area Estimation*

(\*) ultimi cinque anni

- 13/2008 – AA.VV. – *Seminario: Strategie e metodi per il controllo e la correzione dei dati nelle indagini sulle imprese: alcune esperienze nel settore delle statistiche congiunturali*
- 14/2008 – Francesco Chini, Marco Fortini, Tiziana Tuoto, Sara Farchi, Paolo Giorgi Rossi, Raffaella Amato e Piero Borgia – *Probabilistic Record Linkage for the Integrated Surveillance of Road Traffic Injuries when Personal Identifiers are Lacking*
- 15/2008 – Sonia Vittozzi – *L'attività editoriale e le sue regole: una ricognizione e qualche proposta per l'Istat editore*
- 16/2008 – Giulio Barcaroli, Stefania Bergamasco, Michelle Jouvenal, Guido Pieraccini e Leonardo Tininini – *Generalised software for statistical cooperation*
- 1/2009 – Gianpiero Bianchi, Antonia Manzari, Alessandra Reale e Stefano Salvi – *Valutazione dell'idoneità del software DIESIS all'individuazione dei valori errati in variabili quantitative*
- 2/2009 – Silvia Pacini – *Indicatori territoriali su retribuzioni e costo del lavoro una sperimentazione basata sui dati Inps*
- 3/2009 – Mauro Tibaldi – *L'occupazione femminile nella Pubblica amministrazione: un'analisi dei dati della Ragioneria Generale dello Stato*
- 4/2009 – Veronica Rondinelli – *La calibrazione dei pesi campionari delle aziende Rica nell'indagine sui risultati Economici delle Aziende Agricole*
- 5/2009 – Domenico Tebala – *Distribuzione territoriale del rischio di usura in Calabria: una cluster analysis comunale*
- 6/2009 – Carolina Corea, Incoronata Donnarumma e Antonio Frenda – *La stima dello stock di beni durevoli delle famiglie: un primo contributo sperimentale*
- 7/2009 – Massimo Costanzo, Rosalba Filippello e Marco Marini – *La contabilità nazionale verso l'ATECO 2007: alcune considerazioni sull'uso di matrici di conversione nel periodo di transizione*
- 8/2009 – Anna Ciammola, Francesca Ceccato, Maria Carla Congia, Silvia Pacini, Fabio Massimo Rapiti e Donatella Tuzi – *The Italian Labour Cost Index (LCI): sources and methods*
- 1/2010 – Antonio Cortese, Gerardo Gallo e Evelina Paluzzi – *Il censimento della popolazione straniera: opinioni a confronto sul principale aspetto definitorio*
- 2/2010 – Ciro Baldi e Marina Sorrentino – *I posti vacanti in Italia e in Europa. Le nuove statistiche trimestrali armonizzate: prime analisi delle serie storiche*
- 3/2010 – Fabio Bacchini, Anna Ciammola, Roberto Iannaccone e Marco Marini – *Combining forecasts for a flash estimate of Euro area GDP*
- 4/2010 – Alessandra Burgio, Alessandra Battisti, Alessandro Solipaca, Simona Carmela Colosimo, Lorella Sicuro, Gianfranco Damiani, Giordana Baldassarre, Giulia Milan, Tiziana Tamburrano, Roberta Cialesi e Walter Ricciardi – *La relazione tra offerta di servizi di Long Term Care ed i bisogni assistenziali dell'anziano*