

L'ASSISTENZA IN ITALIA AGLI ANZIANI FRAGILI E ALLE LORO FAMIGLIE

Uno studio condotto da ANCeSCAO nell'ambito del Progetto *"Anziano Fragile: verso un welfare comunitario"*, un progetto nazionale finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (Avviso 1/2017)

vers. 1 - Dicembre 2019



Indice

Table of Contents

Abbreviazioni	4
Sommario	5
Introduzione	8
PARTE PRIMA – GLI ANZIANI IN ITALIA E IL LONG TERM CARE	10
Capitolo 1 - Gli anziani in Italia	10
1.1 Diversi modi d'invecchiare.....	10
1.2 L'invecchiamento della popolazione e la non-autosufficienza – Alcuni dati.....	12
Capitolo 2 - L'assistenza agli "anziani fragili"	15
2.1 Vari tipi di supporto agli anziani non-autosufficienti	15
2.2 L'inadeguatezza dell'assistenza	18
2.3 L'Assistenza Domiciliare (ADI e SAD)	23
2.4 L'assistenza residenziale	26
2.5 Servizi semi-residenziali	34
2.6 L'ospedalizzazione dell'anziano	34
2.7 L'assistenza fornita da familiari e da caregiver informali	35
Capitolo 3: Servizi sanitari e socio-sanitari per le demenze	36
3.1 Il Piano Demenze	36
3.2 Servizi sanitari e socio-assistenziali per la demenza (fonte: Osservatorio Demenze, consultabile attraverso una mappa online)	38
3.3 Costi sociali e sanitari delle demenze e dell'Alzheimer	43
3.4 La criticità nell'assistenza ai familiari colpiti da Alzheimer	43
Capitolo 4 - Long term care in Europa e nel mondo.....	45
4.1 L'entità del fenomeno della "non-autosufficienza"	45
4.2 La spesa pubblica per il long term care.....	48
4.3 Le caratteristiche dell'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti nei vari paesi Europei.....	49
4.4 Alcuni dati a confronto	51
4.5 Un benchmarking sulla gestione della demenza	52
4.6 Verso una standardizzazione dei metodi di valutazione	53

PARTE SECONDA – IL MONITORAGGIO EFFETTUATO DA ANCeSCAO PER IL PROGETTO “Anziano Fragile”	53
Capitolo 5 - Il monitoraggio del progetto “Anziano fragile: verso un welfare comunitario”	53
5.1 Perché questo monitoraggio	54
5.2 Il monitoraggio sui servizi di tipo socio-assistenziale per gli anziani fragili	62
5.3 Il monitoraggio sui servizi di tipo socio-sanitario per gli anziani fragili	70
5.4 I servizi sanitari e socio-assistenziali per gli anziani fragili: differenziazioni geografiche	77
Capitolo 6 – Le “buone pratiche”	80
6.1 Esempi di buone pratiche	80
6.2 verso un welfare comunitario	94
Capitolo 7 – Conclusioni e alcune raccomandazioni	98
7.1 Le caratteristiche del sistema di long term care in Italia – Una sintesi	98
7.2 Alcune raccomandazioni	99
Bibliografia	102

ALLEGATI

- A1 – Scheda usata per il monitoraggio sui servizi sanitari
- A2 – Scheda usata per il monitoraggio sui servizi socio-assistenziali
- A3 – Sintesi dei risultati del monitoraggio di tipo socio-sanitario effettuato da ANCeSCAO
- A4 – Sintesi dei risultati del monitoraggio di tipo socio-assistenziale effettuato da ANCeSCAO
- A5 – Schede sintetiche sui risultati del monitoraggio nei vari comuni

Abbreviazioni

<p>ADI - Assistenza Domiciliare Integrata ADL - Activities of Daily Living (attività tipiche di ogni giorno) AO - Azienda Ospedaliera AORN - Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale APSS - Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari APSP - Azienda Pubblica Servizi alla Persona ASL - Azienda Sanitaria Locale ASP - Azienda Sanitaria Provinciale ASS - Azienda Socio-Sanitaria ASUR - Azienda Sanitaria Unica Regionale AULSS - Azienda Unità Locale Socio Sanitaria AUSL - Azienda Unità Sanitaria Locale BPSD - Behavioural and Psychological Symptoms Dementia CAAD - Centro Adattamento Ambiente Domestico CD - Centro Diurno CDA - Centro Diurno Alzheimer CDI - Centro Diurno Integrato CDC - Centro Disturbi Cognitivi CDCD - Centro Disturbi Cognitivi e Demenze CIA - Coefficiente d'Intensità Assistenziale CIRS - Cumulative Illness Rating Scale CUP - Centro Unificato di Prenotazione DEA - Dipartimento di Emergenza e Accettazione DS - Distretto Sanitario FRNA - Fondo Regionale per la Non Autosufficienza HAI - Hartford Ageing Index IADL - Instrumental Activities of Daily Living INRCA - Istituto Nazionale Ricovero e Cura Anziani IRCSS - Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico LEA - Livelli Essenziali di Assistenza MMG - Medico di Medicina Generale MMSE - Mini Mental State Examination OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità NAT - Nucleo Alzheimer Temporaneo OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità</p>	<p>ONLUS - Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale OR - Ospedali Riuniti OSS - Operatore socio-sanitario PAI - Piano Assistenziale Individuale PDTA - Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PO - Presidio Ospedaliero PS - Pronto Soccorso PUA - Punto Unico di Accesso RAI - Resident Assessment Instrument ROT - Terapia di Riorientamento della Realtà RSA - Residenza Sanitaria Assistenziale SAD - Servizi di Assistenza Domiciliare SIAD - Sistema Informativo per l'Assistenza Domiciliare SOD - Struttura Organizzativa Dipartimentale SOC - Struttura Organizzativa Complessa SC - Struttura Complessa SIGG - Società Italiana di Gerontologia e Geriatria SIGO - Società Italiana dei Geriatri Ospedalieri SPMSQ - Short Portable Mental Status Questionnaire SR - Struttura Residenziale SS - Struttura Semplice SSD - Struttura Semplice Dipartimentale Sub-Uva: Dislocazione territoriale di UVA principale ULSS - Unità Locale Socio Sanitaria UO - Unità Operativa UOAP - Unità Operativa Assistenza Primaria UOC - Unità Operativa Complessa UOS - Unità Operativa Semplice UOSD - Unità Operativa Semplice Dipartimentale URP - Ufficio Relazioni con il Pubblico USL - Unità Sanitaria Locale UVA - Unità Valutativa / Valutazione Alzheimer UVM - Unità Valutativa Multidisciplinare VM - Valutazione Multidisciplinare</p>
--	--

Sommario

L'assistenza agli anziani è una materia di grande attualità in considerazione del trend demografico che vede – soprattutto in Italia – un continuo invecchiamento della popolazione. Oggi gli ultrasessantacinquenni rappresentano il 22,2% della popolazione totale (in valore assoluto 13,8 milioni) e di essi circa 2,8 milioni non sono autosufficienti. Nel 2050 gli anziani saranno 20 milioni (di cui circa 4 milioni gli ultra85enni) e i non autosufficienti raggiungeranno la quota di 5 milioni (contro i 2,8 milioni di oggi).

Purtroppo già oggi l'assistenza agli anziani non autosufficienti risulta inadeguata; di essi (che oggi sono circa 2,8 milioni) solo il 50% può beneficiare di servizi pubblici di tipo sociale (18%) o sanitario (32%) mentre per la restante metà lo strumento d'assistenza adottato è il trasferimento monetario peraltro di ridotta entità (circa 500 € mensili come indennità di accompagnamento).

Il confronto con il long term care degli altri Paesi non è gratificante: agli anziani non autosufficienti in Italia viene riservato il 10,1% dell'intera spesa sanitaria pubblica mentre in Svezia tale percentuale è del 26,3%, in Olanda del 24,8%, in Belgio il 24,3%, nel Regno Unito il 18,2, in Germania il 16,3%. Se poi consideriamo alcuni specifici servizi scopriamo che su 100 anziani solo 5,5 in Italia beneficiano di assistenza domiciliare di tipo sanitario o sociale mentre la media Europa è di 8,2 anziani su 100; ogni 100 anziani in Italia ci sono 2,2 posti letto nelle RSA e nelle residenze protette contro una media europea di 5 posti letto. In genere poi i servizi sanitari non sono di facile accesso agli anziani italiani (il 6,6% di essi vi rinuncia per vari motivi ma soprattutto per motivi economici) mentre in Europa la rinuncia riguarda solo il 3,5%.

E' forse questa carenza di supporto che fa dell'Italia il paese dove si vive più a lungo ma non meglio.

E' vero infatti che la speranza di vita a 65 anni in Italia è di 19 anni per i maschi e 22 anni per le femmine contro i corrispondenti valori medi EU28 che sono sia per gli uomini che per le donne di 1 anno in meno, ma l'esito del confronto si rovescia se si considera la "speranza di vita a 65 anni senza limitazioni funzionali" che mentre per gli Italiani è di circa 8 anni per la media degli Europei risulta di 9,4 anni. Anche il cosiddetto indice di qualità dell'invecchiamento (HAI=Hartford Aging Index) vede l'Italia a metà classifica (14° posto con un indice di 36,5 e abbondantemente alle spalle di Norvegia (HAI di 65), Svezia (62), Olanda (59,5), Germania (55), Spagna (52,7), Belgio (HAI di 43,3).

I principali fattori distintivi del sistema di long term care (LTC) in Italia sono i seguenti:

- a. Come già indicato, un'inadeguatezza dei supporti forniti;
- b. La preferenza al supporto economico (l'indennità di accompagnamento, l'assegno di cura) piuttosto che la fornitura diretta di servizi (nel 2016 della spesa pubblica totale per il LTC pari a 19 miliardi di Euro, 6 miliardi sono stati utilizzati per servizi sanitari, 2,7 miliardi per servizi sociali e 10,4 miliardi per indennità di accompagnamento). Ci sono poi da evidenziare le criticità nell'erogazione dei supporti finanziari che essendo limitati in valore (l'assegno di accompagnamento è di circa 500 € mensili) causano un loro utilizzo per servizi di bassa intensità e prestati da personale poco qualificato (il ricorso sempre più frequente alle "badanti" straniere il più spesso non regolarizzate (oggi si stimano in più di 2 milioni di cui solo 830.000 regolari).
- c. L'inadeguatezza dei servizi domiciliari che invece andrebbero potenziati maggiormente perché è restando nel suo ambiente domestico che l'anziano continua a godere di una vita qualitativamente migliore. Nel panorama Europeo la poca attenzione data alla domiciliarità è una peculiarità Italiana dell'assistenza agli anziani non-autosufficienti; solo nel Regno Unito si ha una situazione simile: la copertura dei servizi domiciliari espressa come % di anziani utenti rispetto alla totalità della popolazione anziana nel 2016 è stata del 5,8% in Italia e del 3,2% nel Regno Unito contro valori del 10,9% per la Svezia, del 9,5% per la Germania, del 7,1% della Spagna e del 6% della Francia.

- d. Un'integrazione fra assistenza di tipo sanitaria e di tipo sociale ancora lontana dall'essere realizzata.
- e. Poca attenzione alla tecnologia e a nuove tipologie d'interventi che stanno avendo successo in varie parti d'Europa (es. il co-housing).
- f. Da un punto di vista puramente sanitario, il ridotto numero di unità geriatriche negli ospedali nonostante sia riconosciuto che queste sono in grado di prendersi carico dell'anziano e delle sue diverse patologie in maniera più efficace; allo stesso modo nelle RSA si rileva un ridotto numero di Nuclei specializzati per l'Alzheimer.
- g. La scarsità dei dati disponibili a causa di una ridotta e disomogenea informatizzazione e della molteplicità degli attori coinvolti (SSN e ASL, Comuni e Servizi Sociali, Regioni, cooperative sociali e associazioni di volontariato, medici di base e specialisti privati, ecc.).
- h. Soprattutto un'elevata differenziazione fra le varie regioni in termini di disponibilità e modalità di accesso ai servizi, qualità del servizio prestato, intensità del supporto fornito. La stessa indennità di accompagnamento che ha carattere nazionale (circa 500 € mensili erogati dall' INPS) mostra differenze nei criteri di concessione perché questi sono definiti a livello regionale.

Le differenziazioni si notano non solo fra Nord e Sud Italia ma anche all'interno di una stessa area geografica e all'interno di una stessa regione; ciò è anche la conseguenza della molteplicità degli attori coinvolti e dei loro differenti ruoli (il Servizio Sanitario Nazionale e quindi le varie regioni con le ASL per quanto riguarda i servizi puramente sanitari, i Servizi Sociali dei comuni che si prendono carico dei servizi di tipo socio-assistenziale fornendoli direttamente o attraverso cooperative sociali e associazioni o semplicemente offrendo voucher da utilizzare per servizi, l'INPS che eroga le indennità di accompagnamento ma non definisce i criteri di assegnazione che vengono invece determinati a livello regionale, le regioni che trasferiscono sotto forma di assegni di cura i fondi stanziati a livello nazionale per la non autosufficienza o per i "caregivers informali").

Alcuni dati mettono chiaramente in evidenza questa situazione "a mappa di leopardo"

Tipo di servizio	Riferimento	Media Italiana	Regioni più "virtuose"	Regioni "che arrancano"
ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) erogati dalle ASL	2017	3,2%	Molise: 8,4%; Veneto: 7,2%; Emilia R.: 4,6%	Valle d'Aosta: 0,2%; Calabria: 1,4%; Lombardia: 1,8%;
Ore medie per caso	2013	17	Molise: 50; Basilicata: 44; Puglia: 39	Friuli V.G.: 7; Toscana: 8; Veneto: 9
SAD (Servizi di Assistenza Domiciliare) erogati dai comuni	2013	1,2%	Valle d'Aosta: 5,3%; Trentino A.A.: 4,1%; Sardegna: 2,7%	Umbria: 0,4%; Toscana, Marche, Puglia: 0,7%
Copertura servizi residenziali (RSA, RP)	2017	2,1 %	P.A. Trento: 9,6%; Lombardia: 3,9%; Veneto: 3,4%	Valle d'Aosta e Campania: 0,1%; Molise: 0,2%; Basilicata: 0,5%
Spesa sanitaria media per anziano assistito (LTC)	2013	363 €	Veneto: 718; Emilia R.: 616; Lombardia: 562	Campania: 160 €; Basilicata: 162; Sicilia: 174
Spesa sociale media per anziano assistito	2013	74 €	Toscana: 122 €; Veneto ed Emilia R.: 115; Lazio: 112	Calabria: 20 €; Molise: 40; Campania: 42; Umbria: 43.

Il monitoraggio effettuato nel progetto “Anziano Fragile: verso un welfare comunitario” non ha avuto la pretesa di risolvere il problema della scarsità dei dati; il suo obiettivo è stato soprattutto quello di svolgere un’azione di sensibilizzazione e di fare emergere le tante buone pratiche esistenti nelle varie regioni d’Italia e che possono fornire spunti per la realizzazione di una nuova forma di welfare (il welfare comunitario, il welfare di tutti) capace di coinvolgere tutta la comunità nell’assistenza agli anziani non autosufficienti e in prima linea le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale e altri enti del Terzo Settore.

I risultati del monitoraggio effettuato da ANCeSCAO nell’ambito del progetto “Anziano Fragile” – anche se limitato a otto regioni (Trentino A.A., Veneto, Umbria, Marche, Molise, Abruzzo, Campania, Basilicata) – hanno confermato in gran parte la differenziazione a livello regionale e hanno evidenziato alcuni punti come:

- a. Una ridotta disponibilità di strumenti e strutture specificatamente rivolti agli anziani con problemi di tipo neurodegenerativi (CDCD, CDA (centri diurni per anziani con Alzheimer), RSA con nuclei specializzati per la demenza);
- b. Un crescente interesse verso forme nuove di supporto agli anziani e alle famiglie, come ad esempio i Caffè Alzheimer (presenza rilevata nel 31% dei comuni coinvolti nel monitoraggio)
- c. Una copertura dei servizi ADI superiore alla media nazionale (5% contro il 3,2%) e viceversa una sotto-copertura per quanto riguarda i posti letto in RSA (1,1% contro il 2,1 % a livello nazionale);
- d. Esistenza di piani di formazione per gli operatori sanitari anche se solamente nel 31% delle strutture coinvolte nel monitoraggio ma scarsa attenzione alla formazione rivolta ai familiari degli anziani non autosufficienti e in particolare di quelli affetti da demenza (formazione che è stata rilevata solo nel 15% dei comuni coinvolti).

Per quanto riguarda i servizi socio-assistenziali forniti dai Comuni i principali elementi emersi dal monitoraggio sono:

- a. Una difficoltà a mappare i bisogni (solo il 31% dei comuni coinvolti fa una mappatura della “fragilità” e soltanto il 20% ha un approccio proattivo nella scoperta della “fragilità invisibile”);
- b. Una copertura dei servizi di assistenza domiciliare (1,3%) in linea con la media nazionale (1,2%);
- c. Il supporto economico come strumento di assistenza che rientra nei servizi offerti nel 46% dei comuni;
- d. L’esistenza in tutti i comuni di forme di collaborazione fra ASL e Servizi Sociali con organizzazioni di volontariato e associazioni; comincia cioè a nascere una forma di “welfare comunitario”. Nei comuni coinvolti la collaborazione con i Servizi Sociali del Comune è molto più frequente di quella con il Servizio Sanitario Nazionale (79% contro il 44%).
- e. Le associazioni danno però un giudizio non al top sulla qualità della collaborazione: 3,93 in una scala da 1 a 5 per la collaborazione con le ASL e 3,95 per quella con i Servizi Sociali del comune. Migliore e più intensa sembra invece la qualità delle collaborazioni stabilitesi fra le varie associazioni che operano nel territorio (giudizio: 4,24).
- f. Le attività svolte dalle associazioni a favore dagli anziani fragili sono molteplici e tutte valide; le più comuni riguardano l’inclusione dell’anziano fragile, l’ascolto, l’organizzazione sotto la guida di operatori professionisti d’interventi terapeutici non farmacologici, l’educazione medica e l’orientamento per gli anziani e i familiari oltre a vari tipi di servizi domiciliari.

Come già detto è notevole la quantità di “buone pratiche” scoperte sia con il monitoraggio che analizzando ciò che si fa all’interno della comunità ANCeSCAO. La sezione 6 di questo rapporto riporta le più significative.

Introduzione

Uno dei principali obiettivi del progetto “Anziano fragile: verso un welfare comunitario”¹ è quello di fare un’analisi dell’offerta dei servizi sia sanitari che socio-assistenziali che in Italia sono messi a disposizione degli anziani non-autosufficienti e delle loro famiglie. Questo documento riporta i risultati delle attività svolte da ANCeSCAO in quest’area e in particolare

- di un’ analisi effettuata consultando altri studi condotti da ricercatori e varie organizzazioni negli ultimi anni,
- del monitoraggio che il progetto “Anziano fragile” ha eseguito sul territorio e che per ANCeSCAO ha coinvolto 8 regioni (Abruzzo, Basilicata, Campania, Marche, Molise, Trentino, Umbria, Veneto), 14 provincie e 45 comuni. Esso si aggiunge al monitoraggio realizzato parallelamente da Confconsumatori che ha incluso altre 9 regioni (Calabria, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia e Toscana), 13 provincie e 13 comuni.

Per quanto riguarda le ricerche esterne (punto a) questo rapporto ha il merito di raccogliere in un unico documento i risultati delle varie ricerche effettuate in questi ultimi anni che spesso sono limitate a specifici servizi.

Per quanto riguarda il punto (b) va precisato che la ridotta dimensione del campione utilizzato nel monitoraggio non consente di ricavare da esso dati con validità statistica estensibile a livello regionale o nazionale; tuttavia il monitoraggio permette di ottenere alcune informazioni di tipo qualitativo ma soprattutto d’individuare alcune “buone pratiche” che il progetto analizzerà successivamente per poi sperimentarne alcune e validarle.

Chi è l’anziano fragile – Alcune definizioni

- La Società Italiana di Gerontologia e Geriatria definisce “anziani fragili” «tutti quei soggetti di età avanzata o molto avanzata, cronicamente affetti da patologie multiple, con stato di salute instabile, frequentemente disabili, in cui gli effetti dell’invecchiamento e delle malattie sono spesso complicati da problematiche di tipo socio-economico”.
- La fragilità è il risultato di un mix di situazioni che includono non solo il precario stato di salute, ma anche lo sfaldarsi delle relazioni sociali, l’impoverimento, un sostanziale cambiamento nella dinamica emozionale.
- Un «anziano fragile» è “una persona che tipicamente non è in grado di trovare in maniera autonoma la soluzione a un problema e a un’emergenza”.

Ciascuna delle varie definizioni sopra citate mette in evidenza una particolare caratteristica della fragilità:

Fragilità funzionale	relativa alle difficoltà di svolgimento delle funzioni quotidiane (mangiare, muoversi, provvedere all’igiene personale, curare il proprio ambiente abitativo) in relazione anche a una riduzione della percezione sensoriale e della stabilità posturale.
Fragilità clinica	presenza di patologie multiple inclusi problemi di memoria, disorientamento e in molti casi depressione
Fragilità sociale o vulnerabilità	- isolamento sociale, abitazione inadeguata, basso reddito, perdita del proprio ruolo sociale, assenza dell’aiuto di familiari e conoscenti;

¹ In seguito per semplicità il progetto potrà essere identificato semplicemente come “Anziano fragile”

- | | |
|--|--|
| | - decadimento delle risorse psicologiche (cognitive, emotive e comportamentali), incapacità di fronteggiare cambiamenti e traumi (es. lutti), condizioni impreviste di povertà e malattia o altre condizioni di crisi. |
|--|--|

Questo rapporto è stato suddiviso in due Parti e in 7 capitoli:

Parte Prima

- Il Capitolo 1 analizza il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione italiana e della fragilità degli anziani; si occupa cioè della “domanda” e analizza anche la qualità dell'invecchiamento facendo un confronto con l'Europa e il resto del mondo;
- Il Capitolo 2 analizza le varie forme di assistenza messe a disposizione in Italia agli anziani non autosufficienti e alle loro famiglie (assistenza domiciliare, semi-residenziale e residenziale; ospedalizzazione, ricovero in hospice). Per ognuna di esse cerca anche di fare un'analisi quantitativa dell'offerta.
- Il capitolo 3 è dedicato ai servizi destinati una fascia particolare di anziani fragili, quelli affette da gravi forme di demenza.
- Il Capitolo 4° fa un raffronto fra la situazione italiana e quella di altri Stati in Europa e nel mondo per quanto riguarda la gestione del long term care.

Parte Seconda

- Il Capitolo 5 fornisce i risultati del monitoraggio effettuato nell'ambito del progetto “Anziano fragile”;
- Il Capitolo 6 riporta alcune significative “buone pratiche” includendo sia quelle scoperte attraverso un monitoraggio che quelle individuate consultando varie fonti esterne; si analizza anche il ruolo dell'associazionismo in un'ottica di welfare comunitario.
- L'ultimo capitolo (Capitolo 7) infine serve a sintetizzare alcune conclusioni e a fornire alcune raccomandazioni per un più adeguato sviluppo del long term care in Italia; si utilizzeranno anche alcuni suggerimenti provenienti da vari studi recentemente pubblicati sull'argomento.

PARTE PRIMA – GLI ANZIANI IN ITALIA E IL LONG TERM CARE

Capitolo 1 - Gli anziani in Italia

1.1 Diversi modi d'invecchiare

Invecchiamento “attivo” o “normale”: La perdita progressiva delle capacità funzionali è un fenomeno inevitabile a partire dai 65-70 anni d'età, ma non uguale in tutti i soggetti. Alcuni anziani conservano fino alla fine dei loro giorni una buona capacità funzionale che consente loro una vita priva di disabilità. In essi il processo di decadimento è più lento e non raggiunge mai la soglia della fragilità e della disabilità, non si associa a importanti patologie cronico-degenerative e consente loro di mantenere una vita attiva, autonoma e qualitativamente buona (“anziani attivi”).

Invecchiamento “patologico” o “accelerato”: è quello caratterizzato da precoce e rapida perdita delle capacità funzionali (fisiche, sociali e psico-cognitive) ossia da un decadimento funzionale accelerato e associato alla comorbidità che poi progredisce verso la fragilità e la disabilità.

NOTA: La disabilità indica perdita di funzione mentre la fragilità indica uno stato d'instabilità e il rischio di perdita di funzione.

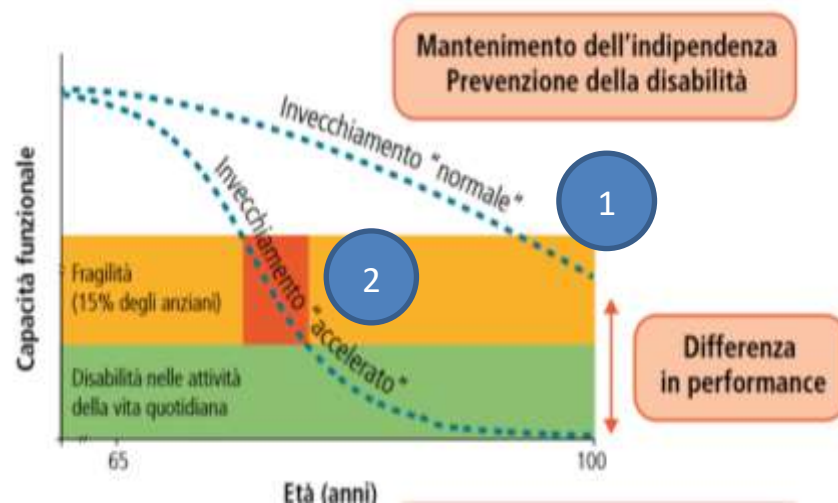


Fig. 1.1 - Rappresentazione del decadimento funzionale della vecchiaia derivata dallo schema proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità

Come già detto, l'invecchiamento di per sé non è una malattia e non è evitabile. Con l'età e con il susseguirsi di eventi negativi (malattie, stress, ecc.) le “capacità intrinseche” delle persone anziane cominciano a diminuire fino a diventare residuali. In tali condizioni la capacità d'interazione con il contesto esterno (ossia le abilità funzionali) diventano sempre più inadeguate creando la perdita di autonomia e lo stato di “dipendenza”.

E' stata scientificamente dimostrata la possibilità di ritardare gli effetti negativi dell'invecchiamento.

Un primo obiettivo della Gerontologia e Geriatria s' identifica appunto nel mantenere il maggior numero possibile di anziani entro la curva di decadimento funzionale «normale», evitando l'invecchiamento «patologico».

Teoricamente sarebbe bello prevenire lo sviluppo della fragilità, ma purtroppo i meccanismi che conducono alla fragilità correlata all'invecchiamento non sono a tutt'oggi del tutto noti.

Di conseguenza un altro obiettivo degli interventi di prevenzione nella popolazione anziana è mirato a identificare i soggetti a "rischio", cioè i fragili, e a mettere in atto misure che possano evitare o almeno ritardare l'evoluzione della fragilità in disabilità.

Bisogna agire su due fronti: da un lato fare di tutto per rallentare il più possibile il processo di decadimento con l'età delle "capacità intrinseche" delle persone e in parallelo rendere l'ambiente e il contesto esterno "più accessibile" anche attraverso l'uso della tecnologia (case e città intelligenti che si adattano alle ridotte capacità delle persone che in esse vivono).

Servizi sanitari, cure di lungo termine, ambiente e contesto esterno sono tutti strumenti che debbono attivarsi.

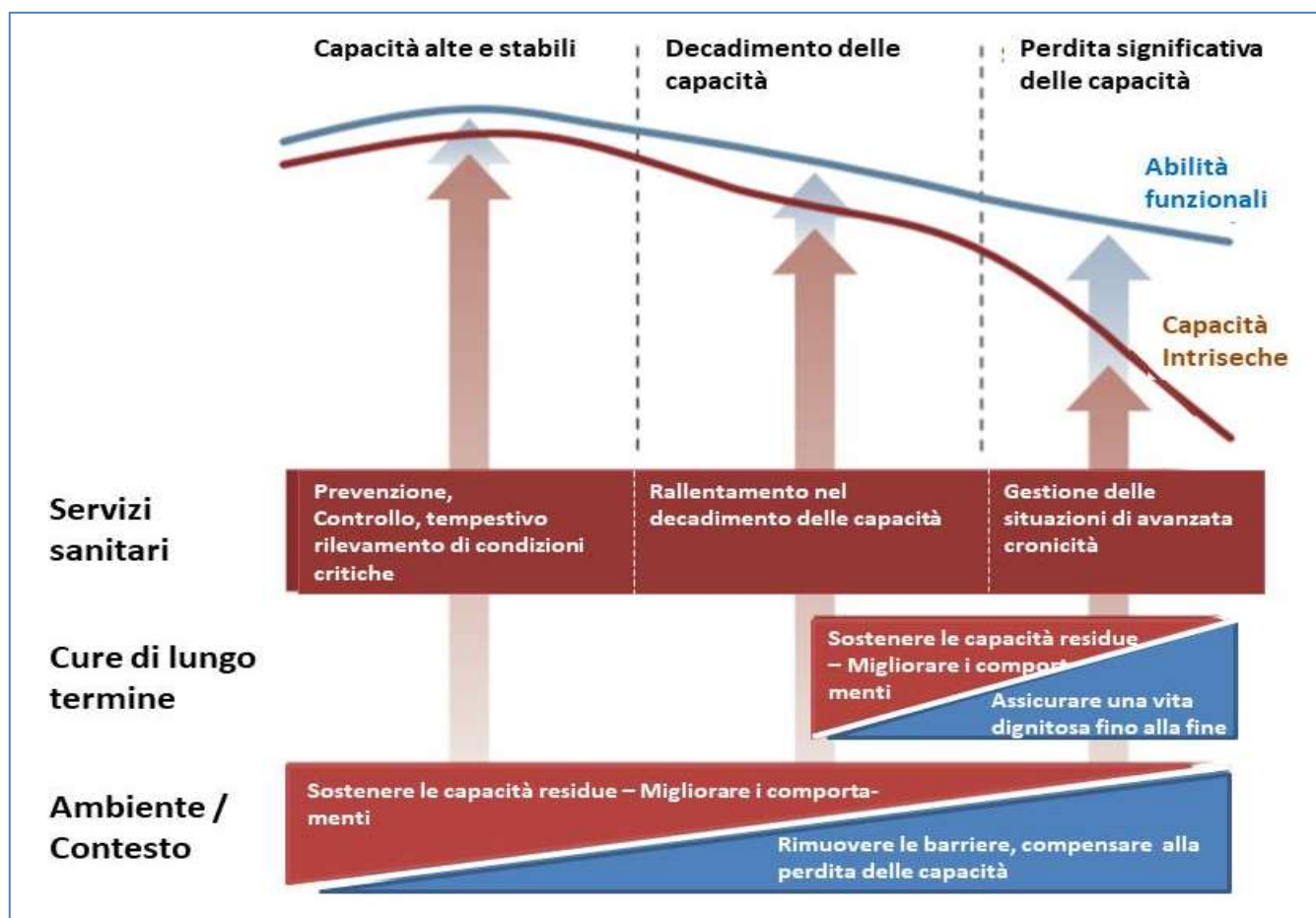


Fig. 1.2 – Il percorso dell'invecchiamento e l' "aver cura" degli anziani

1.1.1 Invecchiamento significa spesso "disturbi da demenza"

Il rischio di demenza cresce con l'età; invecchiamento, fragilità e demenza spesso formano un tutt'uno e nelle Residenze per anziani oggi il 70-80% degli ospiti è affetto da qualche forma di demenza. E' per questo motivo che il progetto "Anziano Fragile" presta una particolare attenzione a questa tipologia di anziani.

Negli ultimi anni l'insorgere della demenza si è andata spostando verso età sempre più avanzate (vedasi Tab. 1.1) anche perché nel corso degli anni si è riusciti a ridurre il tempo medio fra i primi sintomi e la diagnosi di demenza: dai 2,5 anni del 1999 si è passati agli 1,8 anni del 2015.

Tab. 1.1 – Genere ed età dei pazienti affetti da varie forme di demenza nel 2015; confronto con l'indagine 1999 e 2006 (valori percentuali)

	2015	2006	1999
Sesso			
Maschio	34,1	32,2	31,9
Femmina	65,9	67,8	68,1
Totale	100,0	100,0	100,0
Età			
Fino a 55 anni	–	1,3	2,9
da 56 a 65 anni	6,8	7,6	17,0
da 66 a 75 anni	23,8	24,3	34,2
da 76 a 85 anni	49,9	51,1	37,3
86 anni e più	19,5	15,7	8,5
Totale	100,0	100,0	100,0
Età media	78,8	77,8	73,6

(Fonte: Indagine CENSIS, 1999-2006-2015)

1.2 L'invecchiamento della popolazione e la non-autosufficienza – Alcuni dati

La tabella seguente dà una chiara indicazione del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione in Italia e delle previsioni per il futuro. Da più parti è stato fatto notare come “il quadro delle previsioni sollevi una questione di sostenibilità strutturale per l'intero Paese»

Tab. 1.2 – Dati sull'invecchiamento della popolazione in Italia

	Situazione attuale (Dati ISTAT 2018)	Proiezioni			
Popolazione totale	60,3 milioni	59 milioni			
Popolazione con età superiore a 65 anni (65+)	22.5% della popolazione totale In valore assoluto circa 13.8 milioni	2050: 34% della popolazione totale; in valore assoluto più di 20 milioni			
	Fra questi gli ultraottantenni rappresentano il 6.9% della popolazione totale (circa 4.2 milioni) (NOTA: in Europa 5.3%)	2050: Gli ultra 85enni saranno 4 milioni ; oggi sono circa 2,2 milioni. (proiezioni elaborate dall'Istat e da Italia Longeva (Rete nazionale sull'invecchiamento e la longevità attiva)			
Indice di vecchiaia (popolazione con età superiore a 65 anni / popolazione con età compresa fra 0 e 14 anni	1,61 (circa 2 anziani per ogni bambino/ adolescente)	2050: 2,83 (circa 3 anziani per ogni bambino/ adolescente)			
	Distribuzione della popolazione anziana (dati 2018)				
	Fascia età	Maschi	Femmine	Totale	% popolazione totale
	65-69	1,7 M	1,9 M	3,6 M	5,9%
	70-74	1,4 M	1,7 M	3,1 M	5,1%
	75-79	1,2 M	1,6 M	2,8 M	4,6%
	80-84	0,9 M	1,2 M	2,1 M	3,5%
	85-89	0, 5 M	0,9 M	1,4 M	2,2%
	90-94	0,17 M	0,42 M	0,6 M	1,0%
	95-99	31 K	110 K	0,14 M	0,2%
	100+	2,6 K	13,1 K	15,7 K	0%
	Totale 65+	5,9 M	7,9 M	13,8 M	22,5%

	Situazione attuale (Dati ISTAT 2018)			Proiezioni		
	Totale popolazione Italiana	29,4 M	31,1 M	60,5 M		
Anziani non-autosufficienti ²	19.8% degli anziani (65+) e 43.3% fra gli ultraottantenni In valore assoluto: 2.760.000 persone (fonte: CERGAS - SDA Bocconi)			2030: gli anziani disabili saranno 5 milioni (proiezioni elaborate dall'Istat e da Italia Longeva (Rete nazionale sull'invecchiamento e la longevità attiva))		

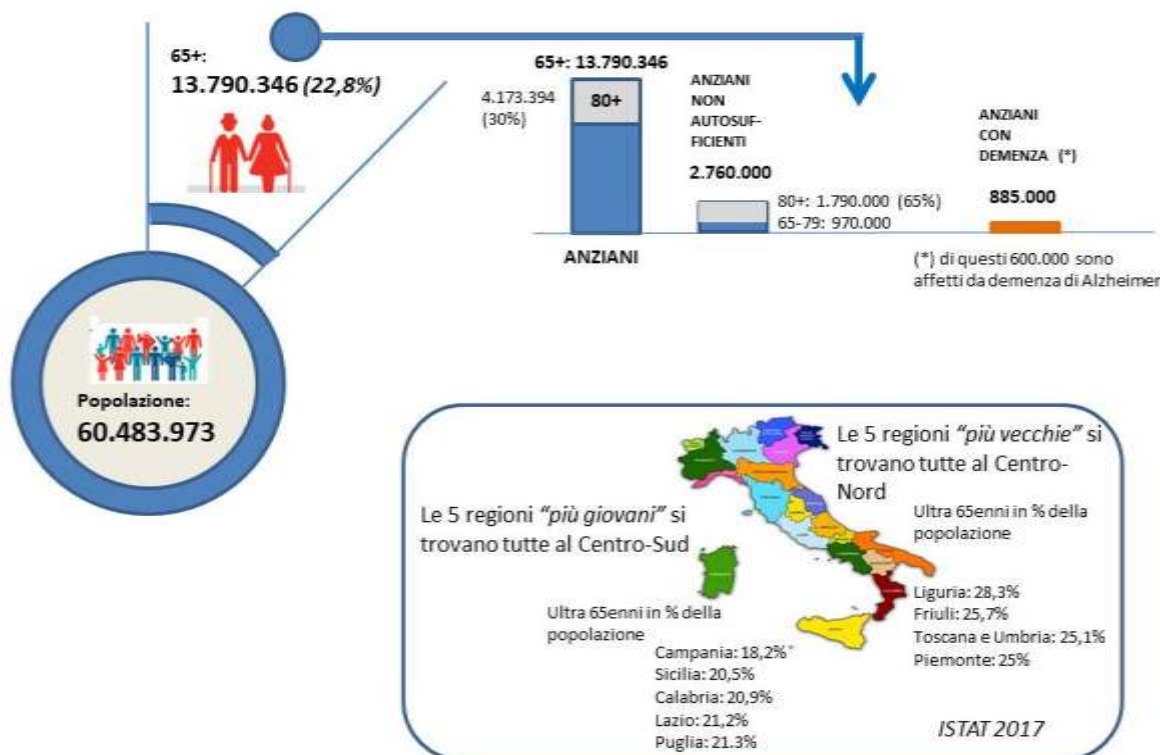


Fig. 1.3 I numeri dell'invecchiamento e della fragilità in Italia

Caregivers informali	8 milioni di caregiver familiari (1) (di cui il 20% sono anziani a loro volta) che si auto-organizzano per far fronte ai bisogni di assistenza dei propri cari non più autonomi; a essi si affiancano quasi 1.000.000 di badanti regolari e no (2).
	(1) Fonte: CENSIS 2015 Welfare Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali (2) Stime del 2017: Badanti regolari 393.478, badanti irregolari 590.217, totale 983.695

² Le indagini ISTAT sugli anziani considerano come persone non-autosufficienti quelle con limitazioni funzionali gravi che comportano una difficoltà massima fra le seguenti: costruzione a letto, su sedia o in abitazione (confinamento); limitazioni nelle funzioni della vita quotidiana, incluse la maggior parte delle attività della vita quotidiana (*activities of daily living*, ADL); problemi nel camminare, usare le scale e raccogliere oggetti da terra (limitazioni nel movimento); difficoltà della comunicazione (limitazioni di vista, udito e parola).

Tali limitazioni richiedono un'assistenza continuativa e di lungo termine da parte di altre persone per essere compensate, nonché per porre l'anziano assistito nella condizione di poter continuare a vivere una vita dignitosa e con una qualità della vita accettabile.

1.2.1 La spesa per il long-term care

La spesa pubblica per il “long term care” nel 2016 è stata di **19 miliardi di Euro (1.13% del PIL)** di cui

- 6 miliardi per servizi sanitari (ADI, servizi ambulatoriali, servizi residenziali per quanto riguarda la “quota sanitaria”),
- 2.7 miliardi per servizi sociali erogati dai Comuni (SAD + servizi residenziali per quanto riguarda la “quota alberghiera”) e
- 10.4 miliardi per indennità di accompagnamento.

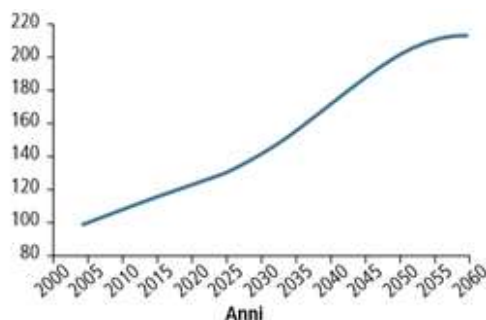
La spesa sanitaria mensile per ogni anziano non-autosufficiente è mediamente di 363€ mentre quella sociale è di 74€. Dal 2006 al 2016 si è registrato un incremento della spesa pubblica di circa 3.2 miliardi di Euro (+17%) (è cresciuta soprattutto la spesa per indennità di accompagnamento: + 2.8 miliardi).

In termini di % sul PIL però la situazione non è cambiata (sia nel 2006 che nel 2016 la spesa è stata pari a circa l'1,13% del PIL).

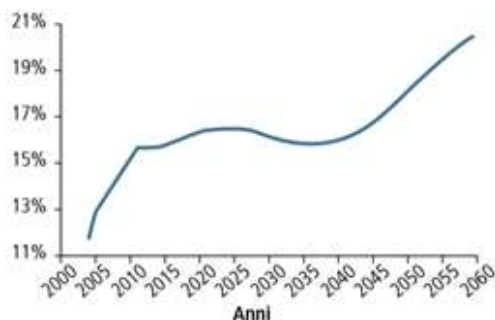
Alla spesa pubblica si aggiunge quella privata sostenuta dagli anziani e dai loro familiari. Spesso l'assenza di una compiuta strategia da parte del pubblico lascia quasi totalmente alle famiglie l'onere organizzativo dell'assistenza, ma anche in gran parte l'onere economico.

Il CENSIS, nel suo rapporto annuale (2017) riporta una stima di 9 miliardi di euro l'anno per la retribuzione delle badanti, a cui si aggiungono altre spese come quelle sanitarie private (visite, analisi di laboratorio, trattamenti riabilitativi, farmaci, ecc.)

Nel lungo termine la stima della Ragioneria Generale dello Stato indica un raddoppio della spesa sanitaria per il long term care nel 2060 e anche l'indennità di accompagnamento per anziani con disabilità è destinata ad aumentare (+20%).



Curva A - Crescita della componente sanitaria della spesa pubblica per il long term care (LTC)



Curva B - Crescita dell'indennità di accompagnamento relativa alla popolazione anziana (65+)

Fig. 1.4 - Trend della spesa sanitaria pubblica per il long term care (curva A) e dell'indennità di accompagnamento (curva B)

Nella seguente tabella la spesa pubblica per il LTC è messa a raffronto con la spesa sanitaria pubblica totale e con la spesa relativa alle pensioni; il confronto è fatto sulla base dei dati degli anni passati (2005 e 2010) e sulle prospettive future fino al 2060.

Tab. 1.3 – Tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario (Scenario nazionale base – reference scenario)

	2005	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Spesa in % del PIL							
Pensioni	13,9	15,2	15,0	15,5	15,8	14,6	13,4
Spesa sanitaria pubblica totale	6,7	7,4	7,6	8,1	8,6	8,9	8,9
Spesa pubblica per il LTC (tutte le età)	1,6	1,9	2,0	2,2	2,5	2,9	3,1
- componente sanitaria	0,8	1,0	1,0	1,1	1,2	1,4	1,5
- componente sociale	0,8	0,9	1,0	1,1	1,3	1,5	1,6
<i>Fonte: Ragioneria dello Stato, 2010</i>							
	2005	2011	2016	2020	2025	2030	
Spesa pubblica per il LTC dedicata alla popolazione anziana (65+)	1,07	1,28	1,13	1,24	1,27	1,35	
<i>Dal 2005 al 2016 si è avuto un incremento del 3,4% della spesa pubblica per gli anziani non autosufficienti però la spesa pubblica unitaria è diminuita nello stesso periodo del 12,6 % in considerazione di un incremento del 17% della popolazione anziana.</i>							
<i>Fonte: Rapporto ESPN pubblicato nel 2018 (ESPN Thematic Report on Challenges in long term care in Italy)</i>							

Le proiezioni sull'invecchiamento della popolazione e sullo stato di salute degli anziani giustificano ampiamente la crescita della spesa. Nel 2030 gli ultra65enni passeranno dai 13 milioni di oggi a 20 milioni e crescerà anche la percentuale di ultra80enni.

Gli esperti aspettano che nel 2030 10 milioni di anziani soffrirà d'ipertensione, 4 milioni di malattie cardiovascolari, 3 milioni di diabete, 2 milioni di varie forme di demenza e 1 milione di malattie respiratorie.

E' anche rilevante l'aumento atteso del numero di famiglie "mononucleari" con conseguente riduzione della potenzialità dell'assistenza familiare.

Capitolo 2 - L'assistenza agli "anziani fragili"

2.1 Vari tipi di supporto agli anziani non-autosufficienti

La figura seguente sintetizza le diverse tipologie di supporti messi a disposizione degli anziani non autosufficienti



Fig. 2.1 – I vari tipi di assistenza a favore degli anziani non-autosufficienti

In questa sezione 2.1 sono riportate in sintesi le caratteristiche principali di ognuna di queste forme di assistenza, mentre un'analisi più accurata anche da un punto di vista quantitativo sarà fatta nella sezione 2.3.

2.1.1 ASSISTENZA DOMICILIARE

L' Assistenza Domiciliare prevede la fornitura presso la dimora dell'anziano non autosufficiente di servizi socio-sanitari erogati dal SSN (Assistenza Domiciliare Integrata, ADI) e/o socio-assistenziali erogati dal Comune (Servizi di Assistenza Domiciliare, SAD)

A1. ADI - Assistenza Domiciliare Integrata

L' ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) è fornita dal Servizio Sanitario Nazionale e i suoi servizi di tipo sociale e sanitario sono integrati anche se fra essi prevale la valenza sanitaria. Gli anziani oggi rappresentano circa l'83% di tutti gli utenti ADI.

E' un servizio organizzato territorialmente dalle ASL a favore di anziani, disabili e pazienti affetti da malattie cronico-degenerative in fase stabilizzata e che sono parzialmente o totalmente, temporaneamente o permanentemente non autosufficienti e quindi hanno bisogno di un'assistenza continuativa.

Il servizio consiste in

- assistenza infermieristica (effettuazione a domicilio di prelievi per analisi di laboratorio, medicazioni, terapie iniettive),
- visite specialistiche e
- prestazioni riabilitative e di recupero psico-fisico.

La presa in carico all' Assistenza Domiciliare Integrata viene richiesta al Punto Unico di Accesso (PUA) ed è valutata da un' Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che elabora un PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO (PAI).

Fin dal 1998 l' ADI è stata considerata uno dei servizi fondamentali per l'assistenza all'anziano fragile. La casa è considerata infatti il luogo privilegiato per la sua cura. Alcuni studi hanno dimostrato che l'ADI

- Riduce il numero di ospedalizzazioni e istituzionalizzazioni,
- Migliora la qualità di vita dell'anziano,
- In confronto con altri setting assistenziali è la soluzione preferita dai cittadini.

Tipicamente i criteri per la presa in carica sono:

- La presenza di patologie trattabili a domicilio (evitabilità del ricovero ospedaliero o presso una struttura residenziale),
- Il recupero delle capacità residue di relazione e autonomia,

- La dimissione protetta ossia il caso di pazienti dimessi da strutture sanitarie ma che hanno bisogno di una prosecuzione della cura a casa,
- Il supporto alla famiglia che non è in grado di assistere il familiare o si trova in una situazione critica,
- Il miglioramento della qualità della vita del paziente anziano anche nella fase terminale.

A2. SAD (Servizi di Assistenza Domiciliari)

I Servizi di Assistenza Domiciliari (SAD) sono caratterizzati da una valenza prettamente socio-assistenziale (un sostegno agli anziani non autosufficienti nella gestione delle loro attività quotidiane); essi vengono forniti dai Servizi Sociali del Comune di residenza con propri operatori o indirettamente attraverso cooperative sociali / associazioni convenzionate. I servizi hanno lo scopo di favorire il mantenimento dell'anziano nel proprio ambiente familiare e le prestazioni tipiche sono:

- Cura ed igiene della persona, pulizia della casa,
- Preparazione dei pasti, lavaggio della biancheria,
- Accompagnamento e disbrigo pratiche.
- Compagnia,
- Rapporti con il medico di famiglia e l'ASL,
- Vigilanza sulla corretta assunzione dei farmaci.

I servizi domiciliari (sia ADI che SAD) sono caratterizzati da alcuni parametri come quelli riportati nella seguente tabella

Tab. 2.1 – Parametri caratterizzanti i servizi di assistenza domiciliare agli anziani

Parametro	Descrizione
Livello di diffusione dei servizi o copertura	% degli anziani assistiti rispetto alla popolazione totale degli anziani (65+)
CIA: Coefficiente d' Intensità dell' Assistenza (soprattutto per ADI)	CIA: coefficiente di intensità dell'assistenza valutato a livello annuo e calcolato come $CIA = GEA / GDC$ dove GEA= giornate di effettiva assistenza ossia numero dei giorni in cui l'anziano ha ricevuto accessi domiciliari (almeno 1 intervento); GDC= giornate di cura ossia durata in giorni della presa in carico dell'anziano. Un altro metodo per valutare l'intensità dell'assistenza domiciliare è quello di calcolare il numero medio di ore di assistenza erogate per ciascun anziano assistito.
Livelli di CIA (relativo all'ADI)	Livello 0 o base: CIA compreso fra 0 e 0,13 ossia mediamente meno di un intervento domiciliare a settimana; Livello I: CIA compreso fra 0,14 e 0,3; Livello II: CIA compreso fra 0,31 e 0,50; Livello III: CIA compreso fra 0,51 e 0,60; Livello IV: CIA compreso fra 0,61 e 1 con cure domiciliari integrate con cure palliative Nel CIA di livello 0 potrebbe mancare la componente sociale, mentre gli altri livelli sono caratterizzati da un'integrazione fra la componente sanitaria erogata dal Servizio Sanitario Nazionale e la componente sociale erogata dai Servizi Sociali del Comune e destinata anche alla famiglia.
Coefficiente d'intensità media ponderata	La media pesata del livello di CIA considerando la percentuale dei beneficiari per ogni livello (supponendo che per ogni livello tutti gli assistiti si posizionino sul valore centrale di quel livello, es. per il livello III sul valore 0,555); nella valutazione viene escluso il livello 0. $CIA \text{ ponderata} = (0,22 * P_1 + 0,405 * P_2 + 0,555 * P_3 + 0,805 * P_4) / (P_1 + P_2 + P_3 + P_4)$
Numero di ore settimanali di assistenza	numero medio di ore di assistenza erogate in una settimana a domicilio per ciascun anziano assistito

2.1.2 Assistenza residenziale e semiresidenziale

L'Assistenza Residenziale prevede il ricovero (permanente o temporaneo) degli anziani non autosufficienti presso **Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)**, Residenze Protette (RP), case di riposo, comunità alloggio.

Molte di queste residenze sono in convenzione e sono gestite da enti non profit (circa il 40%), enti privati "for profit" (circa il 20%) o da altre organizzazioni (circa il 17%). Sono gestite direttamente da enti pubblici solo il 23% circa di tutte le strutture residenziali

Un'assistenza di tipo intermedio che si pone a metà fra quella domiciliare e la residenziale è rappresentata dai **Centri Diurni Integrati (CDI)**. Essi offrono servizi soprattutto di tipo sociale ma anche terapeutici consentendo all'anziano di dormire a casa.

Ci sono casi di assistenza semi-residenziale generica (SR1) e casi di assistenza semi-residenziale specifica per le demenze (SR2).

2.1.3 SOVVENZIONI IN DENARO

L'indennità di accompagnamento per gli anziani con disabilità rappresenta in Italia la principale forma di assistenza alla non-autosufficienza; è una misura a carattere nazionale e prevede l'erogazione mensile di una somma al familiare che ha in cura l'anziano (al 01/01/2017 essa è di 515,43 € mensili uguale per tutti). Il suo utilizzo da parte dei beneficiari è completamente libero, circostanza questa che a volte favorisce un uso improprio della misura stessa. Nel 2016 il 71% delle indennità di accompagnamento (circa 1,5 milioni per un importo complessivo di oltre 10,4 miliardi €) è stato destinato a ultra65enni.

In aggiunta all'indennità di accompagnamento erogata dall'INPS, un'altra forma di supporto finanziario è quello che le Regioni possono elargire sfruttando il Fondo Nazionale per la non-autosufficienza. Il fondo – istituito nel 2006 – è stato caratterizzato da una notevole instabilità e dall'esiguità delle risorse messe a disposizione; iniziato con 100 milioni nel 2007 è passato a 462 milioni nel 2018 e con la legge di bilancio 2019 ha raggiunto 573,2 milioni per il 2019, 571 milioni per il 2020 e circa 569 milioni per il 2021.

Le risorse sono attribuite alle Regioni in funzione della popolazione anziana non autosufficiente e degli indicatori socio-economici. Gran parte di questi fondi sono distribuiti come "assegni di cura" soprattutto a persone con gravi disabilità.

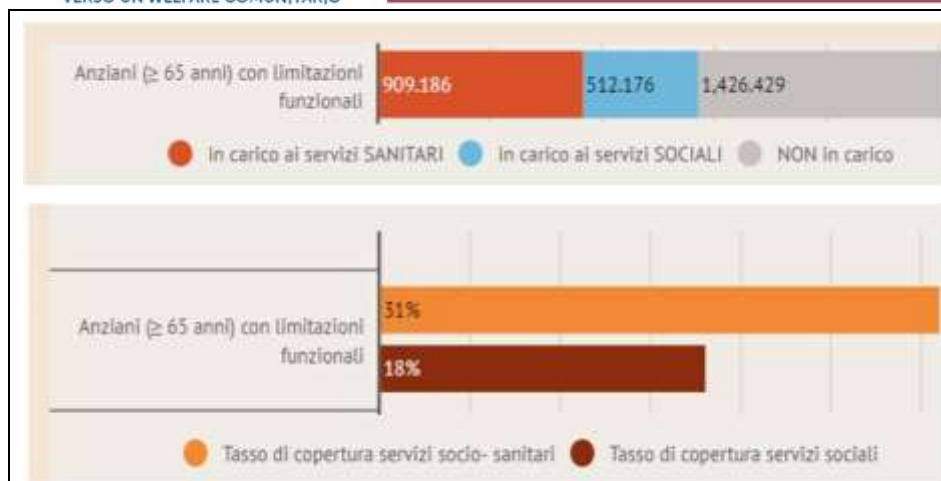
Separatamente da questo fondo poi risorse specifiche – ricavate da fondi Europei - sono state assegnate per sviluppare i servizi per la non autosufficienza in alcune regioni del Sud (Campania, Puglia, Calabria e Sicilia).

2.2 L'inadeguatezza dell'assistenza

Gli interventi sono sicuramente inadeguati sotto il profilo delle risorse messe a disposizione, problema questo aggravatosi pesantemente negli ultimi anni a causa della crisi economica.

Dei circa 3 milioni di anziani non autosufficienti:

- circa il 50% non riceve alcuna forma di assistenza diretta né di tipo sanitario né di tipo sociale; gode solo dell'assegno di accompagnamento;
- il 31% è coperto con servizi di tipo socio-sanitari;
- il 18% con servizi puramente di tipo sociale.



Sole 24 ore – Infodata : 16 dicembre 2018

In numeri

- 900 mila anziani non autosufficienti sono in carico ai servizi sanitari (31%) e
- 510 mila (18%) sono in carico ai servizi sociali.

Il fabbisogno stimato è invece di circa 2.800.000 anziani non autosufficienti; il che significa che la metà di loro non gode di un'assistenza diretta.

La maggior parte (51%) degli anziani non autosufficienti è assistita con sovvenzioni in denaro (assegno di accompagnamento)

Fig. 2.2 – L'assistenza in Italia agli anziani non-autosufficienti

Un recente rapporto (vedasi Il Sole 24 Ore del 16 Dicembre 2018) ha individuato gli elementi di criticità del “long term care” per gli anziani in Italia nei seguenti punti:

1 il sistema degli interventi di tipo sociale è molto debole: il numero degli utenti in carico è sensibilmente inferiore rispetto a quanto avviene per l'assistenza sanitaria (512.000 rispetto a 920.000). Nel 2018, rispetto alla rilevazione dell'anno precedente, si è ridotto del 24% il numero di posti per gli anziani in strutture che erogano unicamente servizi di tipo sociale.

Del pari critica è la situazione con riferimento al tema della residenzialità. Ancorché non si disponga di dati aggiornati, l'indagine Istat sulle spese per servizi sociali dei comuni evidenzia, per il quinquennio 2010-2015 un calo della spesa per servizi residenziali di circa il 3% e conferma l'elevata disomogeneità del servizio sul territorio nazionale.

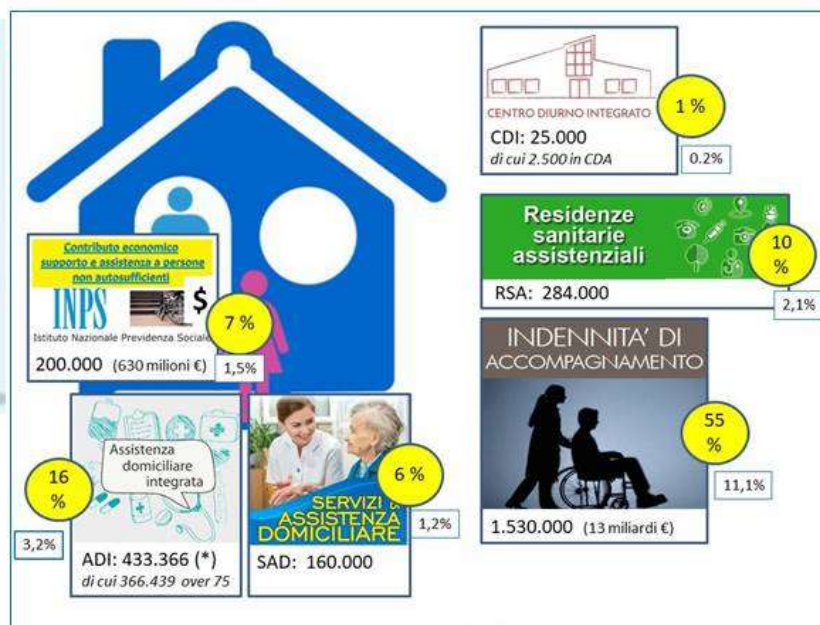
Nel 2015 l'Istat ha stimato in circa 1,3 miliardi di euro le risorse destinate dai Comuni alle politiche di welfare territoriale dedicate agli anziani. Il numero di ore di assistenza domiciliare per caso trattato è inferiore a 20 e la percentuale di comuni che offrono il servizio è inferiore al 50%.

2. Sul versante dell' assistenza sanitaria invece la debolezza principale è rappresentata dai servizi domiciliari per anziani non autosufficienti: pur essendo aumentata infatti l'utenza in carico all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) rispetto all'anno precedente, il valore economico degli interventi domiciliari di carattere sociosanitario è rimasto invariato. In altre parole si è allargata la platea di utenti serviti, diminuendo allo stesso tempo l' intensità assistenziale. Quest'ultima, già limitata nelle precedenti rilevazioni, è pari a una media di non più di due ore a settimana per utente anziano non autosufficiente (dati Monitoraggio LEA).

“L'ADI continua ad avere un ruolo marginale – commenta Roberto Bernabei, Presidente di Italia Longeva – e a essere fortemente sottodimensionata rispetto ai bisogni dei cittadini”.

3. In assenza di una risposta assistenziale formalizzata e adeguata ai bisogni, i cittadini si trovano spesso nelle condizioni di ricercare soluzioni rivolgendosi ad altri setting di cura, sia privati (pensiamo alla crescita del numero di badanti, che fra regolari e non si stimano essere 983.000) che “istituzionalizzati”, ovvero ricorrendo al ricovero ospedaliero.

Come sono assistiti in Italia i 2.760.000 anziani non autosufficienti (2018)



- Percentuale di assistiti rispetto al totale degli anziani non autosufficienti (2,8 milioni)
- Percentuale di assistiti rispetto al totale degli anziani (13,8 milioni)

Fig. 2.3 – I servizi socio-sanitari e socio-assistenziali per gli anziani non autosufficienti

2.2.1 L'elevata differenziazione nei servizi offerti

In Italia l'assistenza fornita agli anziani fragili è caratterizzata da un'elevata frammentarietà e differenziazione che coinvolge:

- a. la tipologia dell'assistenza (erogazione di servizi o sovvenzioni in denaro come indennità di accompagnamento oppure a volte voucher, assegni di cura al posto dell'erogazione diretta del servizio di tipo socio-assistenziale);
- b. la tipologia dei servizi erogati che come precedentemente detto possono essere di tipo domiciliare, residenziale o semi-residenziale;
- c. il soggetto pubblico che ha la responsabilità e sostiene i costi per il servizio (le Regioni e le ASL per la componente sanitaria e i Comuni e gli Ambienti Sociali Territoriali per la componente socio-assistenziale) e in molti casi con seri problemi di integrazione³;
- d. il soggetto che eroga il servizio (specie per i servizi socio-assistenziali offerti dai Comuni dove l'erogazione è fatta da parte di personale pubblico oppure da parte di organizzazioni/ cooperative convenzionate);

³ Risultano a carico del SSN le spese prettamente sanitarie come l'ADI e la quota sanitaria (50% del totale) dei costi relativi al soggiorno in RSA, mentre rientrano fra i costi dei Comuni i servizi SAD e la cosiddetta "quota alberghiera" delle RSA; i Comuni stabiliscono anche il livello di compartecipazione dell'utenza, generalmente in funzione del reddito ISEE.

- e. l'ambito territoriale (differenziazione a livello regionale e anche locale sul mix dei servizi offerti e sulla loro entità (fatta eccezione per l'indennità di accompagnamento per gli anziani disabili che è uguale in tutta Italia).

La differenziazione a livello regionale dei modelli di assistenza

Fra le varie regioni Italiane si riscontra un diversificato approccio nell'assistenza alla non autosufficienza: in alcuni casi si ha una preferenza verso i servizi domiciliari, in altri casi verso quelli residenziali. Anche nell'ambito del mix dei servizi domiciliari varia il rapporto fra i servizi più specificatamente socio-sanitari erogati dalle Regioni attraverso il Servizio Sanitario Nazionale e i servizi prettamente "sociali" erogati dai Comuni.

Si possono identificare sei differenti modelli di assistenza, come indicato nella seguente Tabella 1.9

Tab. 2.2 – Differenti modelli di assistenza

Modello di assistenza	Regioni principalmente interessate	Descrizione
Modello della residenzialità	Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Liguria e Trentino Alto Adige	Nettamente privilegiata l'assistenza residenziale; forte anche il SAD erogato dai Comuni; offerta bassa per quanto riguarda le sovvenzioni in denaro.
Modello dell'assistenza sanitaria domiciliare (ADI)	Emilia Romagna e Toscana	Tasso molto elevato di anziani che usufruiscono dell'ADI; poco sviluppati il SAD e le sovvenzioni in denaro, mentre l'assistenza residenziale. è di poco al di sopra della media italiana.
Modello dell'assistenza mista	Veneto e Friuli Venezia Giulia	I servizi assistenziali (ADI, SAD e servizi residenziali) sono adeguatamente sviluppati e ben armonizzati con l'assistenza attraverso trasferimenti monetari
Modello del cash-for-care	Umbria, Campania, Puglia e Calabria	Netta prevalenza dei trasferimenti monetari rispetto all'erogazione di servizi
Modello del cash-for-care misto	Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Basilicata, Sicilia e Sardegna	Prevalenza delle sovvenzioni in denaro ma sviluppati anche i servizi (soprattutto ADI e SAD)

Inoltre a livello regionale – e talora anche a livello locale – esistono differenziazioni nelle modalità di accesso, nell'intensità e nel costo delle prestazioni offerte (numero e tipologie di prestazioni erogate rispetto a quelle inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ore dedicate a ciascun caso, costo *pro capite* dei servizi). Riportiamo alcuni dati ricavati da un'indagine effettuata da Italia Longeva⁴:

- le ASL garantiscono agli anziani l'87% delle 31 prestazioni a più alta valenza clinico-assistenziale previste nei LEA, arrivando, in alcuni casi, ad offrire fino al 100% dei servizi, come avviene a Catania, Chieti e Salerno (vedasi riquadro sotto riportato sui LEA).
- E' forte la variabilità dei servizi ADI e degli accessi alle RSA in termine di percentuale sul totale della popolazione anziana (vedasi fig. 2.5).
- Un'evidente disomogeneità riguarda: a. il numero di accessi in un anno per paziente (si va da un minimo di 8 ad un massimo di 77 della ASP di Potenza); b. le ore di assistenza dedicate al singolo anziano, che

⁴ L'ASSISTENZA DOMICILIARE IN ITALIA : CHI LA FA, COME LA FA E BUONE PRATICHE - Rapporto a cura di Italia Longeva pubblicato nel 2018 (dati aggiornati al 2016 e a completamento del rapporto pubblicato nel 2017).

oscillano da un minimo di 9 ad un massimo di 75 nella Asl Roma 4. In tutti i casi, si tratta d'interventi principalmente a carattere infermieristico e, a seguire, fisioterapico e medico.

- All'ampia variabilità in termini di assistiti e attività erogate, corrispondono anche costi differenti per la singola presa in carico che variano dai 543 € della ATS Montagna agli oltre 1000 € della ASP Potenza, e non sempre a un minor carico assistenziale corrisponde una spesa inferiore.



Fig. 2.4 – Preferenze nelle varie regioni per modelli differenti di assistenza

Percentuale anziani (65+ anni) in ADI nel 2017



Percentuale anziani (65+ anni) in RSA nel 2017



Fonte: Ministero della Salute 2018

Fig. 2.5– Disponibilità di servizi domiciliari (ADI) e residenziali (RSA) nelle varie regioni d'Italia

Livelli essenziali di assistenza (LEA)

I Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket. I LEA sono organizzati in tre settori (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera).

I nuovi livelli LEA sono stati pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale del 18 marzo 2017 (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017). La seguente tabella indica i risultati del monitoraggio LEA nelle varie regioni pubblicati nel 2017

Tab. 2.3 – I livelli LEA nelle varie regioni

Regione	Punteggio complessivo 2017	Regione	Punteggio complessivo 2017
Piemonte	221	P.A. Trento (*)	185
Veneto	218	Lazio	180
Emilia Romagna	218	Puglia	179
Toscana	216	Molise	167
Lombardia	212	Sicilia	160
Umbria	208	Campania	153
Abruzzo	202	Valle d'Aosta (*)	149
Marche	201	Sardegna (*)	140
Liguria	195	Calabria	136
Friuli Venezia Giulia (*)	193	P.A. Bolzano (*)	120
Basilicata	189		
	ADEMPIENTE: punteggio ≥ 160 oppure compreso fra 140 e 160 e nessun indicatore critico (con punteggio di valutazione <3)		
	INADEMPIENTE: punteggio < 140 oppure compreso fra 140 e 160 con almeno un indicatore critico (con punteggio di valutazione <3)		

(*) Regioni non sottoposte a verifica adempimenti

2.3 L'Assistenza Domiciliare (ADI e SAD)

2.3.1 Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) erogato dalle ASL

La più recente analisi sull' Assistenza Domiciliare e in particolare sull' ADI è quella effettuata da Italia Longeva ed è relativa agli anni 2016 e 2017⁵; è stato analizzato un totale di 35 Asl distribuite in 18 Regioni, che offrono servizi territoriali a circa 22 milioni di persone, ossia oltre un terzo della popolazione italiana.

Il trend dell'offerta di cure domiciliari di tipo socio-sanitario (ADI) agli anziani si conferma in crescita (+0,2% rispetto al 2016), ma resta ancora un privilegio per pochi: ne gode solo il 3,2% degli Italiani over65, con una forte variabilità a seconda delle aree del Paese o addirittura all'interno della stessa Regione.

⁵ LA BABELE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE IN ITALIA: chi la fa, come si fa – Rapporto a cura di Italia Longeva pubblicato nel 2017 (dati aggiornati al 2016);

L'ASSISTENZA DOMICILIARE IN ITALIA : CHI LA FA, COME LA FA E BUONE PRATICHE - Rapporto a cura di Italia Longeva pubblicato nel 2018 (dati aggiornati al 2016 e a completamento del rapporto pubblicato nel 2017).

Secondo i dati del Ministero della Salute gli anziani assistiti in ADI sono passati dall'1,8% del 2014 al 3,2% del 2017 (in valore assoluto da 486.000 a 799.000. Le prese in carico nel 2017 sono state 860.000 includendo anche il livello base di CIA (meno di 1 intervento domiciliare a settimana); se si esclude il livello base, le prese in carico sono state 492.000.

Anziani assistiti in ADI in Italia

(Fonte: Ministero Salute – NSIS / SIAD – ripresi da Rapporto Italia Longeva 2018)

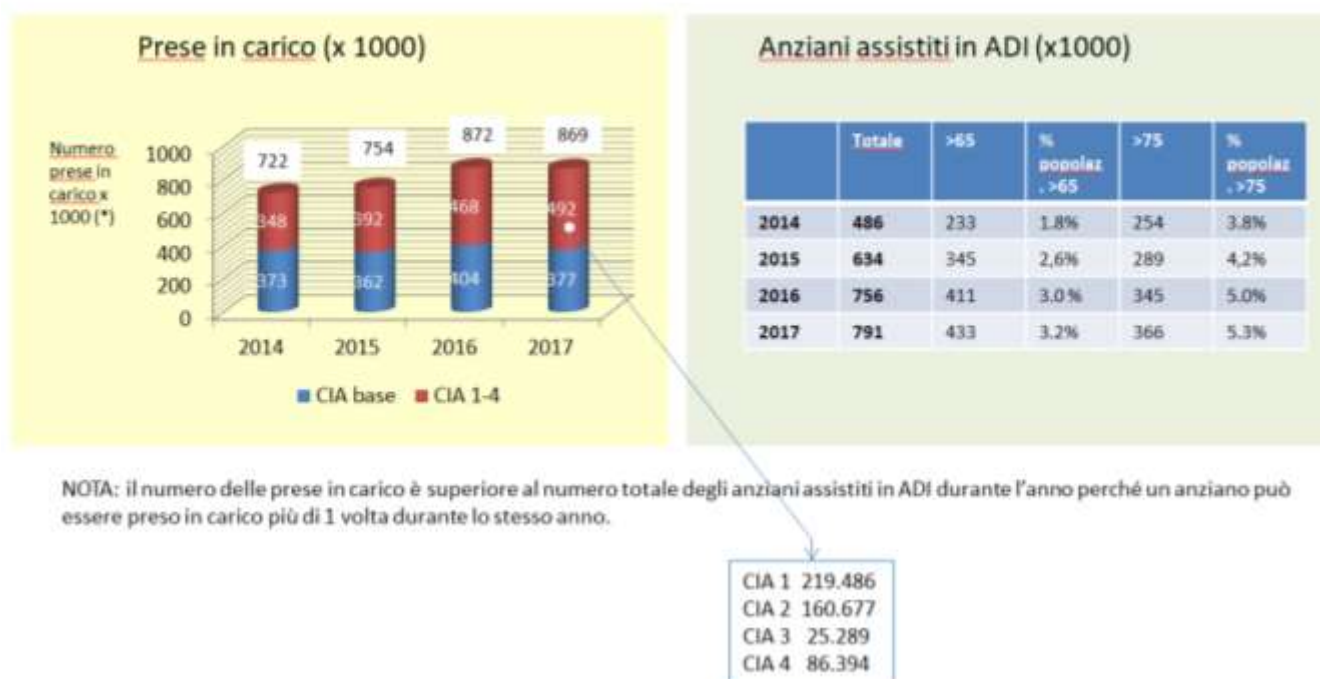


Fig. 2.6 – Prese in carico e Anziani assistiti in ADI in Italia

A. Il servizio ADI nelle varie regioni d'Italia

La tabella seguente mostra la distribuzione del servizio ADI nelle varie regioni d'Italia. I dati relativi alla copertura sono aggiornati al 2017 (studio realizzato da Italia Longeva e pubblicato nel 2018 (fonte v)). Sono riportati anche i dati relativi agli anni precedenti che evidenziano le variazioni spesso "altalenanti" delle prestazioni.

Tab. 2.4 – Servizi ADI – Copertura e ore medie per caso nelle varie regioni

	Copertura					ore medie per caso		Media ponderata CIA
	Dati 2013 (i)	Dati 2014 (ii)	Dati 2015 (iii)	Dati 2016 (iv)	Dati 2017 (v)	Dati 2013 (i)	Dati 2013 (iv)	Dati 2013 (i)
MEDIA NAZION.	4,8 (a)	2,3	1,88	2,8	3,2 (b)	17	18	0,4
Piemonte	2,6	3,2	3,14	3,2	2,9	13	14	0,4
Valle d'Aosta	0,3	0,4	0,35	0,4	0,2	39	30	
Lombardia	3,8	2,6	2,56	3,0	1,8	18	20	0,41
Liguria	3,4	3,3	3,52	3,4	3,4	29	28	0,37
Trentino Alto Adige	2,0	4,1	3,79	3,9	3,9		15	
Veneto	5,7	2,8	2,34	4,2	7,2	9	10	0,36
Friuli Venezia Giulia	6,9	1,5	2,68	2,7	3,1	7	7	
Emilia Romagna	10,4	4,2	4,12	4,2	4,6	12	13	0,36
Toscana	10,6	2,8	3,0	3,6	3,7	8	8	0,39
Umbria	4,3	1,5	2,05	2,3	3,1	23	26	0,39
Marche	2,9	1,6	1,86	2,1	2,9	27	28	0,37
Lazio	4,8	1,1	1,57	0,3	1,9	17	19	0,38
Abruzzo	5,4	2,9	3,72	3,6	3,1	31	31	0,44
Molise	3,9	2,9	4,34	5,1	8,4	50	54	0,42
Campania	3,1	1,2	1,36	1,9	2,7	32	35	0,47
Puglia	2,3	1,6	2,20	3,0	3,7	39	38	0,42
Basilicata	6,3	2,1	2,21	1,1	1,9	44	41	0,47
Calabria	2,9	0,3	1,58	1,4	1,4	22	23	0,37
Sicilia	4,1	2,9	3,55	3,5	4,4	27	30	0,46
Sardegna	2,7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	23	23	n.d.

Note: (a) Se si eliminano i casi di assistenza sporadica a domicilio (CIA di livello 0) la percentuale si riduce all' 1,84%.
 (b) La percentuale considerando solo gli anziani con età di 75 anni e oltre è del 5,3%

Le fonti utilizzate sono:

- L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA 6° Rapporto 2017/2018 Il tempo delle risposte - Rapporto promosso dalla Fondazione Cenci Galligani a cura di NNA Network Non Autosufficienza (dati aggiornati al 2015).*
- Ministero Salute – NSIS – Sistema Informativo per l'Assistenza Domiciliare SIAD*
- Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA - Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Metodologia e Risultati dell'anno 2017*
- Italia Longeva – La Babele dell' Assistenza domiciliare in Italia : chi la fa, come si fa – Rapporto pubblicato nel 2017 (dati aggiornati al 2016) (dati ricavati da Ministero Salute – NSIS – Sistema Informativo per l'Assistenza Domiciliare SIAD*
- L'ASSISTENZA DOMICILIARE IN ITALIA : CHI LA FA, COME LA FA E BUONE PRATICHE - Rapporto a cura di Italia Longeva pubblicato nel 2018 (dati ricavati da Ministero Salute – NSIS – Sistema Informativo per l'Assistenza Domiciliare SIAD – dati relativi al 2017)*

Il servizio ADI è molto diffuso (copertura del servizio superiore alla media Italiana) in Molise (8,4%), in Veneto (7,2%), Emilia Romagna (4,6%), Sicilia (4,4%), Trentino (3,9%), Toscana e Puglia (3,7%).

B. Alcune considerazioni sull' ADI in Italia⁶

- ❖ **Disparità territoriali nei servizi**, in termini di tipologia delle prestazioni, modalità di erogazione e intensità⁷ ;
- ❖ **scarsa integrazione tra servizi sanitari e socio-assistenziali**: nonostante la priorità e l'importanza ufficialmente attribuita all'integrazione tra ADI e SAD il raccordo tra questi è spesso inesistente o marginale. Dati ISTAT (2019) indicano che solo lo 0,6% degli anziani beneficia contemporaneamente sia di SAD che ADI integrati tra loro (vedasi nota 1);
- ❖ **bassa intensità media dell'assistenza domiciliare specie di tipo sanitario** (meno di 20 ore per utente all'anno) che presumibilmente non riesce a coprire tutti i bisogni sanitari degli assistiti)⁸
- ❖ **predominanza dei trasferimenti monetari (indennità di accompagnamento) rispetto alla erogazione di servizi**;
- ❖ **un ruolo ancora molto marginale dell'innovazione tecnologica nell' ADI**, sia nei processi che nelle attività, a partire dalla scarsa informatizzazione dei dati di monitoraggio e delle informazioni sui pazienti fino al davvero ridotto ricorso alle grandi opportunità offerte dalla tecno-assistenza a domicilio;
- ❖ esiste invece **una larga gamma di esperienze e di buone pratiche diffuse sul territorio nazionale**, talvolta poco note e confinate in ambiti circoscritti, in cui sono presenti con evidenza gli aspetti più qualificanti dei servizi e in cui appare manifesta la loro capacità di rispondere con efficacia ai bisogni degli anziani e delle persone più fragili. Elementi distintivi in tutte queste «best practices» sono proprio l' integrazione socio-sanitaria, con un ruolo del sociale che appare molto più evidente rispetto alle esperienze ordinarie, e una capacità di affrontare la multidimensionalità dei bisogni della terza età e della cronicità⁹;
- ❖ l'esigenza di un monitoraggio e una valutazione dei risultati e delle performance dei servizi resi.

Nota 1: Un esempio di buona pratica è quella realizzata a Firenze dove – grazie a un protocollo firmato dal Comune, dall'ASL e da cooperative di servizio – è stata creata la figura dell' “operatore sociale specializzato in servizi infermieristici”.

2.4 L'assistenza residenziale

Esistono vari tipi di strutture residenziali così come riportato dalla ricerca CGIL-SPI¹⁰. Ognuna di esse è orientata a un diverso livello di assistenza.

⁶ Vedasi:

- L'ASSISTENZA DOMICILIARE IN ITALIA : CHI LA FA, COME LA FA E BUONE PRATICHE - Rapporto a cura di Italia Longeva pubblicato nel 2018 (dati aggiornati al 2016 e a completamento del rapporto pubblicato nel 2017);
- F. Barbarella et al. : “L'assistenza domiciliare: una comparazione con altri paesi europei” in I luoghi della cura on line – numero 3 Giugno 2019.

⁷ C'è da osservare che non sempre la disomogeneità e frammentarietà fra le regioni sono un elemento negativo in quanto sono evidentemente legate alla specificità dei luoghi e dei bisogni espressi dalla popolazione anziana

⁸ Barbarella F., Poli A et al. (2017): *La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in Network Non Autosufficienza (NNA) - L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° Rapporto; Maggioli Editore, pp. 33-54.

⁹ Vedasi il già citato rapporto di Italia Longeva pubblicato nel 2018.

¹⁰ CGIL-SPI : L'Osservatorio sulle residenze per gli anziani in Italia – Ottobre 2017 - Abstract a cura dell' IRES Morosini (*)

CGIL-SPI: La comunicazione delle strutture residenziali per anziani in Italia – Luglio 2018 – Rapporto completo

Tab. 2.5 – Tipologie di strutture residenziali

Livello di Assistenza	Tipologia Residenzialità	Utenti	Assistenza Sanitaria	Numero stimato di strutture
Basso	Case/Comunità Alloggio	Anziani Autosufficienti e/o Soli	Assistenza Sanitaria di base o ambulatoriale	Circa 1100 strutture di vario tipo (il 17% del totale)
	Residenze Sociali Assistite			
	Case Albergo			
	Case Famiglia			
Medio	Casa di riposo	Anziani Almeno	Assistenza Sanitaria di base	Circa 2617 strutture (40,4% del totale) tra le quali soprattutto le case di riposo (1800 circa)
	Casa Soggiorno	Parzialmente		
	Casa Vacanza	Autosufficienti		
Elevato	Casa/Residenze Protette	Non Autosufficienti	Assistenza Sanitaria e Riabilitativa	Circa 2670 strutture (41,2% del totale) tra le quali soprattutto RSA
	Residenze Sanitarie Assistenziali			
Variabile	Centri diurni	Vari gradi di Non Autosufficienza	Assistenza Sanitaria e Aiuto allo sviluppo di Autonomia	

Le strutture residenziali e semiresidenziali dedicate specificatamente a chi ha problemi di demenza / Alzheimer saranno analizzati in una sezione separata.

RSA – Residenze Sanitarie Assistenziali

La RSA è una struttura residenziale non ospedaliera, che fornisce prestazioni sanitarie e di recupero funzionale ad anziani in condizioni di non autosufficienza fisica e psichica, parziale o totale, privi del supporto familiare idoneo a consentire la prestazione a domicilio degli interventi sanitari e dell'assistenza necessari.

La RSA fornisce assistenza per le attività quotidiane, assistenza medica di base e specialistica, assistenza infermieristica diurna e notturna, assistenza psicologica, trattamenti riabilitativi, attività di socializzazione, ricreative, culturali e occupazionali, servizi propri di un trattamento alberghiero, quali fornitura pasti, lavanderia, ecc.

La RSA può essere una struttura pubblica o privata accreditata ovvero una struttura completamente privata.

2.4.1 I dati in sintesi

Gli studi più recenti sono due:

- Un' analisi delle strutture residenziali per anziani non autosufficienti fatta da CGIL – SPI ¹¹ con dati che vanno fino a inizio 2018;
- Il rapporto dell'ISTAT “I Presidi Residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari”¹² con dati aggiornati a Dicembre 2015.

L' indagine CGIL-SPI - effettuata con la collaborazione dell'IRES Morosini – utilizza le informazioni reperite su internet (motori di ricerca, elenchi regionali, siti web delle strutture residenziali, offerte commerciali) e analizza RSA, case di riposo, case famiglia, case albergo, residenze protette, ecc. Sono state mappate 6475 strutture residenziali per anziani ma i dati ottenuti si riferiscono a 4455 di esse.

Le informazioni riguardano fra l'altro i posti letto disponibili e il tipo di utenza ammessa, i servizi erogati, le rette praticate, il personale (in organico e in convenzione), il possesso di certificazioni di qualità, ecc.

Il rapporto ISTAT considera tutte le strutture residenziali (anche quelle non specificatamente dedicate agli anziani) individuando 12.828 presidi e 15.344 strutture.

¹¹ “La comunicazione delle strutture residenziali per anziani in Italia – a cura di CGIL SPI – rapporto pubblicato in Luglio 2018

¹² ISTAT Statistiche Report – «I Presidi Residenziali socio-assistenziali e Socio-sanitari» pubblicato il 23 Maggio 2018

La frammentarietà e la grande varietà di strutture rende difficile un'analisi quantitativa affidabile. Uno dei problemi ad esempio è rappresentato dalle micro strutture residenziali (case famiglia, comunità a carattere familiare) che si trovano soprattutto al Sud; a esse infatti se con meno di 7 posti letto non è richiesta alcuna autorizzazione (è necessaria solo la Dichiarazione d'Inizio Attività (DIA)) per cui sfuggono a ogni controllo.

La tabella seguente fornisce i principali dati a livello nazionale

Tab.2.6 – Dati di sintesi sulle strutture residenziali in Italia

	ISTAT 2015	CGIL-SPI 2017-18 (dati relativi a 4455 strutture per anziani sulle 6475 mappate)	NOTE
Numero strutture	15.344 (allocati in 12.828 presidi): 8524 di tipo socio-sanitario (55%); 6820 di tipo socio-assistenziale (45%)	Riservate agli anziani : 6.475	
Tipologia	<ul style="list-style-type: none"> • Settore pubblico: 16% • Settore privato: 70% (non profit: 48%); • enti di natura religiosa (13%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Settore pubblico: 17% • Settore privato: 67,4%; • non noto: 15,6% 	
Numero anziani assistiti	288.000 (di essi oltre 218.000 sono non-autosufficienti) <ul style="list-style-type: none"> • Nord: 198.000 (68%) • Centro:42.000 (15%) • Sud e isole: 48.000 (17%) 	261.088 (stima)	
Numero posti letto	390.689 (293.000 (75.2%) strutture socio-sanitarie; 96.000 (24.5%) strutture socio-assistenziali) Numero posti letto occupati da anziani: 286.972 (74%) (vedi nota)	Occupati da anziani : 261.088 Nord: 195.000 (75%); Centro:33.700 (13%); Sud e isole: 32.100 (12%)	ISTAT: <ul style="list-style-type: none"> • anziani: 286.892 • Minori: 19.110 posti letto; • Disabili: 31.134 p.l.; • dipendenze: 7433; • adulti con disagio sociale: 19789; • immigrati: 8508; • ospiti con problemi mentali: 16.229; • multiutenze: 1.311 p.l.; • non precisato: 282 p.l. Totale: 390.689 posti letto (dati ISTAT 2015)

Fig. 2.7 - Distribuzione posti letto per aree geografiche

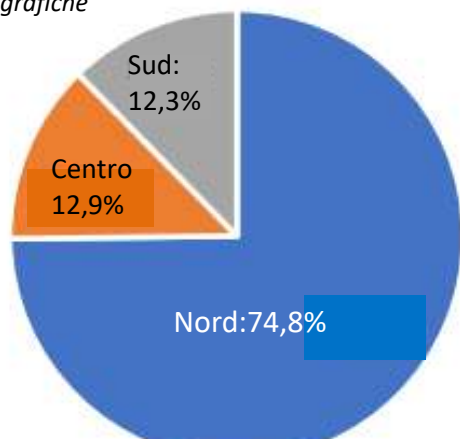


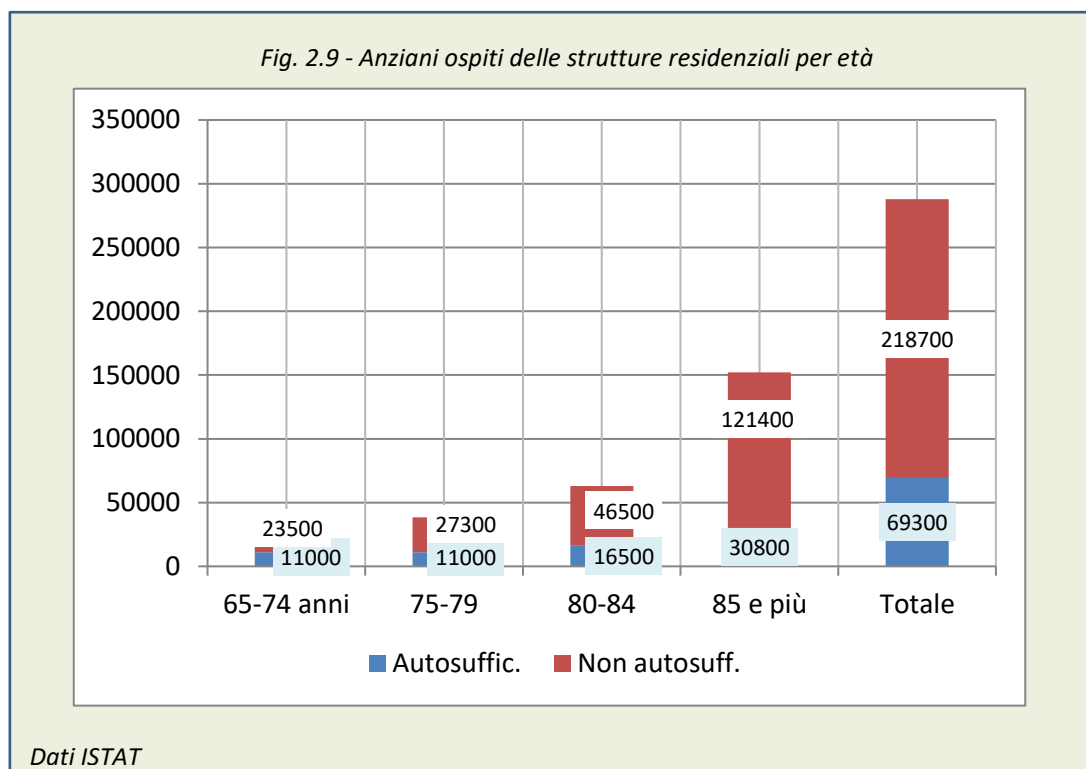
Fig. 2.8 - Dimensione delle strutture sulla base dei posti letto (stima CGIL – SPI)

- **43%** sono di piccole dimensioni (meno di 50 posti letto);
- **57%** hanno dimensioni medie e grandi (da 51 a più di 100 posti letto).

Le strutture residenziali di piccole dimensioni si trovano soprattutto al Sud.

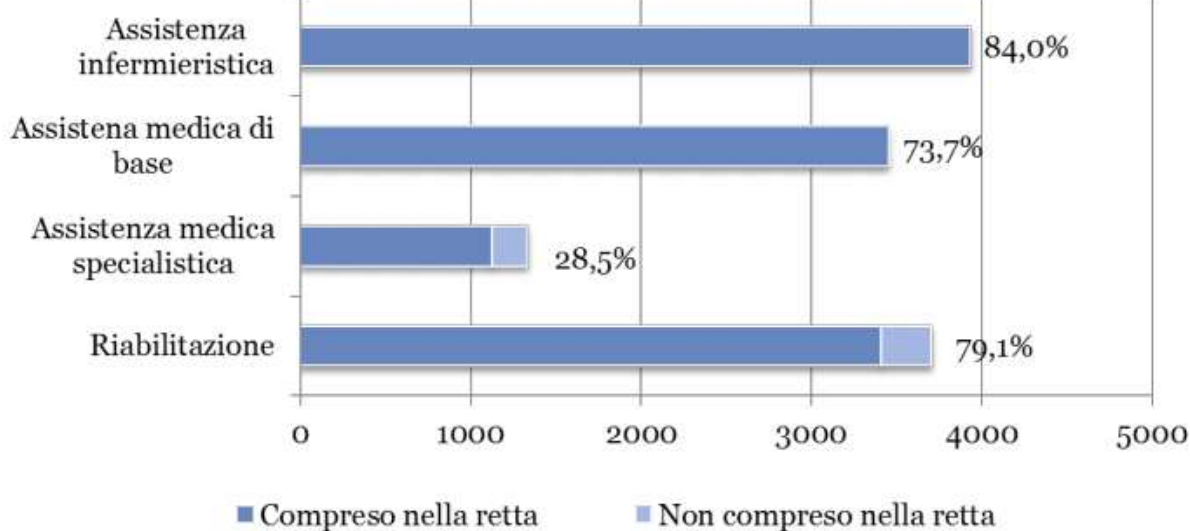
Gli anziani ospiti nelle strutture per fascia di età

Il seguente grafico mostra la suddivisione per fascia di età degli anziani ospiti in strutture residenziali distinguendoli fra autosufficienti e non autosufficienti.

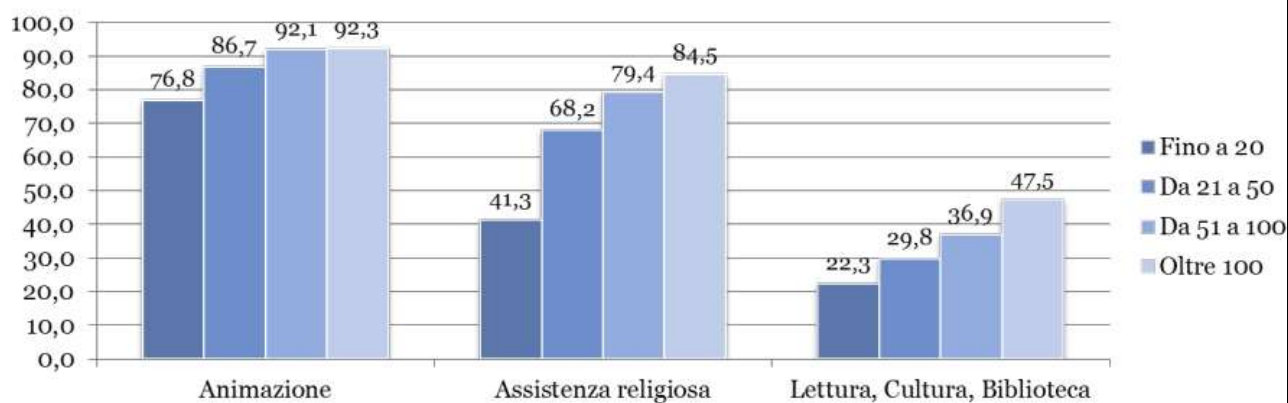


2.3.2 I servizi offerti

A. Servizi di tipo sanitario



B. Servizi di tipo sociale



Servizi sociali offerti (valore percentuale sul totale delle strutture di una data dimensione) sulla base della dimensione delle strutture espressa in posti letto

Fig. 2.10 – Servizi offerti nelle strutture residenziali per anziani

C. Le figure professionali



Fig. 2.11 - Strutture residenziali per figure professionali presenti (valori percentuali; dati CGIL-SPI)

2.3.3 Le strutture residenziali nelle varie regioni

Tab. 2.7 – Le strutture residenziali in Italia

	Strutture residenziali		Posti letto riservati agli anziani		Copertura posti letto (% anziani residenti)
	ISTAT 2015	CGIL-SPI 20917-18 (*)	ISTAT 2015	CGIL-SPI 20917-18 (*)	Ministero Sanità 2017
ITALIA	15.344	6.475	286.892	261.088	2,1
Piemonte	1264	767	38527	42410	2,9
Valle d'Aosta	55	43	1038	1103	0,1
Lombardia	1701	661	61216	60060	3,9
Liguria	563	314	11421	14799	3,0
Trentino Alto Adige	507	126	9065	7263	9,6 (P.A. Trento)
Veneto	933	389	32967	32935	3,4
Friuli Venezia Giulia	355	194	9874	11042	3,0
Emilia Romagna	1530	796	31491	25841	2,6
Toscana	906	449	17402	14324	1,3
Umbria	255	113	2916	2450	2,9
Marche	438	169	8520	4839	2,7
Lazio	1030	564	14731	11992	0,8
Abruzzo	160	128	3916	2342	1,2
Molise	71	64	1531	740	0,2
Campania	471	321	5650	3533	0,1
Puglia	578	239	9129	8319	0,7
Basilicata	140	70	2168	1312	0,5
Calabria	318	221	3658	5744	1,5
Sicilia	1203	618	16226	6198	0,9
Sardegna	350	229	5447	3842	n.d.

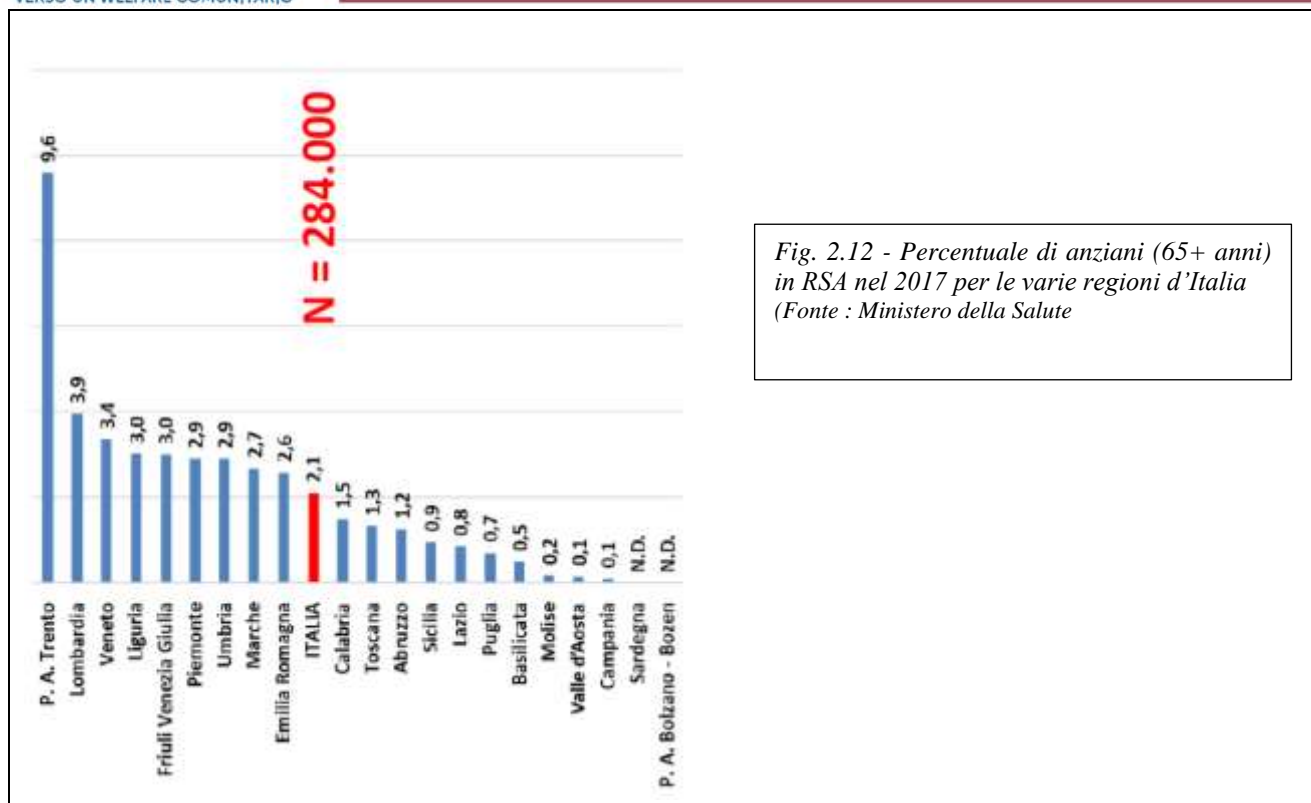


Fig. 2.12 - Percentuale di anziani (65+ anni) in RSA nel 2017 per le varie regioni d'Italia (Fonte : Ministero della Salute)

Secondo un rapporto della Federsociale riportato dal numero 1/2019 della rivista AeA (Abitare e Anziani) “in Italia mancano circa 250.000 posti letto per anziani e disabili e anche in questo settore il Paese viaggia a due velocità diverse: al Nord esistono strutture di media e alta intensità (RSA, RSD, case di cura per lunghi degenti) mentre al Sud questo tipo di residenze coprono a malapena il 30% delle esigenze. La logica conseguenza di queste carenze è il boom di ricoveri impropri di anziani in ospedale specie nei mesi estivi e durante le festività”.

La differenza fra Nord e Sud non è solo quantitativa ma anche qualitativa.

A. RSA di eccellenza

Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere, premia ogni 2 anni le migliori Residenze Sanitarie Assistenziali, pubbliche o private accreditate. Per il biennio 2019-20 sono state premiate 153 strutture a cui sono state conferiti i “Bollini RosaArgento”; sono strutture “attente al benessere, alla tutela della dignità e in grado di garantire una gestione personalizzata, efficace e sicura delle persone ricoverate”. Tutto quanto nella logica di curare, ma anche di “prendersi cura” delle persone anziane.

Il riconoscimento è alla sua seconda edizione. Le 153 strutture premiate distribuite sul territorio nazionale sono in possesso dei requisiti identificati da una Commissione multidisciplinare di esperti, considerati importanti per garantire la migliore accoglienza degli ospiti che includono non solo caratteristiche socio-sanitarie, come appropriatezza dell’assistenza clinica, caratteristiche strutturali e servizi offerti, ma anche grande attenzione al lato umano dell’assistenza e della cura per garantire agli ospiti una buona qualità di vita e una permanenza dignitosa all’interno dell’RSA. Sulla base di questi criteri è stato attribuito il massimo riconoscimento (tre bollini) a 60 RSA, 92 hanno ricevuto 2 bollini e 1 struttura ha ottenuto 1 bollino.

Molte delle RSA premiate sono concentrate nelle Regioni del Nord e del Centro Italia, tuttavia rispetto alla precedente edizione sono state riconosciute anche nuove strutture in Calabria e Sardegna. Anche questo elemento geografico è fortemente significativo poiché rappresenta un tentativo di rispondere positivamente alla problematica italiana della difformità regionale rispetto all’accesso ai servizi.

Come affermato dal dr. Claudio Mencacci “Recentissimi studi”, afferma Claudio Mencacci, Presidente Dipartimento di salute mentale ASST FBF Sacco, Milano, “confermano l’importanza, per i pazienti anziani ricoverati in una RSA,

di contrastare in particolare due sintomi frequentemente associati a depressione per ridurre l'incremento del decadimento cognitivo: uno psichico, l'apatia, e l'altro fisico, la sarcopenia, ossia la riduzione di massa muscolare. In particolare, l'apatia, caratterizzata da un deficit di motivazione, ridotta iniziativa e indifferenza affettiva, aumenta di due volte il rischio relativo di decadimento cognitivo ed è una condizione abbastanza frequente nella popolazione anziana con deficit cognitivi interessando dal 20 al 50% dei soggetti". Nell'assegnare i riconoscimenti un'attenzione particolare è stata dedicata proprio alle strutture che si sono impegnate nel migliorare la qualità di vita degli assistiti attraverso progetti volti a stimolare le funzioni cognitive, psico-motorie e relazionali e favorire l'autonomia e le capacità degli anziani mediante un approccio non convenzionale.

Regione	Numero RSA premiate	Di cui con il massimo punteggio (3 bollini)
Nord Italia		
Liguria	8	3
Piemonte	15	4
Lombardia	63	29
Veneto	3	
Trentino	4	
Friuli	3	
Emilia Romagna	2	
Totale Nord Italia	98	36
Centro Italia		
Umbria	4	3
Marche	6	2
Lazio	21	13
Toscana	10	4
Totale Centro Italia	41	22
Sud Italia		
Abruzzo	3	1
Calabria	1	1
Puglia	7	
Sicilia	2	
Sardegna	1	
Totale Sud Italia	14	2
TOTALE	153	60

2.5 Servizi semi-residenziali

2.5.1 La RSA aperta

La RSA Aperta è una misura innovativa che offre la possibilità di usufruire di servizi sanitari e sociosanitari utili a sostenere la permanenza al domicilio della persona il più a lungo possibile e a rinviare nel tempo la necessità di un ricovero in una struttura residenziale.

In relazione alla tipologia di bisogno di ciascun utente si può accedere a un set di prestazioni in modalità flessibile. Ciascuna Regione definisce i criteri di ammissione allo strumento (es. in Lombardia: demenza certificata o anziani non autosufficienti di età pari o superiore a 75 anni, riconosciuti invalidi civili al 100%).

In ogni caso le persone devono disporre di almeno un care giver familiare e/o professionale che presta assistenza a casa.

2.6 L'ospedalizzazione dell'anziano

2.6.1 Le Unità geriatriche per Acuti (UGA)

In alcuni ospedali ci sono reparti specificatamente dedicati agli anziani, le Unità Geriatriche per Acuti (UGA).

Nell' UGA il team assistenziale prevede l'intervento, oltre che del geriatra, dell'infermiere, dell'operatore sociosanitario (OSS), del fisioterapista e dell'assistente sociale e anche – ove opportuno – di altre figure professionali (logopedista, terapeuta occupazionale, psicologo, dietista), in un'ottica d'intervento multidimensionale.

A partire dalla prima metà degli anni Ottanta, numerose e solide evidenze scientifiche hanno dimostrato che un modello di cura dell'anziano fragile ospedalizzato, incentrato sull'UGA, produce esiti di salute significativamente migliori rispetto a quelli ottenuti da servizi non geriatrici.

Purtroppo le UGA sono poche e distribuite in modo molto disomogeneo sul territorio nazionale. Con le rare eccezioni di alcune Regioni, l'attuale dotazione di posti letto nelle UGA in Italia è pari a meno del 5% del totale di quelli internistici. Considerando che gli anziani rappresentano circa il 40% dei ricoveri in area medica e stimando che, di questi, almeno il 20-25% ha problemi che renderebbero vantaggioso l'affidamento alla geriatria, si desume che la dotazione di posti letto in UGA dovrebbe decisamente aumentare.

2.6.2 Ricovero in hospice

L'hospice è una struttura che offre cure palliative nelle ultime fasi della vita a persone affette da varie malattie (prognosi infausta di circa tre mesi) accompagnandole fino alla morte con un appropriato sostegno medico, psicologico e spirituale.

2.7 L'assistenza fornita da familiari e da caregiver informali

Si stima che i familiari che operano come caregivers informali siano circa 3 milioni a cui si aggiungono circa 830.000 assistenti familiari (badanti); tra i caregivers 1 su 5 è anziano.

La famiglia assume un ruolo chiave e l'accompagnamento da parte di operatori del sistema sanitario e socio-sanitario durante il decorso della malattia diviene funzione essenziale per dare un supporto ai familiari. La gestione di persone con patologie complesse come la demenza ha evidenziato il bisogno da parte dei familiari di orientamento e supporto per affrontare la rapida evoluzione dei bisogni.

Per questo motivo sono nate le Scuole di Assistenza Familiare con corsi gestiti da professionisti ASL che operano nel settore, con il coinvolgimento di MMG e specialisti; l'obiettivo è quello di favorire nelle persone impegnate nella cura di un congiunto l'acquisizione di:

- indicazioni su come orientarsi per quanto riguarda i servizi del territorio, per rendere più chiara e mirata la richiesta di aiuto e facilitare l'accesso ai servizi;
- conoscenze specifiche rispetto alle patologie croniche, con particolare riferimento al processo di invecchiamento, per garantire maggior dimestichezza con i problemi della disabilità;
- strumenti per migliorare l'approccio alla malattia, al malato e meglio gestire le dinamiche relazionali;
- consigli pratici su come gestire gli ausili e come comportarsi nei confronti del familiare non più autosufficiente, nel soddisfare i bisogni della vita quotidiana, quali l'alimentazione, l'igiene personale e la mobilitazione;
- indicazioni sull'organizzazione degli spazi per renderli adeguati alle persone affette da demenza, che richiedono un intenso impegno di tutela.

Un ruolo particolarmente importante è quello che hanno assunto gli psicologi.

Capitolo 3: Servizi sanitari e socio-sanitari per le demenze

3.1 Il Piano Demenze

Da parte del Ministero della salute, nell'Ottobre 2014 è stato proposto alla Conferenza Stato-Regioni, che lo ha approvato, un Piano Demenze (aggiornato nel 2015) che si propone di ridefinire le strutture specialistiche per la presa in carico diagnostica e terapeutica come i Centri per disturbi cognitivi e demenze (CDCD) che ereditano i compiti prima attribuiti alle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA).

L'obiettivo è ambizioso: prendere in carico tutte le persone affette da demenza, dove l'Alzheimer rappresenta circa un 60% della casistica. Si pone anche l'accento a una presa in carico integrata socio-sanitaria, che resta ad oggi uno dei più grossi problemi nell'assistenza a questa tipologia di persone.

Il piano prevede anche:

1. il sostegno ai carers,
2. creazione di una rete integrata per le demenze di carattere socio-sanitario per adottare percorsi diagnostico-terapeutici (PDTA) adeguati;
3. la definizione di linee guida, adeguatamente monitorate e realizzando interventi formativi adeguati;
4. investimenti per la riduzione dello stigma con particolare attenzione ai caregiver.

3.1.1 Il percorso diagnostico - terapeutico - assistenziale (PDTA) per la demenza

Il PDTA è lo strumento di governo della presa in carico del paziente con disturbi di demenza e della famiglia nell'intero decorso della malattia, dal sospetto al fine vita, con un'attenzione anche alla sua famiglia.

Il piano è costruito con la condivisione degli addetti ai lavori, fra cui in primis le strutture per le demenze, i medici di Medicina generale (MMG) e quelli dei servizi territoriali.



Fig. 3.1 – Il percorso di assistenza per gli anziani con demenza

A. Il Punto Unico di Accesso (PUA)

A fronte di quanto disponibile nel Servizio Sanitario Nazionale e nei servizi sociali territoriali, si è voluto creare un riferimento unitario. Esso - previsto da quasi tutte le Regioni - è rappresentato dal PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA), che opera come centro di accoglienza e successiva gestione del paziente.

Primo compito del PUA è la valutazione del caso (Valutazione Multidimensionale – VMD)

Nel PUA si incontrano tutte le professionalità dedicate, che in alcuni casi si avvalgono di una nuova figura, il *case manager*, professionista della valutazione del bisogno e soggetto chiave per la successiva erogazione integrata dei diversi servizi valutati come necessari per la gestione della non autosufficienza.

B. La Valutazione Multidimensionale (VMD) del caso

In maniera sommaria i bisogni del paziente possono essere distinti in “bisogni semplici” e “bisogni complessi”, come indicato nella seguente tabella

Tab. 3.1 – I bisogni dell'anziano con forme di demenza

Bisogni semplici	<p>Quelli che possono essere soddisfatti da un solo operatore e in un tempo definito quale, per esempio, la richiesta di un sostegno economico temporaneo o il riconoscimento dell'invalidità civile.</p> <p>Tali procedimenti in ogni caso necessitano di informazioni e accompagnamento al servizio erogatore da parte del PUA con una valutazione multidimensionale di primo livello.</p>
Bisogni complessi	<p>Es: disabilità grave, pluri-patologia o carenza di supporto informale.</p> <p>In questi casi il PUA attiva la valutazione multidimensionale di secondo livello (VM 2) eseguita da un' UNITA' VALUTATIVA MULTIDISCIPLINARE (UVM) composta da:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il case manager, • lo specialista geriatra, • l'assistente sociale <p>La valutazione è discussa con il medico di medicina generale.</p> <p>La VM2 determina l'eventuale allocazione dell'anziano non autosufficiente nei servizi territoriali sociali e/o sanitari (ADI, assistenza domiciliare, Centri Diurni, Casa di Riposo, Residenza Assistenziale Sanitaria (RSA)).</p> <p>Per l'assistenza domiciliare integrata è prevista anche la modalità di attivazione semplificata, gestita direttamente dal medico di medicina generale, in particolare nei casi in cui la situazione sanitaria del paziente determina l'indifferibilità di un primo intervento.</p>

C. Gestione Integrata della Demenza (Case management)

Adottata con successo nella gestione di altre malattie croniche (malattie oncologiche, diabete), la Gestione Integrata consiste nella presa in carico del paziente e della sua famiglia da parte di un clinico esperto e/o di un centro esperto. La presa in carico prevede l'inserimento del paziente in un percorso clinico-assistenziale dove, a seconda delle fasi della malattia, il clinico o il centro esperto definiscono, in accordo con gli interessati, l'intervento più appropriato.

Nella Gestione Integrata il paziente e i suoi cari rappresentano il centro di una rete di cui fanno parte i servizi specialistici ambulatoriali, i Centri Diurni, i servizi di assistenza domiciliare, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), le Lungodegenze, l'Ospedale.

L'adozione di una gestione integrata sembra permettere un rallentamento nella progressione della malattia e un miglioramento della qualità di vita per il malato e i suoi familiari. Purtroppo attualmente questo tipo di intervento è limitato a poche realtà.

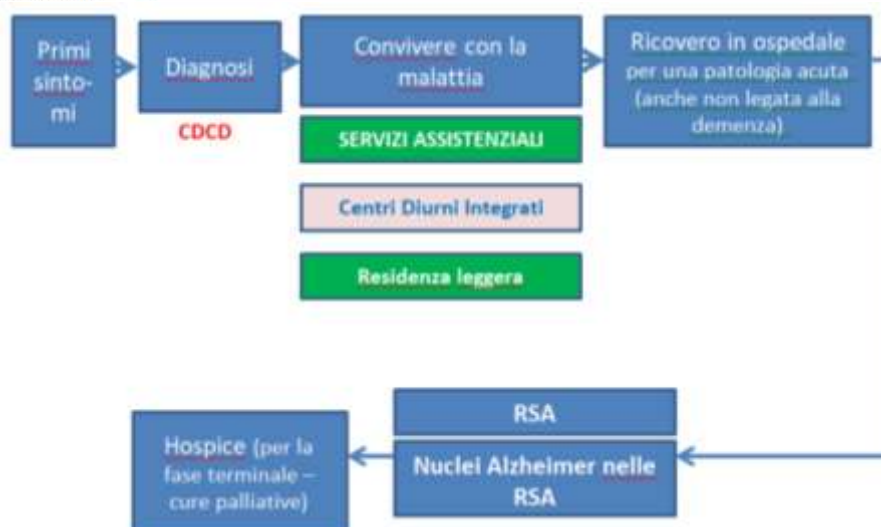


Fig. 3.2 – dai primi sintomi all' hospice

3.2 Servizi sanitari e socio-assistenziali per la demenza¹³ (fonte: Osservatorio Demenze, consultabile attraverso una mappa online)

I principali presidi nella gestione della demenza sono:

- I Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD),
- I Centri Diurni Integrati strutturati per il trattamento dell'anziano con varie forme di demenza,
- Le strutture residenziali specificatamente equipaggiate per ospitare anziani con demenza / Alzheimer.

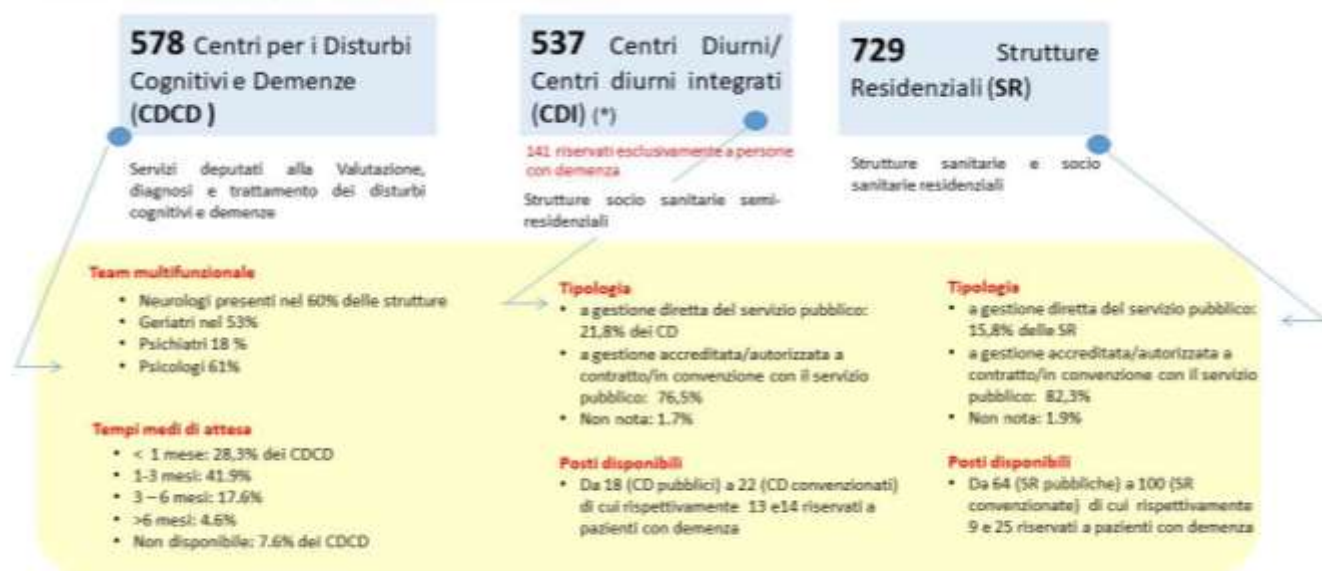


Fig. 3.3 – Strumenti per la gestione della demenza sul territorio

¹³ Fonte: Osservatorio Demenze, consultabile attraverso una mappa online (<https://demenze.iss.it/mappaservizi/>)

A. I CDCD - Centri per disturbi cognitivi e demenze (ex UVA)

La nuova denominazione è stata adottata dal Piano Nazionale delle Demenze attivo dall'inizio del 2015.

I CDCD sono centri specialistici diretti da un geriatra o un neurologo o uno psichiatra, che hanno il compito di

- diagnosticare e valutare lo stadio della malattia,
- stabilire la terapia appropriata per il periodo adeguato, assicurandola sia dal punto di vista farmacologico che dei servizi dedicati.

I Medici di Medicina Generale sono coloro che per primi, su un sospetto diagnostico, indirizzano il paziente verso il CDCD di riferimento e nel prosieguo della terapia vigilano sul decorso clinico.

Il paziente e la sua famiglia sono liberi di scegliere il CDCD che ritengono più opportuno in base a loro motivazioni, pur essendo preferibile un rapporto con il CDCD di riferimento territoriale.

L'Osservatorio Demenze ha inventariato in Italia 591 CDCD. Nel 59.3% dei casi nei CDCD sono presenti i neurologi, nel 52.9% i geriatri e nel 18.4% gli psichiatri. Gli psicologi sono presenti nel 61.1% dei CDCD e di questi ben il 44.1% sono non strutturati.

Il 19.7% dei CDCD sono aperti un solo giorno a settimana e il 17.6% due giorni. I tempi medi di attesa sono inferiori ad un mese per il 28.3% dei CDCD, tra 1 e 3 mesi per il 41.9%, tra 3 e 6 mesi per il 17.6% e superiore a 6 mesi per il 4.6% (Questo dato è non disponibile per il 7.6% dei CDCD).

A1. La distribuzione dei CDCD in Italia (vedasi <https://demenze.iss.it/mappaservizi/>)

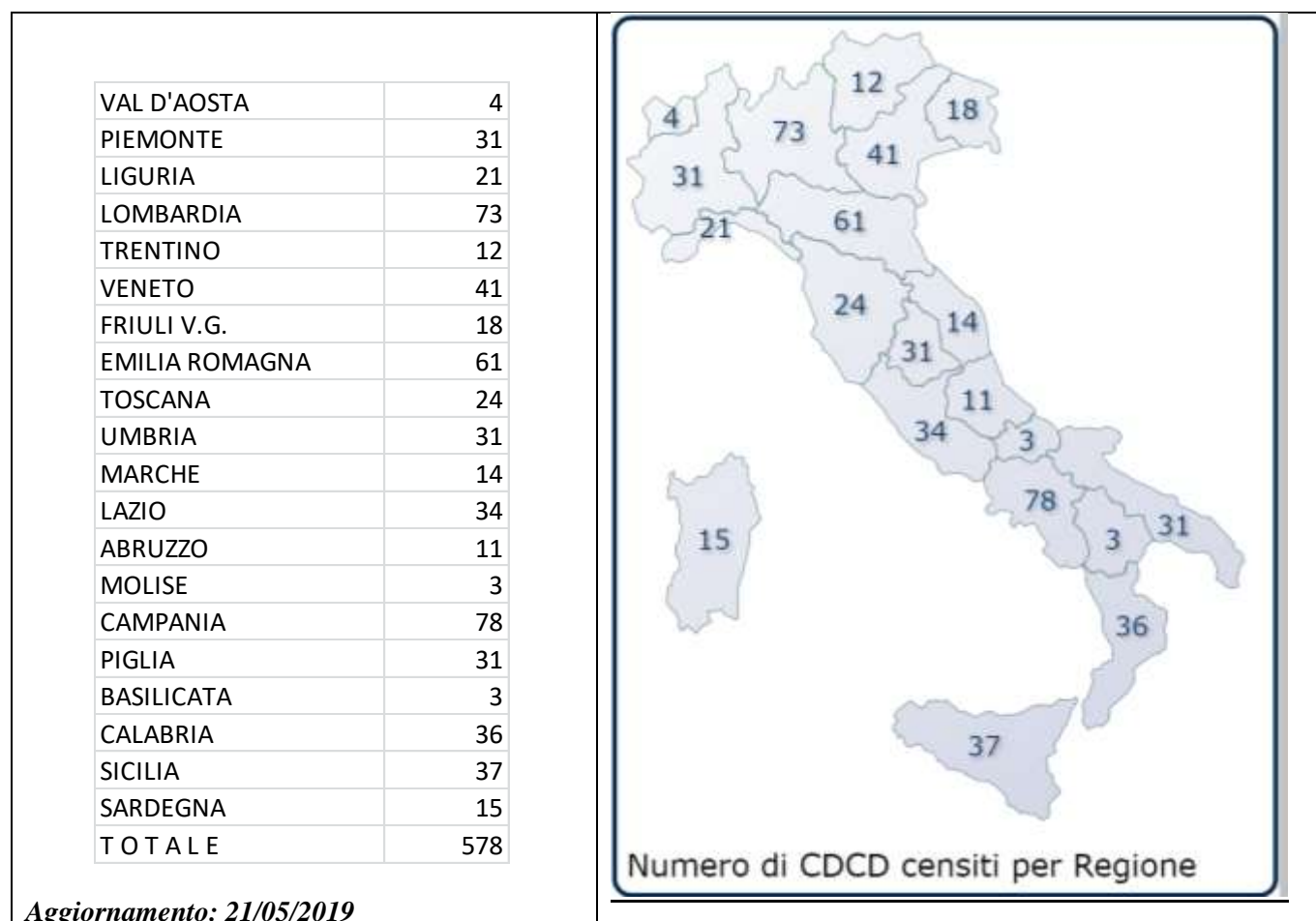


Fig. 3.4 – I CDCD in Italia (fonte: Ministero della Salute)

B. I Centri Diurni (CD) / Centri diurni integrati (CDI) e i Centri Diurni per Alzheimer (CDA)

Sono strutture socio sanitarie semiresidenziali, pubbliche e/o convenzionate o a contratto, che accolgono persone con demenza. Il CDI è uno strumento importante nella gestione dell'anziano fragile per ritardare l'ingresso in RSA, che sono spesso strutture sature con lunghe liste di attesa.

I CDI garantiscono un servizio personalizzato e una buona assistenza delle persone che frequentano la struttura. Per ogni anziano ospite viene predisposto un piano assistenziale individuale, soggetto a verifiche di appropriatezza da parte dell'ATS. All'interno dei CDI sono presenti operatori socio-sanitari (OSS), infermieri, esperti in riabilitazione e (limitatamente ad alcune ore) un medico.

Il CDI è stato per molto tempo un servizio sottoutilizzato, con un tasso di saturazione di circa il 50% in media, mentre da alcuni anni il ricorso a queste strutture è in notevole incremento, con un tasso di saturazione passato dal 77,36% nel 2013 al 99% nel 2014.

Esistono due tipologie di CDI:

- Centro diurno per anziani non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti (oggi presenti in 14 regioni d'Italia);
- Centro diurno Alzheimer (o per demenze) (CDA), a oggi previsto in 12 regioni: Abruzzo, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Trento, Umbria, Valle d'Aosta. Nelle altre 8 regioni non sono previsti e riconosciuti centri diurni esclusivamente dedicati ai malati di Alzheimer.

La Commissione nazionale LEA ha previsto due diversi standard assistenziali minimi: più di 50 minuti di assistenza globale giornaliera per ospite nei Centri diurni per anziani non autosufficienti e più di 80 minuti nei Centri diurni per anziani con demenza.

B1. La distribuzione dei CD / CDI in Italia (vedasi <https://demenze.iss.it/mappaservizi/>)

Le differenze fra le regioni italiane sono notevoli; al livello più basso si trova l'Abruzzo con 60 minuti giornalieri per ospite di assistenza globale mentre al livello più alto si trova la Campania che garantisce 154 minuti di assistenza globale. Lo standard più elevato è addirittura 2,5 volte quello più basso.

L'Osservatorio Demenze individua 537 Centri Diurni di cui ben 266 in Lombardia

Il 21.8% sono a gestione diretta del servizio pubblico e il 76.5% sono a gestione accreditata/autorizzata a contratto/in convenzione con il servizio pubblico (questo dato è non disponibile per l'1.7% dei CD).

I CD a gestione diretta del servizio pubblico hanno in media 18 posti disponibili di cui 14 riservati a pazienti con demenza.

I CD a gestione accreditata hanno in media 22 posti disponibili di cui 13 riservati a pazienti con demenza.

VAL D'AOSTA	0
PIEMONTE	14
LIGURIA	13
LOMBARDIA	265
TRENTINO	7
VENETO	79
FRIULI V.G.	25
EMILIA ROMAGNA	18
TOSCANA	33
UMBRIA	12
MARCHE	7
LAZIO	18
ABRUZZO	2
MOLISE	1
CAMPANIA	5
PUGLIA	15
BASILICATA	0
CALABRIA	0
SICILIA	17
SARDEGNA	6
TOTALE	537



Fig. 3.5 – I CD / CDI in Italia (fonte: Ministero della Salute) (aggiornamento 21/5/2019)

Secondo un'altra ricerca in Italia sono presenti 975 Centri diurni per anziani che gestiscono 19.421 posti (1) che accolgono annualmente 24.936 anziani, pari all'1,47 per mille.

Di questi, solo 141 Centri diurni sono interamente dedicati ai malati di Alzheimer o con demenza. Si tratta di 2.511 posti, pari al 13% del totale

Tab. 3.2– Centri Diurni riservati esclusivamente a persone con demenza / Alzheimer (CDA)

Regione	Centri diurni	Posti	Posti per 1.000 anziani
Liguria	8	336	0,76
Umbria	12	148	0,67
Marche	9	179	0,49
Valle d'Aosta	1	12	0,42
Toscana	23	312	0,34
Trento	2	38	0,34
Lazio	19	401	0,33
Piemonte	18	304	0,28
Molise	1	15	0,20
Sicilia	15	188	0,19
Emilia Romagna	12	193	0,18
Basilicata	1	20	0,16
Sardegna	2	55	0,15
Abruzzo	1	30	0,10
Lombardia	10	154	0,07
Puglia	2	60	0,07
Veneto	3	48	0,04
Friuli Venezia Giulia	1	8	0,03
Campania	1	10	0,01
Bolzano, Calabria	0	0	0,00
Totale	141	2.511	0,19

Fonti: <http://www.centridiurni-Alzheimer.it/>, Regione Marche ORPS (2012), d.G.r. n. 289/2015; Lazio: <http://151.1.149.50/Alzheimer/offerta-assistenziale/centri-diurni-Alzheimer-anno-2012/>; SPI CGIL (2013); Piemonte d.G.r. n. 45-4248/2012; Trento d.G.p. n. 2226/2014; Istat, Popolazione anziana al 1° gennaio 2015.

C. Strutture Residenziali (SR)

Sono strutture sanitarie e socio sanitarie residenziali, pubbliche e/o convenzionate o a contratto, che accolgono persone con demenza.

L'Osservatorio Demenze ne individua 729 di cui 137 in Lombardia.

Il 15.8% delle SR sono a gestione diretta del servizio pubblico e l'82.3% sono a gestione accreditata/autorizzata a contratto/in convenzione con il servizio pubblico (questo dato è non disponibile per l'1.9% delle SR).

Le SR a gestione diretta del servizio pubblico hanno in media 64 posti disponibili di cui 9 riservati a pazienti con demenza. Le SR a gestione accreditata hanno in media 100 posti disponibili di cui 25 riservati a pazienti con demenza.

C1. I Nuclei Alzheimer delle RSA

Per la gestione dei pazienti con demenza le RSA adottano strategie e modelli molto vari, che possiamo classificare in due principali categorie:

1. La creazione di Nuclei Alzheimer dedicati;
2. Un'organizzazione indistinta.

Il modello dei Nuclei Alzheimer (Alzheimer's Special Care Units) è stato sviluppato negli Stati Uniti negli anni '90 e prevede la realizzazione, all'interno delle RSA, di reparti autonomi e specialistici riconoscibili sia dal punto di vista architettonico che organizzativo.

Oggi sono poche le RSA specializzate per Alzheimer (Nuclei Alzheimer). Ad esempio a Brescia su 84 RSA a contratto per 6.564 posti letto autorizzati solo 15 sono Nuclei Alzheimer e hanno un totale di 300 posti letto. Vantaggi e inconvenienti dei Nuclei Alzheimer sono sintetizzati nella seguente tabella:

Tab. 3.3 – Vantaggi e svantaggi dei Nuclei Alzheimer delle RSA

<i>I punti forti dei Nuclei Alzheimer</i>	<i>I punti deboli dei Nuclei Alzheimer</i>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Permettono di separare persone con gravi problemi cognitivi e disturbi del comportamento dagli ospiti cognitivamente intatti della struttura, per preservare la qualità della vita di questi ultimi; ○ Consentono d'inserire le persone in questione in ambienti organizzati per gestire al meglio i loro problemi, sia in termini di sicurezza che di libertà di movimento e di stimoli psicosensoriali; ○ Vengono definite aree con personale appositamente formato, in modo da specializzare e focalizzare l'assistenza; ○ Favoriscono il lavoro degli operatori migliorando l'efficacia dei loro interventi e riducendo il loro carico di lavoro e il loro stress. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La concentrazione dei pazienti con maggiori problemi comportamentali in un unico nucleo determina per tutti loro peggiori condizioni di vita e la riedizione di un modello pseudo-manicomiale.

C1. La distribuzione delle strutture residenziali per persone affette da demenza in Italia (vedasi <https://demenze.iss.it/mappaservizi/>)

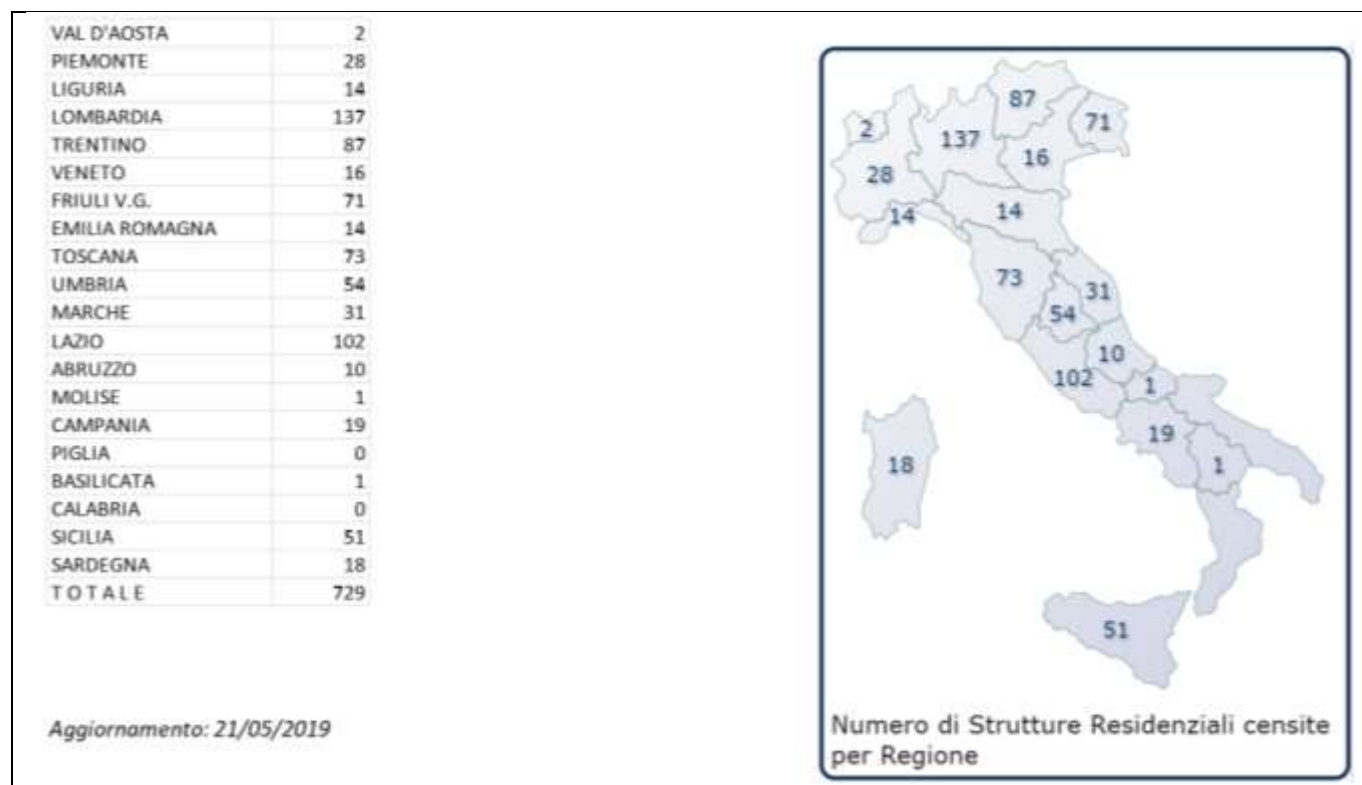


Fig. 3.6 – Strutture Residenziali per persone con demenza / Alzheimer

D. Le Comunità residenziali per persone affette da demenza lieve

Esse rispondono al bisogno di dare vita a forme abitative e di residenzialità nuove, flessibili, accoglienti, sostitutive della casa, ma meno “totalizzanti” delle strutture protette. Sono rivolte ad anziani moderatamente compromessi nell’autonomia o a persone nella fase iniziale della demenza, quale risposta a un supporto della famiglia insufficiente o assente, oltre che all’esigenza di ridurre la solitudine degli anziani coinvolti e offrire i continui stimoli quotidiani che la vita in gruppo con personale di supporto può offrire; sono persone con necessità di “vigilanza”, oltre che di supporto.

Sono simili alle Comunità Residenziali per anziani e mutua da esse alcuni aspetti organizzativi, strutturali e gestionali, ma aggiungono elementi specifici alla condizione di demenza.

In questa tipologia di Comunità residenziale viene dato particolare valore all’ambiente, organizzato in modo da ridurre il rischio di confusione e disorientamento (luci, colori, illuminazione, segnaletica interna). Gli spazi comuni sono il luogo privilegiato dello scorrere delle giornate; gli ospiti hanno la possibilità di uscire, accompagnati o sorvegliati a seconda della situazione della persona. Benché la comunità sia aperta, rimane alta l’attenzione alla sicurezza per gli ambienti a rischio (ascensori, scale, ingressi).

Spesso la Comunità residenziale offre una soluzione abitativa temporanea ai malati affetti da demenza lieve, sia per un periodo di tempo transitorio, in attesa di una riorganizzazione del ritorno al domicilio, sia per un periodo medio-lungo ipotizzato in 6-12-24 mesi, ritardando l’ingresso in RSA.

Nella Comunità assume un ruolo significativo il coordinatore, che deve essere figura esperta di gestione delle relazioni e di organizzazione dei servizi.

3.3 Costi sociali e sanitari delle demenze e dell’Alzheimer

Molto alti sono i costi sociali e sanitari relativi agli anziani con demenza / Alzheimer: il costo medio annuo per paziente, comprensivo sia dei costi familiari che di quelli a carico del SSN e della collettività, risulta pari a 70.586 euro (circa 6.000 Euro a livello mensile). Tale costo è in crescita ed è soprattutto la quota dei costi diretti ad essere aumentata nel tempo. Questi ultimi sono pari a 18.941 euro (27% circa del totale), di cui circa 14.000 euro sono costi legati all’acquisto di beni e servizi da parte delle famiglie (dati 2015 – fonte CENSIS). I costi indiretti pari a circa 52.000 € sono relativi soprattutto alle ore di assistenza e sorveglianza monetizzate. (dati 2015 – fonte CENSIS)

3.4 La criticità nell’assistenza ai familiari colpiti da Alzheimer

Per i caregiver di pazienti affetti da malattia di Alzheimer e demenze è stato elaborato uno strumento in grado di analizzare l’aspetto multidimensionale del *carico assistenziale (burden) percepito*. Il CBI (*caregiver burden index*) rappresenta il risultato un’autoanalisi compilata dal caregiver; generalmente è di rapida compilazione e di semplice comprensione.

La CBI comprende 24 aspetti suddivisi in 5 sezioni:

- carico oggettivo (item 1-5), che descrive il carico associato alla restrizione di tempo per il caregiver;
- carico evolutivo (item 6-10), inteso come la percezione del caregiver di sentirsi tagliato fuori rispetto alle aspettative e alle opportunità dei propri coetanei;
- carico fisico (item 11-14), che descrive le sensazioni di fatica cronica e problemi di salute;
- carico sociale (item 15-19), che descrive la percezione di un conflitto di ruolo;
- carico emotivo (item 20-24), che descrive i sentimenti verso il paziente indotti da comportamenti imprevedibili e bizzarri e il senso di colpa prodotto dalle proprie conseguenti reazioni.

Il livello di intensità di ciascuno dei 24 aspetti va indicato secondo una scala da 0 = per nulla a 4 = molto. Il CBI permette in questo modo di ottenere un profilo grafico del carico fisico e psicologico del caregiver nei diversi domini.

Tab. 3.4 - I servizi per gli anziani fragili nelle varie regioni

Regione	ADI			SAD		Servizi residenziali		Indennità accompagnamento	Spesa (spesa media per anziano assistito)				Popol. anziana
	Copertura (%) 2017	Ore medie per assistito 2013	Media ponderata CIA 2016	Copertura (%) 2013	Spesa per utente (€) 2013	Copertura (%) 2017	Spesa giornaliera per assistito (€) (2014)	Copertura (%) 2015	Spesa sanitaria (€) 2013	Spesa sociale (€) 2013	% spesa sociale rispetto alla spesa sanitaria	% spesa socio sanitaria LTC rispetto al totale della spesa sanitaria corrente	% anziani / residenti totali 2018
MEDIA NAZIONALE	3,2	17	0,4	1,2	2,123	2,1	52,3	11,5	363	74	20%	4,5%	22,2%
Piemonte	2,9	13	0,4	0,8	1.467	2,9	37	8,6	414	100	24%	5,5%	25%
Valle d'Aosta	0,2	39		5,3	4.697	0,1		9,2	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	23,6
Lombardia	1,8	18	0,41	1,3	1.888	3,9	37	9,5	562	97	17%	6,4%	22%
Liguria	3,4	29	0,37	1,1	1.880	3,0	50	9,5	372	87	23%	5,2%	28%
Trentino A.A	3,9			4,1	3.471	9,6 *		5,9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	22,5
Veneto	7,2	9	0,36	1,4	1.438	3,4	42	10	718	115	16%	8,7%	22%
Friuli V.G.	3,1	7		2,2	2.135	3,0		9,9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	25,8
Emilia R.	4,6	12	0,36	1,3	1.631	2,6	63	9,3	616	115	19%	7,3%	24%
Toscana	3,7	8	0,39	0,7	2.738	1,3	52	9,7	441	122	28%	5,7%	25%
Umbria	3,1	23	0,39	0,4	1.477	2,9	27	16,1	377	43	11%	5 %	25%
Marche	2,9	27	0,37	0,7	2.631	2,7	60	12,9	465	65	14%	6,2%	24%
Lazio	1,9	17	0,38	0,9	3.222	0,8	40	13,1	281	112	40%	3,2%	21%
Abruzzo	3,1	31	0,44	1,3	1.730	1,2	87	13,0	357	46	13%	4,6%	23%
Molise	8,4	50	0,42	2,1	1.068	0,2	43	11,5	241	40	17%	2,8%	24%
Campania	2,7	32	0,47	0,8	2.046	0,1	102	14,9	160	42	26%	1,7%	17%
Puglia	3,7	39	0,42	0,7	2.323	0,7	52	14,5	181	54	30%	2,1%	21%
Basilicata	1,9	44	0,47	1,3	2.326	0,5	32	12,0	162	61	38%	2 %	22%
Calabria	1,4	22	0,37	0,9	966	1,5	75	17,1	287	20	7%	3,4 %	20%
Sicilia	4,4	27	0,46	1,5	1.804	0,9	40	13,7	174	62	36%	2%	19%
Sardegna	n.d.	23	n.d.	2,7	3.165	n.d.	n.d.	15,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	23,1

Capitolo 4 - Long term care in Europa e nel mondo

Il contenuto di questo capitolo utilizza le informazioni riportate in

- *L'ASSISTENZA DOMICILIARE IN ITALIA : CHI LA FA, COME LA FA E BUONE PRATICHE* - Rapporto a cura di Italia Longeva pubblicato nel 2018;
- *F. Barbarella et al. "L'assistenza domiciliare: una comparazione con altri paesi europei" pubblicato on line ne "I luoghi della cura" numero 3 - Giugno 2019.*

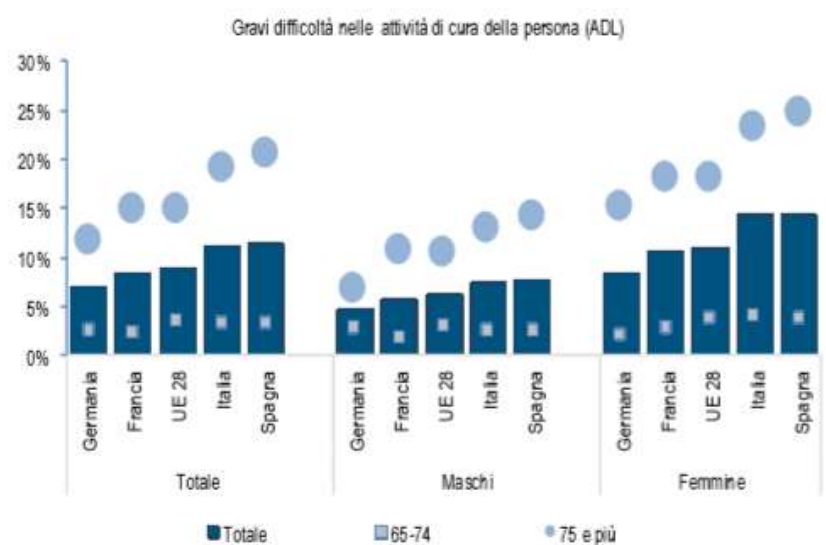
4.1 L'entità del fenomeno della "non-autosufficienza"

Sono diversi nei vari Paesi criteri adottati per definire la "non autosufficienza" (vedasi tab. 4.1); il riferimento è spesso alle capacità di svolgere in maniera autonoma le attività della vita quotidiana (ADL – activity of daily living) come muoversi, vestirsi, andare al bagno ecc. o alle "attività strumentali della vita quotidiana" (IADL – instrumental activity of daily living) come usare il telefono, maneggiare denaro, fare la spesa, ecc.

Ogni confronto fra i servizi per la non autosufficienza delle varie nazioni deve quindi necessariamente essere letto considerando anche ciò.

Tab. 4.1 Definizione di "soggetto non autosufficiente" in alcuni Stati

Nazione	Definizione di non autosufficienza
Italia	Massimo grado di difficoltà in almeno in una delle seguenti funzioni: movimento, funzioni della vita quotidiana, comunicazione (definizione ISTAT)
Germania	Necessità di assistenza continua in almeno due attività della vita quotidiana (ADL)
Irlanda	Incapacità di aver cura di sé senza supporto
Regno Unito	Difficoltà in una attività della vita quotidiana (ADL) o incapacità di realizzare una IADL e necessità di vivere in una struttura residenziale
Spagna	Necessità di aiuto per realizzare almeno una IADL
Stati Uniti d'America	Limitazione in almeno una ADL o una IADL



Fonte: Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Fig. 4.1 – Anziani con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL) in alcuni paesi UE per classi di età e sesso – Anno 2015 (persone con le stesse caratteristiche)

L'Italia è il Paese in cui la non-autosufficienza è più diffusa fra la popolazione anziana (vedasi grafico sopra riportato). In Europa il Paese con il maggior tasso di non autosufficienza fra gli anziani è il Belgio (16.7%), quello con il tasso più basso la Danimarca (3,1%) (Rapporto dell'Osservatorio Nazionale della Salute redatto dall'Università Cattolica).

4.1.1 Come s'invecchia in Italia; un confronto con gli altri stati

Per mettere a confronto la qualità dell'invecchiamento è stato creato l'Hartford Aging Index (HAI)¹⁴. Esso è basato sull'analisi di 5 parametri:

Tab. 4.2 – Fattori caratterizzanti l'Hartford Aging Index sulla qualità dell'invecchiamento

la produttività nella terza età	Misurata come: <ul style="list-style-type: none"> percentuale di lavoratori "over 65" rispetto al totale dei lavoratori; età-media di ritiro effettivo dal lavoro; impiego in attività di volontariato da parte degli "over 65"; percentuale di popolazione tra i 55 e i 64 anni impegnata in corsi formativi non scolastici
lo stato di benessere psico-fisico	inteso come: <ul style="list-style-type: none"> aspettativa di vita sopra i 65 anni; soddisfazione nella qualità della vita dai 50 anni in su;
l'equità sociale	intesa come: <ul style="list-style-type: none"> differenza tra abbienti e meno abbienti tra gli "over 65"; disponibilità di cibo sano e in quantità sufficiente per gli "over 65"; rischio di povertà per gli "over 65"; livello scolastico della popolazione "over 65" e percentuale di popolazione tra i 55 e i 64 anni ancora impegnata nell'apprendimento;

¹⁴ L'indice è stato sviluppato da ricercatori della Columbia University e dell'University of Southern California in collaborazione con la John A. Hartford Foundation)

la solidarietà sociale	intesa come: <ul style="list-style-type: none"> o assistenza sociale agli “over 65”; o grado di fiducia nei vicini da parte delle persone di oltre 50 anni; o percentuale di “over 65” co-residenti o comunque in contatto quotidiano con classi sociali più giovani;
la sicurezza	intesa dal punto di vista fisico, ma anche da quello economico, valutando il potere d'acquisto degli “over 65” così come il debito pubblico e altri indici economici dello Stato in cui risiedono.

La tabella seguente mostra un confronto fra l'Italia e altri stati

Tab. 4.3 – Indice HAI nei vari stati

La classifica di 30 diversi Paesi del mondo occidentale	<ul style="list-style-type: none"> • Norvegia - HAI = 65, • Svezia - HAI = 62, • Stati Uniti - HAI = 59.8, • Olanda - HAI = 59.5 • Giappone - HAI = 59.1 • Irlanda (57.6), Danimarca (57.5), Germania (55), Finlandia (54.6) e Spagna (52.7). <p>L'Italia si piazza al 14° posto con un indice pari a 36.5, abbondantemente alle spalle del Belgio (43.3) e di poco davanti alla Slovenia (35.2); più indietro seguono Estonia (33.3), Polonia e Ungheria (23.5).</p>
---	---

Questi e altri dati fotografano una condizione certo non privilegiata degli anziani in Italia.

Anche se l'aspettativa di vita dopo i 65 anni è superiore di 12 mesi rispetto alla media europea (18,9 anni per gli uomini, 22,2 per le donne secondo gli ultimi dati disponibili e relativi al 2015), nel nostro Paese non si vive meglio. In Italia ad esempio un anziano su due soffre di almeno una malattia cronica grave (vedasi l'ultimo rapporto Istat sulla salute in Italia e nell'Unione Europea) e la “speranza di vita senza limitazioni a 65 anni” (ossia in una condizione di salute accettabile) è inferiore rispetto alla media Europea di 1,6 anni per gli uomini e di 2 anni per le donne.

Tab. 4.4 – Speranza di vita a 65 anni in Italia rispetto alla media Europea

	ITALIA		EU28 (media)	
	maschi	femmine	maschi	femmine
Speranza di vita a 65 anni	18,9 anni	22,2 anni	17,9 anni	21,2 anni
Speranza di vita senza limitazioni a 65 anni	7,8 anni	7,5 anni	9,4 anni	9,4 anni

Per promuovere un maggiore equilibrio dell'invecchiamento in Europa la Comunità Europea ha lanciato il programma “*Strategy and Actions Plan for healthy ageing in Europe 2012-2020*” i cui contenuti sono riassunti nella seguente tabella:

Tab. 4.5 – programma della Comunità Europea per un maggior equilibrio nell'invecchiamento nei vari paesi

Programma “ <i>Strategy and Actions Plan for healthy ageing in Europe 2012-2020</i> ”	
4 aree strategiche prioritarie	<ul style="list-style-type: none"> • Invecchiamento sano • Supporti ambientali • Sistemi sanitari e di assistenza a lungo termine • Rafforzamento della raccolta dati e della ricerca
5 interventi prioritari	<ul style="list-style-type: none"> • Attività fisica

	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione delle cadute • Vaccinazione anziani • Cure informali e assistenza domiciliare • Conoscenza geriatrica e gerontologica nella comunità medica
3 interventi di supporto	<ul style="list-style-type: none"> • Contro l'isolamento sociale • Contro i maltrattamenti sugli anziani • Qualità delle strategie assistenziali per le persone anziane compresa la cura della demenza e le cure palliative per i pazienti a lungo termine in fase terminale.

4.1.2 Anziani italiani più coinvolti nella vita familiare rispetto ai coetanei Europei

La società di ricerca IPSOS ha redatto nel 2018 un rapporto sulla “salute percepita” e sull’interazione dell’anziano nella famiglia e nella comunità; sono state raffrontate le situazioni in vari stati Europei, coinvolgendo più di 8.000 persone in Belgio, Francia, Germania e Italia.

Di seguito alcuni risultati

	Italia	Media dei 4 stati Europei coinvolti (B, F, D, I)
Vivo bene	73%	74%
Mi sento ancora utile	77%	
Mi sento autonomo	35%	
Sono soddisfatto dei miei figli	29%	
Do consigli a figli e nipoti	44%	27%
Riesco ad aggiornarmi sulle innovazioni	39%	42%
Bado ai miei nipoti	35%	28%
Aiuto nel disbrigo delle faccende domestiche	25%	15%
Ospito i familiari durante le vacanze	19%	17%
Sono io che mi prendo cura di organizzare riunioni di famiglia	22%	19%

Ne viene fuori per l’anziano italiano un maggior legame alla famiglia anche per una maggiore disponibilità a rendersi utile sia in attività pratiche come la cura dei nipoti o il disbrigo di faccende domestiche che in termini di prodigatore di consigli per i più giovani.

4.2 La spesa pubblica per il long term care

In termini di spesa pubblica per il long term care l’Italia non è ai primi posti. Il grafico seguente riporta la spesa sanitaria per il LTC rapportata alla spesa sanitaria totale di ogni singolo stato.

Spesa sanitaria per il long term care come percentuale della spesa sanitaria totale nei vari stati Europei

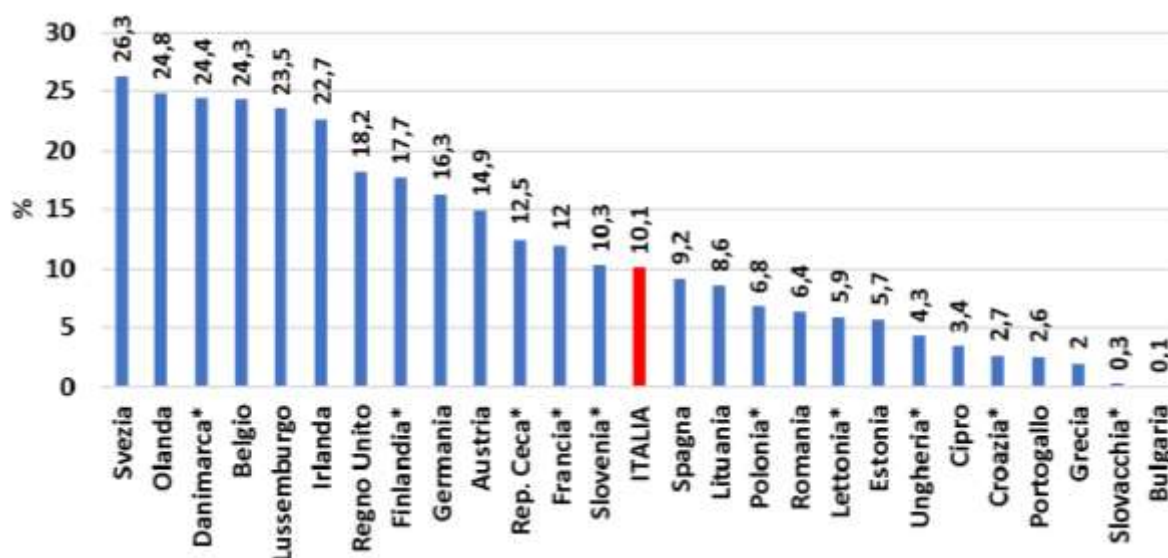


Fig. 4.2 – Spesa sanitaria per il long term care calcolata come percentuale della spesa sanitaria totale nei vari stati Europei

Per l'Italia la spesa sanitaria per il LTC rappresenta il 10% della spesa sanitaria totale; in Svezia è il 26% , in Germania il 16%

4.3 Le caratteristiche dell'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti nei vari paesi Europei

La seguente tabella ripresa dall' articolo già citato di F. Barbarella et al. sintetizza le varie differenziazioni in Europa per quanto riguarda i servizi domiciliari a supporto degli anziani non autosufficienti:

Tab. 4.6 – Assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti in Europa

Paese	Copertura (% rispetto al totale della popolazione 65+)		Criteri di accesso	Fonti pubbliche di finanziamento	Collegamento con trattamenti monetari	Offerta delle cure	Differenziazione territoriale
	2016	2010 (per rifer.)					
ITALIA	5,8	4,1	Principio di universalità per l'assistenza sanitaria; legata al reddito le prestazioni socio-assistenziali	Componente sanitaria: fiscalità generale; componente socio-assistenziale: fondi redistribuiti da parte del Ministero delle Politiche Sociali e dei Comuni	No a parte alcuni voucher elargiti a livello locale	Servizi pubblici + assistenza familiare + caregiver informali	Elevata
FRANCIA	6	6,6	Gradualità sulla base del livello di non	Mix di fondi nazionali, dei dipartimenti e provinciali	SI (APA ¹⁵ , utilizzata per pagare servizi domiciliari o	Servizi pubblici + servizi privati +	Medio-bassa

¹⁵ APA: allocazione personalizzata di autonomia

Paese	Copertura (% rispetto al totale della popolazione 65+)		Criteri di accesso	Fonti pubbliche di finanziamento	Collegamento con trattamenti monetari	Offerta delle cure	Differenziazione territoriale
	2016	2010 (per rifer.)					
			autosufficienza e del reddito		per contribuire all'assistenza residenziale	caregiver informali	
GERMANIA	9,5	7,6	Gradualità sulla base del livello di assistenza necessaria	Assicurazione obbligatoria per LTC da parte di tutti i cittadini (pubblica o privata)	SI, l'utente sceglie fra assegno o servizio diretto	Come Francia	Media (variabilità soprattutto nei servizi privati)
REGNO UNITO	3,2	3,0	come Italia	Parte sanitaria: Mix di fondi nazionali, dei dipartimenti e provinciali; parte socio-assistenziale: amministrazioni locali + contributo degli interessati	SI (possibilità di accedere ad assegni di cura da utilizzare per servizi di assistenza)	89% dei servizi forniti da privati + caregiver informali	Media (variabilità a livello locale sui criteri di eleggibilità)
SPAGNA	7,1	5,3	Gradualità sulla base del livello di non autosufficienza	Mix di fondi nazionali e regionali	SI, come Regno Unito	Servizi pubblici + servizi privati + assistenza familiare + caregiver informali	Elevata
SVEZIA	10,9	12,2	Principio di universalità su tutti i servizi di LTC	Prevalenza di fondi pubblici locali	SI (ma gli assegni di cura sono poco diffusi)	Come in Francia con un trend in crescita per l'assistenza informale	Elevata (soprattutto sui criteri di eleggibilità)

I principali aspetti che distinguono il sistema italiano di long term care rispetto a quello degli altri Stati Europei sono soprattutto due:

- mancata integrazione a livello nazionale tra politiche sanitarie (ADI) delle Regioni, socio-assistenziali (SAD) dei Comuni e pensionistiche (indennità di accompagnamento);
- la gradualità delle prestazioni sulla base del livello di non autosufficienza si attiva solo per i servizi sanitari e socio-assistenziali diretti e non per l'indennità di accompagnamento.

Relativamente alle fonti pubbliche di finanziamento dell'assistenza domiciliare, nella maggior parte dei Paesi il sistema si regge su un mix di fondi redistribuiti dal governo nazionale e tassazione locale. Si distingue la Germania dove esiste una componente di contribuzione assicurativa dovuta da tutti i residenti specifica per il LTC, che dunque 'autofinanzia' (seppure non totalmente) i servizi, in modo simile a quanto avviene per l'assicurazione sanitaria tedesca.

L'Italia è l'unico Paese a non avere un diretto collegamento tra servizi e trasferimenti monetari; negli altri paesi si ravvisano assegni il cui ammontare varia a seconda del livello di non autosufficienza e inoltre - sia che gli assegni

siano offerti come risorsa principale (in Francia, con l'*allocation personnalisée d'autonomie*, APA) che come opzione - in tutti i casi essi sono legati alla spesa effettiva in prestazioni di cura, fornite da enti pubblici e/o privati convenzionati. Non è possibile disporre liberamente delle somme ricevute come avviene in Italia con l'indennità di accompagnamento.

In Italia inoltre è discutibile il fatto che l'assegno di accompagnamento sia uguale per tutti senza tener conto delle risorse economiche dei beneficiari.

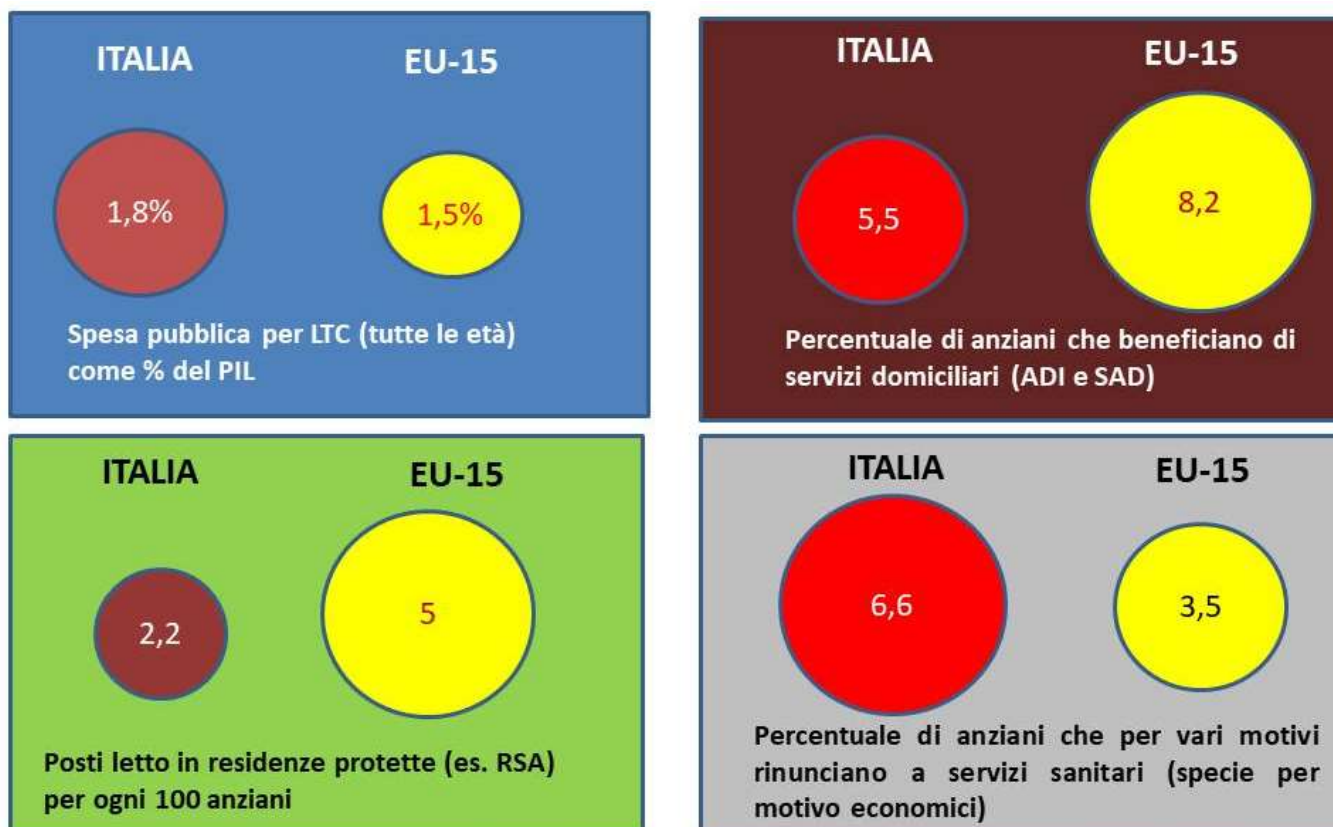
In termini di offerta delle cure ci sono molti punti in comune tra l'Italia e gli altri Paesi: un mix di offerta pubblica (più o meno limitata), servizi privati (in crescita, anche in Svezia) e assistenza informale di caregiver familiari (in crescita). Quello che distingue l'Italia è uno sviluppo inferiore dell'offerta di servizi domiciliari privati forniti da operatori organizzati e convenzionati a favore dell'assunzione diretta da parte delle famiglie di assistenti familiari individuali (tipicamente le badanti), senza garanzie sulla qualità delle cure e controlli da parte degli attori pubblici. Infine in Italia (così come in Spagna e Svezia) l'offerta delle cure nonché l'eleggibilità a servizi e benefici sono influenzate spesso da una alta frammentazione delle competenze sanitarie e/o socio-assistenziali di enti e autorità locali. In Francia, Germania e Inghilterra lo schema nazionale di LTC è abbastanza forte e determina una maggiore omogeneità, anche se si riscontrano differenziazioni locali nell'offerta e nell'accesso ai servizi anche in questi Paesi. Da un'altra analisi (vedasi il già citato rapporto di Italia Longeva pubblicato nel 2018 che riporta i risultati dello studio IBenC sulle caratteristiche degli assistiti in ADI in Europa) si ricava che:

- a. L'Italia è la nazione con il tasso più elevato di assistenza informale (negli ultimi tre giorni mediamente di 23 ore contro 1 sola ora di assistenza formale);
- b. Belgio, Germania e Olanda sono le nazioni con il più alto tasso di assistenza formale; poco sviluppata l'assistenza informale.
- c. In Germania più del 50% dell'assistenza domiciliare è gestita da organizzazioni private anche molto piccole.

4.4 Alcuni dati a confronto

Un rapporto pubblicato nel 2018 dall'ESPN (European Social Policy Network)¹⁶ fa un raffronto fra il long term care in Italia e nei 15 paesi dell'Europa Occidentale. Nonostante la spesa pubblica per il LTC (per tutte le età) sia superiore (1,8% del PIL rispetto alla media dell'1,5% negli altri paesi Europei), in Italia ogni 100 anziani beneficiano di solo 2 posti letto in strutture residenziali contro i 5 della media europea, 5,5 anziani su 100 (contro gli 8,2 di EU-15) beneficiano di servizi domiciliari (sia ADI che SAD). Inoltre sono circa 6,5 su 100 gli anziani costretti a rinunciare a utilizzare i servizi sanitari, molto spesso per motivi economici (in Europa sono solo 3,5).

¹⁶ M. Jessoula, E. Pavolini, M. Natili, S.F. Mincuzzi - ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care ; Italy 2018 – pubblicato su www.researchgate.net



Fonte : M. Jessoula, E. Pavolini, M. Natili, S.F. Mincuzzi - ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care ; Italy 2018 – pubblicato su www.researchgate.net

Fig. 4.3 – Il long term care in Italia e in Europa – Alcuni dati

4.5 Un benchmarking sulla gestione della demenza

“Alzheimer Europa” che raggruppa 39 associazioni Alzheimer in Europa ha effettuato un’indagine sulla gestione della demenza nei vari stati (“European Dementia Monitor” - Monitoraggio della capacità di uno Stato di rispondere alle esigenze imposte dalla demenza). Sono stati utilizzati 10 indicatori ciascuno con un massimo di 10 aspetti; fra gli indicatori: la disponibilità e accessibilità dei servizi di assistenza, il rimborso dei farmaci, la ricerca e gli studi clinici, il riconoscimento della demenza come una priorità nell’agenda politica e il riconoscimento dei diritti delle persone con demenza e dei loro familiari, lo sviluppo d’iniziative d’inclusione sociale,

I paesi al top della classifica:

- Finlandia (72,5 punti),
- Inghilterra (72,4),
- Paesi Bassi (71,2),
- Germania (69,4),
- Scozia (68,8)

L’ Italia ha ottenuto un punteggio di 52,9 e per i vari indicatori ha ottenuto:

- 1° posto nella partecipazione a progetti di ricerca europei sulla demenza,
- 23° posto per quanto riguarda la disponibilità di servizi,
- 26° posto per il riconoscimento della demenza come una priorità,
- 30° posto nell’accessibilità ai servizi.

4.6 Verso una standardizzazione dei metodi di valutazione

A livello mondiale si sta affermando l'esigenza di standardizzare e armonizzare i criteri e le metodologie di valutazione; l'obiettivo è quello di definire un set di strumenti di valutazione (Resident Assessment Instrument - RAI); ciascun strumento è valido per uno specifico setting assistenziale (RSA, ADI, salute mentale, casa di riposo per anziani, cure palliative, assistenza paziente acuto, post acuzie / riabilitazione).

Ad esempio nell'ADI vengono valutati l'ambiente domestico e le sue possibili carenze, nella RSA viene invece valutata la capacità di tener conto delle abitudini di vita pre-ammissione dell'ospite.

Ogni strumento ha vari elementi e un sistema di controllo sequenziale degli item risultati significativi permette l'identificazione rapida dei problemi del paziente e facilita la costruzione di un piano di assistenza individualizzato. I vari strumenti hanno un 70% di elementi comuni (core items) e un 30% di elementi caratteristici dello specifico setting assistenziale.

Questo approccio alla standardizzazione - promosso da un'organizzazione mondiale (la InterRAI) permetterà di confrontare in maniera più oggettiva i servizi delle varie nazioni (www.interai.org).

E' un processo in atto; allo stato attuale le metodologie di valutazione usate sono diverse e variano non solo fra le varie nazioni ma anche a livello locale.

PARTE SECONDA – IL MONITORAGGIO EFFETTUATO DA ANCeSCAO PER IL PROGETTO “Anziano Fragile”

Capitolo 5 - Il monitoraggio del progetto “Anziano fragile: verso un welfare comunitario”

5.1 Perché questo monitoraggio

Come è stato già detto nell'introduzione di questo rapporto il monitoraggio – in considerazione della dimensione ridotta del campione utilizzato - non vuole avere finalità statistiche ma intende cogliere alcuni aspetti significativi dell'assistenza agli anziani non-autosufficienti e scoprire alcune "buone pratiche".

I risultati del monitoraggio servono anche ad evidenziare la differenziazione fra le regioni d'Italia e confermare o meno i diversi modelli di assistenza che gli studi sull'argomento hanno identificato (prevalenza di particolari forme assistenziali, ad esempio più domiciliarità che residenzialità o maggior rilievo dato ai contributi monetari).

Il monitoraggio è stato suddiviso in due parti:

- Parte socio-sanitaria da effettuare interagendo con i responsabili locali / regionali del Servizio Sanitario Nazionale inclusi alcuni medici di base;
- Parte socio-assistenziale che coinvolge le istituzioni locali (i Servizi Sociali dei Comuni) e altri soggetti privati e del terzo settore che – in un'ottica di welfare comunitario – contribuiscono nelle attività di supporto alle persone anziane e alle loro famiglie (associazioni no-profit, istituzioni religiose, case di riposo, ecc.).



Fig. 5.1 – La strutturazione del monitoraggio

5.1.1 Copertura geografica

Il monitoraggio è stato pianificato in modo da coprire tutto il territorio nazionale ed essere così in grado di rilevare le differenziazioni esistenti nella tipologia, intensità e modalità di erogazione dei servizi nelle varie regioni.

Sono stati coinvolti più di 70 comuni, 30 provincie e 16 regioni che sono state suddivise – in termini di responsabilità nella conduzione del monitoraggio – fra Confconsumatori e ANCeSCAO.

ANCeSCAO ha realizzato il monitoraggio in 8 regioni (Trentino, Veneto, Umbria, Marche, Molise, Abruzzo, Campania, Basilicata), 14 provincie e 45 comuni (vedasi tab.5.1).

I 45 comuni coinvolti hanno una popolazione totale di circa 1,2 milioni di persone (circa il 7,5% della popolazione relativa alle 8 regioni considerate) e una popolazione di circa 303.000 anziani (circa il 9% della popolazione anziana delle 7 regioni).



Fig. 5.2 – Le regioni coinvolte nel monitoraggio da parte di ANCeSCAO (A) e Confconsumatori (C)

Tab. 5.1 – Comuni coinvolti nel monitoraggio da parte di ANCeSCAO

REGIONE	PROVINCIA	COMUNI	Abitanti	% anziani (65+)	Totale anziani	Copertura anziani del campione a livello regionale (%)
TRENTINO	TRENTO	Trento	117997	22,4		
		Mezzocorona	5477	21,7		
		Lavis	8969	19,2		
	TOTALE campione		132443	22,2	29342	13,3
	TOTALE REGIONE		1067648	20,6	219935	
Veneto	Rovigo	Occhiobello	11993	22		
		Badia Polesine	10348	23,4		
	Treviso	Mogliano Veneto	27851	24,7		
		Treviso	84954	25,7		
	Venezia	Venezia Centro storico	82000	27,7		
		Venezia Terraferma	181639	27,7		
		Dolo	15022	24,7		
		Mira	38573	23,8		
	Vicenza	Lugo di Vicenza	3652	23,6		
	TOTALE campione		456032	26,4	120553	10,9
	TOTALE REGIONE		4903722	22,5	1103337	
REGIONE	PROVINCIA	COMUNI	Abitanti	% anziani (65+)	Totale anziani	Copertura anziani del campione a livello regionale (%)
UMBRIA	PERUGIA	Gubbio e Alto Chiascio	54120	25		
		Umbertide e Alta Umbria	76054	22,8		
	TERNI	Terni	111189	26,3		
		Castel Giulio	2090	29,4		
	TOTALE campione		243453	24,9	60727	27,2
	TOTALE REGIONE		888908	27,2	223116	
MARCHE	MACERATA	Distretto Sanitario Macerata	133432	25,7		

		Corridonia	15461	21,6		
		Potenza Picena	15836	22,7		
	TOTALE campione		164729	25	41226	11,1
	TOTALE REGIONE		1531763	24,3	372218	
MOLISE	CAMPOBASSO	Termoli	33617	21,8		
		Morrone del Sannio	576	32,8		
	TOTALE campione		34193	22	7517	10,1
	TOTALE REGIONE		308493	24,1	74347	
ABRUZZO	AQUILA	Balsonaro	3455	22,9		
		Capestrano	897	36		
		Castelvecchio Calvisio	143	30,4		
		Lecce nei Marsi	1662	20,5		
		San Vincenzo Valle Roveto	2299	30,2		
		TOTALE campione	8456	26	2192	1
	TOTALE REGIONE		1316196	23,6	310622	
CAMPANIA	BENEVENTO	Benevento	59945	22		
		Pietrelcina	3094	23,2		
		San Salvatore Telesino	4075	21,7		
		San Leucio del Sannio	3096	20,8		
		Solopaca	3778	25		
		Morcone	4897	28,3		
		Ceppaloni	3370	22,9		
		TOTALE campione	11933	15,5		
	AVELLINO	Monteforte Irpino	22572	22,5		
		Ariano Irpino	4892	21		
		San Martino Valle Caudina				
REGIONE	PROVINCIA	COMUNI	Abitanti	% anziani (65+)	Totale anziani	Copertura anziani del campione a livello regionale (%)
CAMPANIA	CASERTA	Baia e Latina	13136	21,7		
		Pietramelara	4692	21,4		
	TOTALE campione		139480	21,7	30360	2,9

	TOTALE REGIONE		5839084	18,1	1056874	
BASILICATA		Matera	60403			
		Grassano	5077			
		Tricarico	5202			
		Miglionico	2454			
		Garaguso	526			
		Montescaglioso	9877			
	TOTALE campione		83539	22	18384	14,3
	TOTALE REGIONE		567118	22,6	128169	
	TOTALE CAMPIONE CONSIDERATO (8 regioni)		1262325	24,6	310301	8,9 %
	TOTALE DELLE 8 REGIONI COINVOLTE		16422932	21,2	3488618	

5.1.2 La dimensione del campione

La precedente tabella riporta per ogni comune e per le regioni coinvolte nel monitoraggio il numero di abitanti, la percentuale e il numero di anziani (dati ISTAT 2018).

La risposta alle due parti del monitoraggio (socio-sanitaria e socio-assistenziale) è stata differente: al monitoraggio di tipo socio-assistenziale hanno risposto tutti i comuni coinvolti, mentre a quello di tipo socio-sanitario hanno aderito solo 13 comuni / distretti.

A. Monitoraggio di tipo socio-assistenziale

Nella tabella precedente per ogni regione la copertura del monitoraggio è stata calcolata come percentuale degli anziani dei comuni coinvolti rispetto alla popolazione totale degli ultra 65enni nella regione.

Essa varia dall' 1% dell'Abruzzo al 27,2% dell'Umbria con una media in tutte le otto regioni considerate dell' 8,9%. A livello di zone geografiche (Nord, Centro e Sud Italia) la copertura degli anziani coinvolti nel monitoraggio la copertura è stata dell'11,3 % al Nord Italia, dell' 8,1% nel Centro Italia e del 3,3 % in Sud Italia.

In termini d'intera popolazione residente (tutte le età) le rispettive percentuali sono rispettivamente del 9,8% (Nord), 7%(Centro) e 3% (Sud) per una media per tutte le 3 zone geografiche del 7,6%.

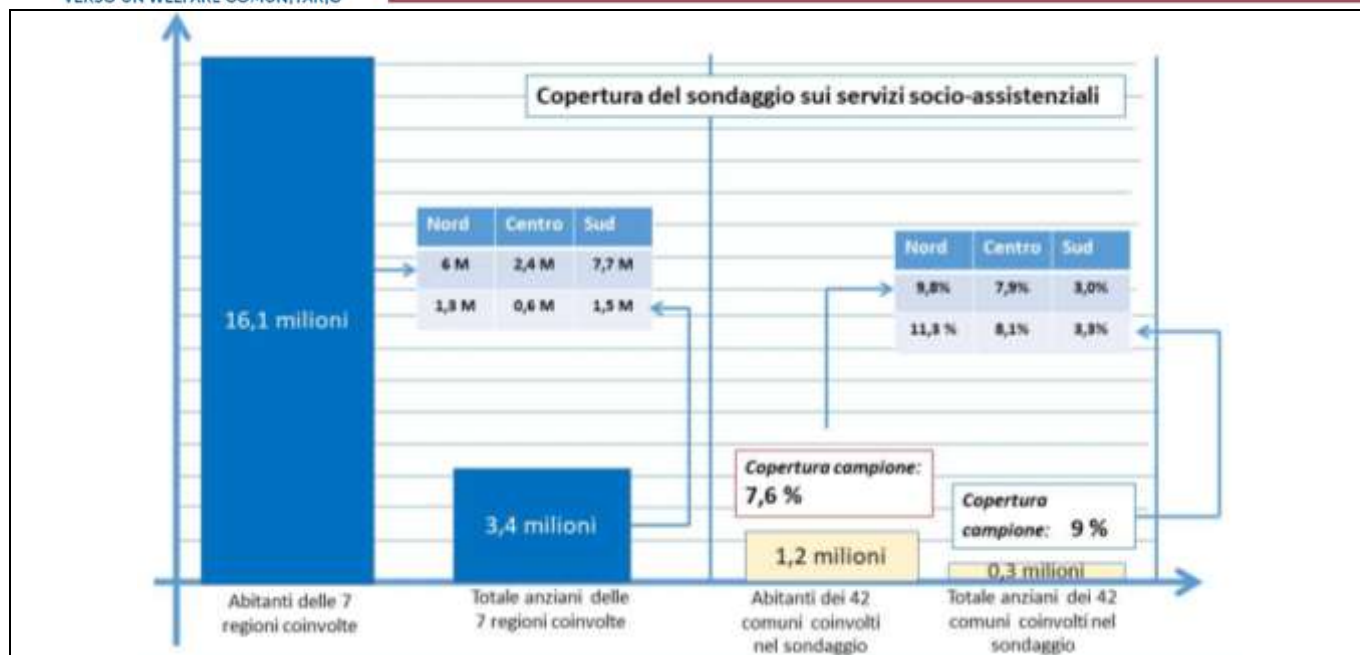


Fig. 5.3 – Copertura del monitoraggio sui servizi socio-assistenziali effettuato in 6 regioni

Il monitoraggio ha interessato comuni di varie dimensioni da meno di 1000 abitanti (Castelvecchio Calvisio, Capestrano entrambi in Abruzzo, Garaguso (MT)) a più di 50.000 abitanti (Trento, Treviso, Venezia, Terni, Macerata, Benevento, Matera). Il grafico seguente dà le percentuali dei comuni coinvolti per fascia di dimensione (numero di residenti).

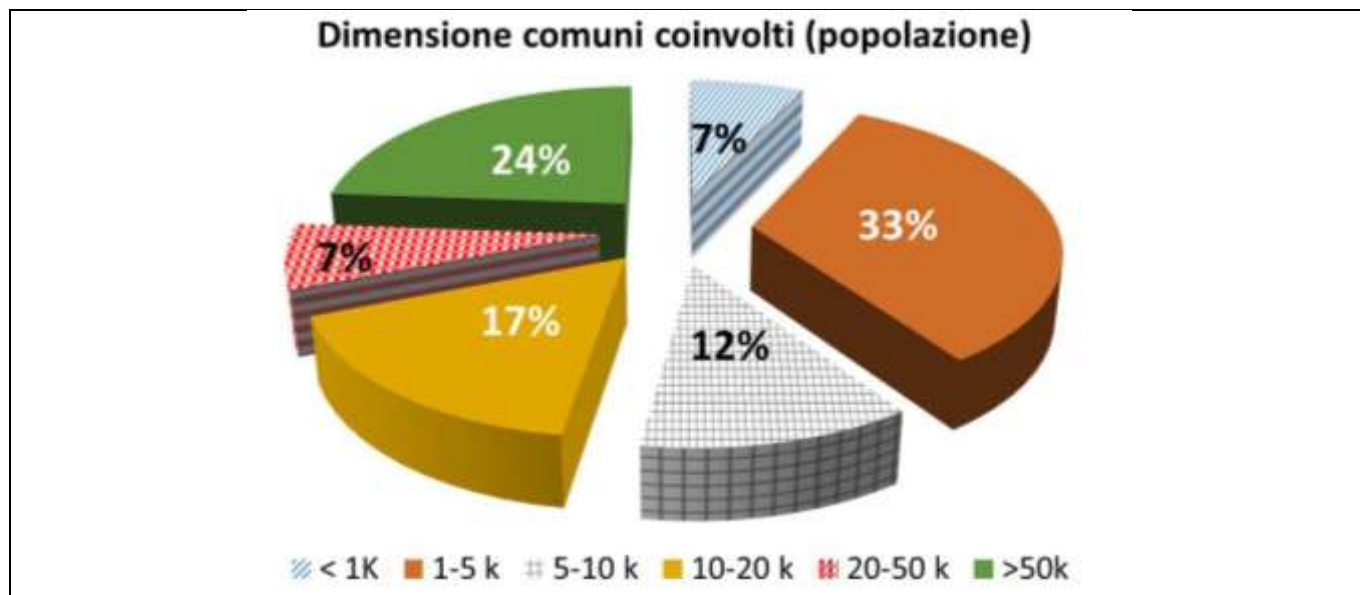


Fig. 5.4 – Dimensioni (popolazione) dei comuni coinvolti nel monitoraggio di tipo socio-assistenziale

Nel grafico seguente invece sono riportate la popolazione totale (tutte le età) e la popolazione degli anziani dei comuni coinvolti nel sondaggio suddivisi nelle tre fasce territoriali (Nord, Centro e Sud Italia)¹⁷.



Fig. 5.5 – Suddivisione geografica del campione coinvolto nel monitoraggio

B. Monitoraggio di tipo socio-sanitario (SSN)

Il monitoraggio di tipo socio-sanitario ha avuto un'adesione decisamente inferiore; dei 42 comuni/ territori coinvolti solo 13 ossia il 31% hanno accettato di partecipare; inoltre non è rappresentato l'Abruzzo in quanto i dati raccolti sono stati molto limitati e frammentari. Sotto certi aspetti le difficoltà riscontrate nel raccogliere i dati di tipo sanitario rappresenta essa stessa una risposta. Le principali difficoltà nell'ottenere le informazioni richieste sono state:

- La frammentarietà e la mancata centralizzazione e informatizzazione dei database esistenti presso le strutture del Servizio Sanitario Nazionale che rendono complesso e non immediato il reperimento di tutte le informazioni richieste;
- La mancanza di alcuni dati talora anche a causa di una formulazione della richiesta alquanto vaga (la definizione di "demenza" ad esempio è molto vaga per cui è difficile per un medico di base rispondere alla domanda sulla percentuali di anziani in cura con sintomi di demenza);
- La naturale riottosità a fornire risposte che in qualche caso avrebbero evidenziato delle deficienze nei servizi offerti;
- Una remora a fornire dati ritenuti talora con convinzione ma spesso strumentalmente come "sensibili e confidenziali".

La tabella seguente riporta i comuni / distretti che hanno fornito informazioni utili.

¹⁷ Nord Italia: Trentino Alto Adige - Veneto; Centro Italia: Marche - Toscana - Umbria; Sud Italia: Abruzzo- Basilicata- Campania - Molise.

Tab. 5.2 – Comuni / territori coinvolti nel monitoraggio
sui servizi di tipo socio-sanitario

REGIONE	PROVINCIA	COMUNI	Abitanti
TRENTINO	TRENTO	Lavis	8969
VENETO	VENEZIA	Dolo	15022
		Mira	38573
UMBRIA	PERUGIA	Gubbio e Alto Chiascio	54120
		Umbertide e Alta Umbria	76054
	TERNI	Castel Giulio	2090
MARCHE	MACERATA	Distretto Sanitario Macerata	133432
CAMPANIA	BENEVENTO	San Salvatore Telesino	4075
		Solopaca	3778
	AVELLINO	Monteforte Irpino	11933
	CASERTA	Baia e Latina	13136
		Distretto Piedimonte Matese	73706
BASILICATA	MATERA	Matera	60403
		Tricarico	5202
TOTALE CAMPIONE	TOTALE CAMPIONE CONSIDERATO		
	Abitanti		712498
	anziani		154825
	TOTALE DELLE REGIONI COINVOLTE		
	Abitanti		14798243
	anziani		3103649

La copertura realizzata dal monitoraggio di tipo socio-sanitario è stata globalmente del 4,8% in termini di popolazione totale coinvolta e del 5% in termini di popolazione anziana.

A livello di zone geografiche (Nord, Centro e Sud Italia) le coperture relativamente agli anziani sono state del 3,9% nel Nord Italia, dell' 11 % nel Centro Italia e del 3,2 % in Sud Italia.

In termini d'intera popolazione residente (tutte le età) le rispettive percentuali sono rispettivamente del 4,6% (Nord), 11%(Centro) e 2,7% (Sud) (vedasi grafici sotto riportati).

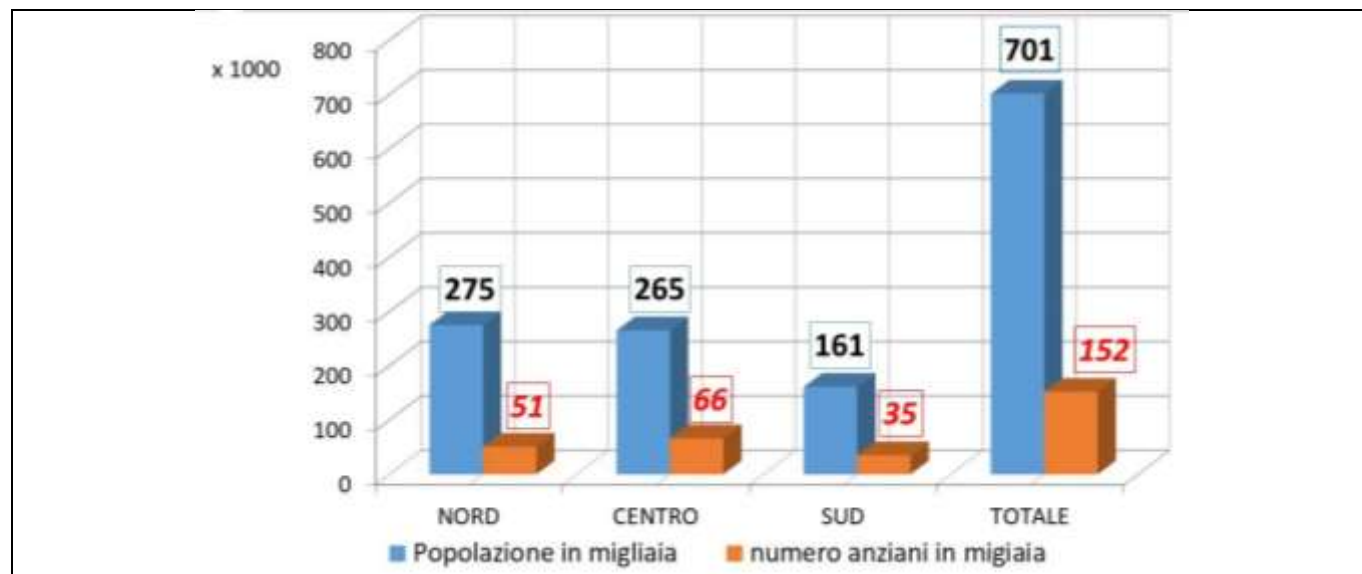


Fig. 5.6a - Suddivisione geografica del campione coinvolto nel monitoraggio di tipo socio-sanitario

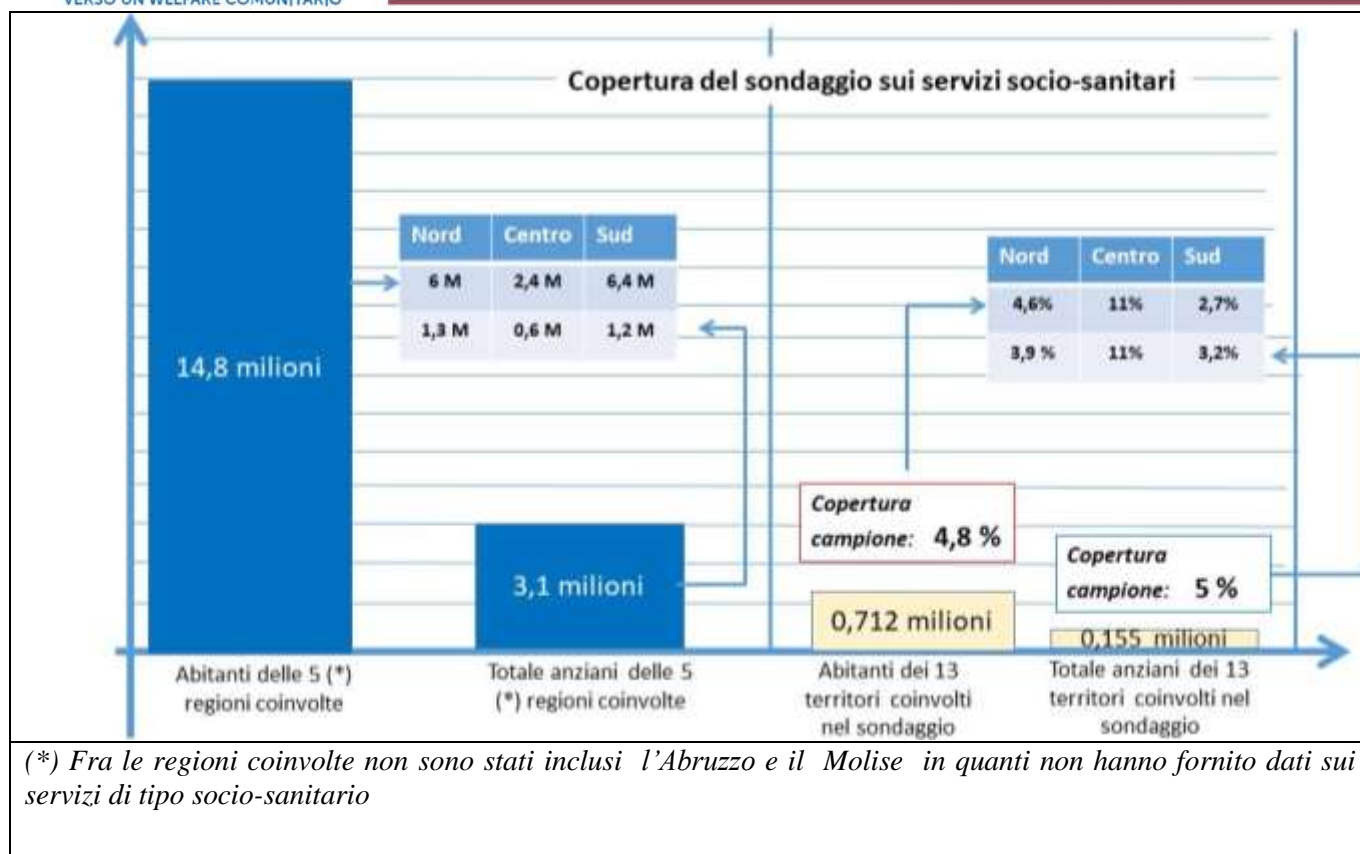


Fig. 5.6b – Copertura del monitoraggio sui servizi socio-sanitari effettuato in 5 regioni

5.2 Il monitoraggio sui servizi di tipo socio-assistenziale per gli anziani fragili

5.2.1 Le tematiche coperte nel monitoraggio

La figura seguente mostra le differenti sezioni incluse nella scheda utilizzata per il monitoraggio di tipo socio-assistenziale

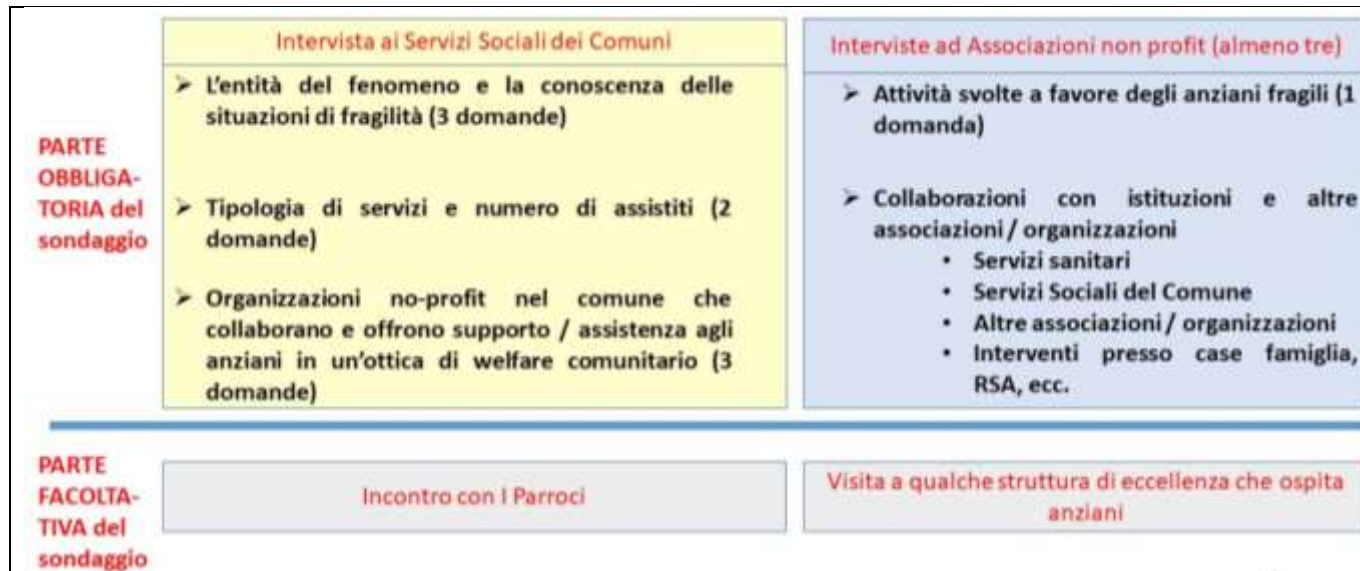


Fig. 5.7 - Le sezioni del monitoraggio sui servizi di tipo socio-assistenziale

In particolare gli aspetti che si sono voluti indagare sono stati:

- Se e come vengono intercettati i bisogni degli “anziani fragili” e come viene scoperta la cosiddetta “fragilità invisibile”;
- Se tali bisogni hanno un’adeguata risposta e quale in termini di supporto di tipo socio-assistenziale,
- Qual è o può essere il contributo e il ruolo delle associazioni e delle organizzazioni di volontariato: cosa fanno, come si organizzano, quali competenze utilizzano, ecc.;
- Quali forme di collaborazioni esistono fra le istituzioni e il terzo settore nell’ambito dell’assistenza agli anziani fragili e alle loro famiglie.
- Esempi di buone pratiche da sperimentate in altri contesti.

5.2.2 La scoperta delle fragilità e l’approccio seguito dalle istituzioni locali

Solo il 30% dei comuni elabora e tiene aggiornata una “lista degli anziani fragili” e il più delle volte non ci sono strumenti per scoprire le “fragilità invisibili”. Tipicamente i servizi vengono forniti su richiesta dell’interessato o dei familiari oppure a seguito di una segnalazione fatta da più parti (il medico di famiglia, l’assistente sociale, associazioni del 3° Settore, la parrocchia, ecc.). Soltanto un 20% dei comuni coinvolti adotta un approccio proattivo. Ci sono anche esempi di generose iniziative specie nei piccoli comuni: a Castelvecchio Calvisio in provincia di Aquila è lo stesso sindaco insieme a delle collaboratrici che va a trovare a casa tutti gli anziani e prende atto dei loro bisogni; ovviamente tutto ciò è facilitato dal fatto che il paese ha una popolazione di soli 143 abitanti di cui gli anziani rappresentano il 30%.

Le condizioni per l’accesso ai servizi è legato soprattutto alla situazione economica dell’anziano, alla gravità delle sue condizioni (sia fisiche che psicologiche) e alla situazione familiare (se cioè vive da solo o con altri, es. il coniuge o altri familiari). In genere è l’Assistente Sociale del Comune che giudica l’eleggibilità del soggetto all’accesso ai servizi di tipo socio-assistenziale.

La percentuale degli anziani assistiti dai Comuni (circa l’8%) è superiore alla media nazionale (510 mila anziani in carico ai servizi sociali su un totale di 13,8 milioni di anziani, ossia il 3,7%).

Tab. 5.3 – Il rilevamento dei bisogni e le condizioni per l'accesso ai servizi

	SI	NO	nessuna risposta	NOTA
Esistenza di una "mappatura della fragilità"	31 %	67 %	2 %	
Approccio proattivo per la scoperta delle "fragilità invisibili"	20 %	72 %	8 %	
Condizioni per l'accesso degli anziani fragili ai servizi sociali del Comune	Reddito ISEE, gravità delle condizioni, situazione familiare			
Modalità di accesso	Richiesta ai Servizi Sociali del Comune			Giudizio il più delle volte affidato all'Assistente Sociale del Comune
Numero di anziani assistiti dal Comune	5103			per un totale di 63.048 anziani residenti nei comuni per i quali è stato fornito il dato (equivalente a circa l'8%)

5.2.3 Tipologia dei servizi offerti

I Comuni offrono vari servizi:

- servizi di assistenza domiciliare forniti direttamente o con l'intermediazione di cooperative sociali e/o associazioni convenzionate;
- servizi semiresidenziali (es. Centri Diurni Integrati, Laboratori occupazionali, ecc.)
- ricoveri in strutture residenziali e in residenze sanitarie assistenziali (RSA) per le quali pagano la "quota alberghiera" mentre la "quota sanitaria" è a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
- contributi finanziari spesso sotto forma di voucher da utilizzare per l'utilizzo di servizi.

Tab. 5.4 – Tipologie di servizi offerti dai Comuni

	SI	NO	nessuna risposta	NOTA
Varietà servizi domiciliari (SAD) forniti / numero anziani assistiti	Fra i servizi più comuni: cura e igiene della persona; pulizia della casa; pasti a domicilio, controllo nell'assunzione dei farmaci, servizi infermieristici, compagnia e ascolto, accompagnamento, tele-assistenza			
assunzione farmaci; servizi infermieristici	31 %	15 %	54 %	
tele-assistenza	44 %	2 %	54 %	
Accesso a servizi SAD	82 %	0	18 %	
numero assistiti in SAD	2432			per un totale di 192.785 anziani residenti nei comuni per i quali è stato fornito il dato (equivalente a circa l'1,3%)
ore settimanali di assistenza domiciliare per anziano	media di 8,2 ore			ricavato su 26 comuni
Ricovero in RSA	79 %	8 %	13 %	
numero ospiti RSA con contributo del Comune	256			per un totale di 42.019 anziani residenti nei comuni per i quali è stato fornito il dato (equivalente a circa lo 0,6%)

	SI	NO	nessuna risposta	NOTA
Accesso a CDI	61 %	31 %	8 %	
Accesso a case soggiorno e strutture protette	8 %	0	92 %	
numero ospiti con contributo del Comune	nd	nd	nd	dato disponibile solo per 2 comuni (14 ospiti)
Soggiorno climatico protetto; # assistiti	nd	nd	nd	
Laboratori occupazionali	36 %	49 %	15 %	
Supporti economici	46 %	0	54 %	dei 18 comuni che danno supporti economici 4 sono al Nord Italia, 1 al Centro e 13 in Sud Italia

Il grafico di fig. 5.7 dà un'indicazione di come i vari servizi siano diffusi nelle realtà dei comuni coinvolti nel monitoraggio

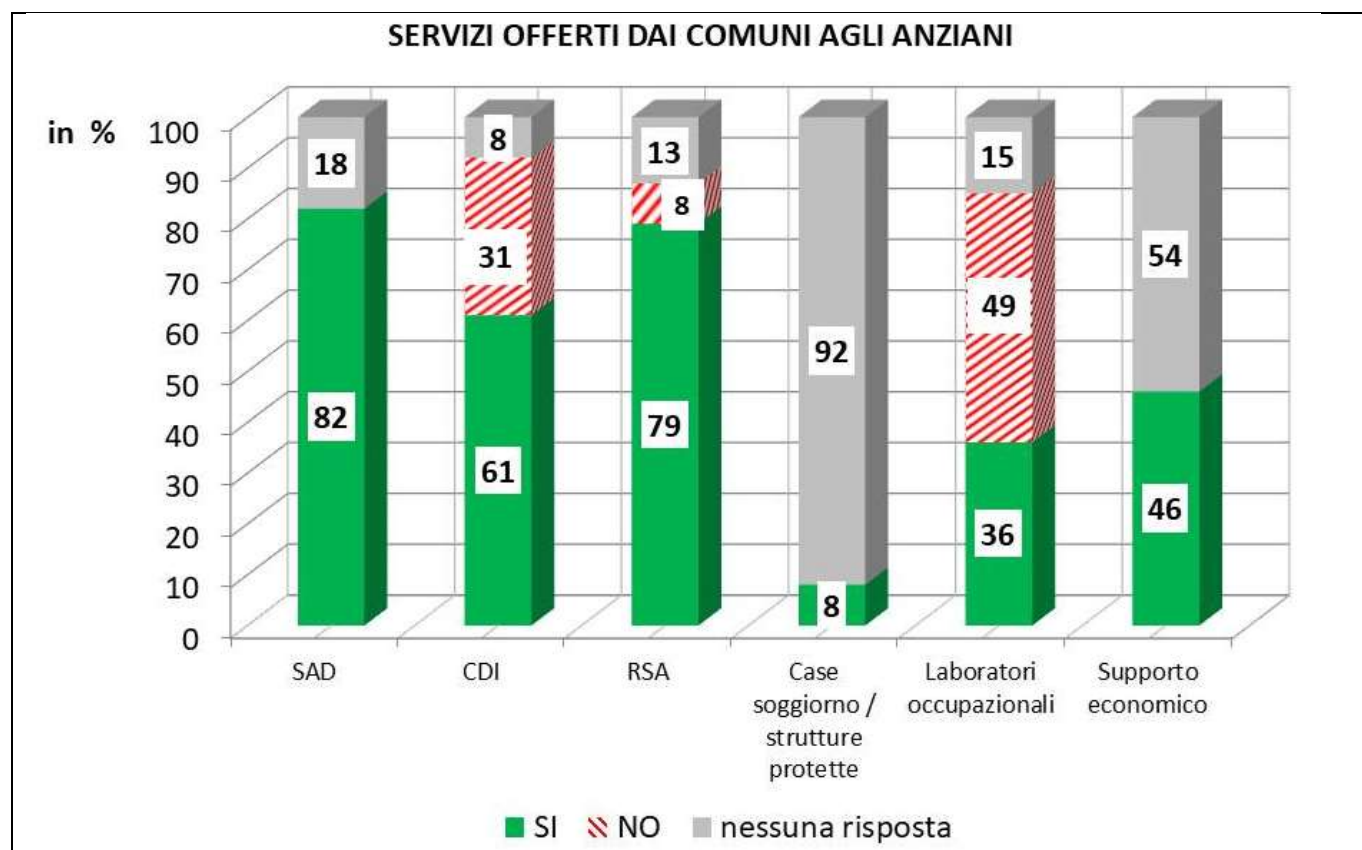


Fig. 5.8 – Diffusione dei vari servizi erogati dai Comuni

In parecchi comuni sta diventando sempre più comune il ricorso alla tele-assistenza (44% di risposte affermative). Nei comuni monitorati con il monitoraggio e che hanno fornito dati il numero degli anziani assistiti con servizi assistenziali domiciliari (SAD) sono 2432 corrispondente all' 1,3% degli ultra65enni residenti; questa percentuale è in linea con quanto succede in tutta Italia (1,2% di anziani supportati da servizi SAD).

Molto più bassa è invece la percentuale di anziani che hanno accesso alle RSA (0,6% contro una media nazionale del 2,1%).

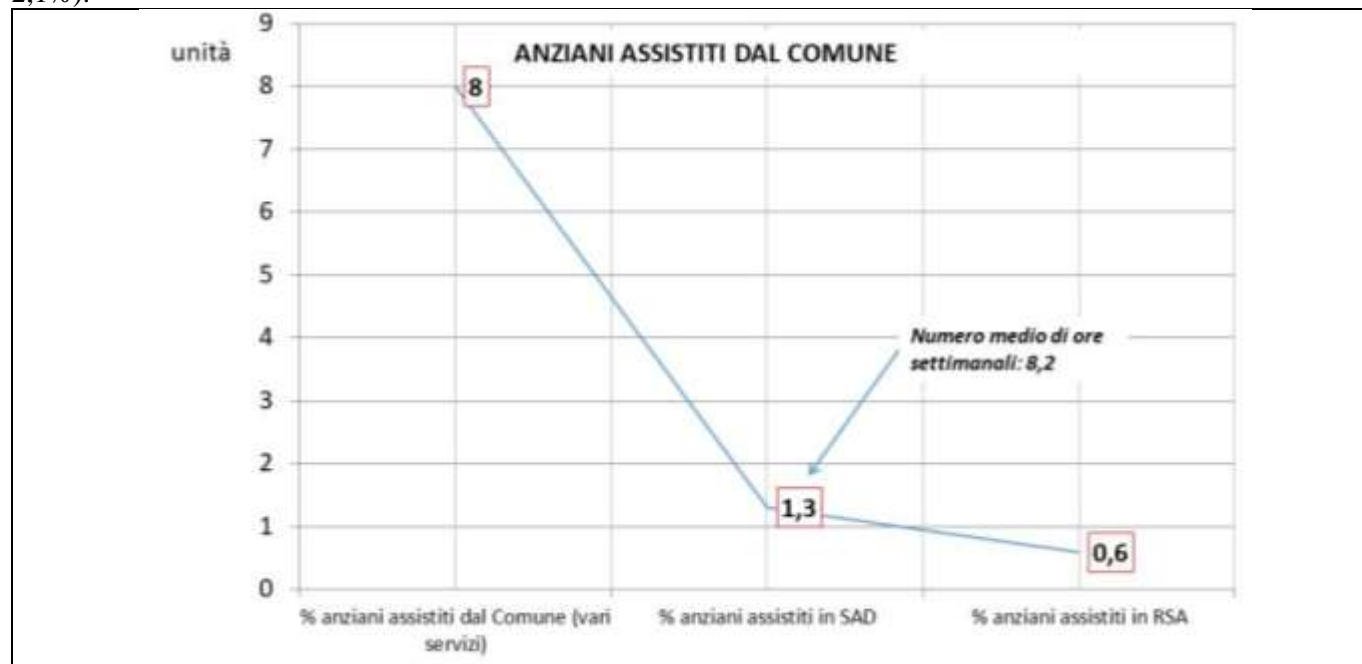


Fig. 5.9 Percentuali di anziani assistiti dai Comuni e in particolari di quelli assistiti con servizi SAD e con ricovero in RSA e strutture protette

5.2.4 Collaborazioni con le organizzazioni del Terzo Settore

In tutti i comuni coinvolti nel monitoraggio è stata rilevata l'esistenza di associazioni no-profit e di volontariato che collaborano con i Servizi Sociali; la collaborazione il più delle volte è regolata con la stipula di una convenzione.

In media sono state mappate circa 4 associazioni no-profit per comune.

Ovviamente è di molto inferiore il numero di associazioni e organizzazioni specificatamente dedite al supporto di anziani con malattie di tipo neurodegenerativo (es. demenza / Alzheimer). Fra queste un ruolo importante è svolto dall'Associazione Malati Alzheimer (AMA) che ha sedi in tutta Italia.

Tab. 5.5 – Organizzazioni no-profit che collaborano con i Servizi Sociali dei Comuni

	SI	NO	nessuna risposta	NOTA
Organizzazioni no-profit che offrono supporto agli anziani (numero) e collaborano con i Servizi Sociali dei Comuni	103 su 28 comuni			in media 3,7 associazioni per comune (Nord Italia: 5,8; Centro Italia: 3,5; Sud Italia: 2,7)
Collaborazioni fra Servizi Sociali e tali organizzazioni	100 %	0	0	
Associazioni dedicate a chi soffre di malattie neurodegenerative (es. Alzheimer)	46 %	46 %	8 %	
Collaborazione fra esse e le Istituzioni	100 %	0	0	

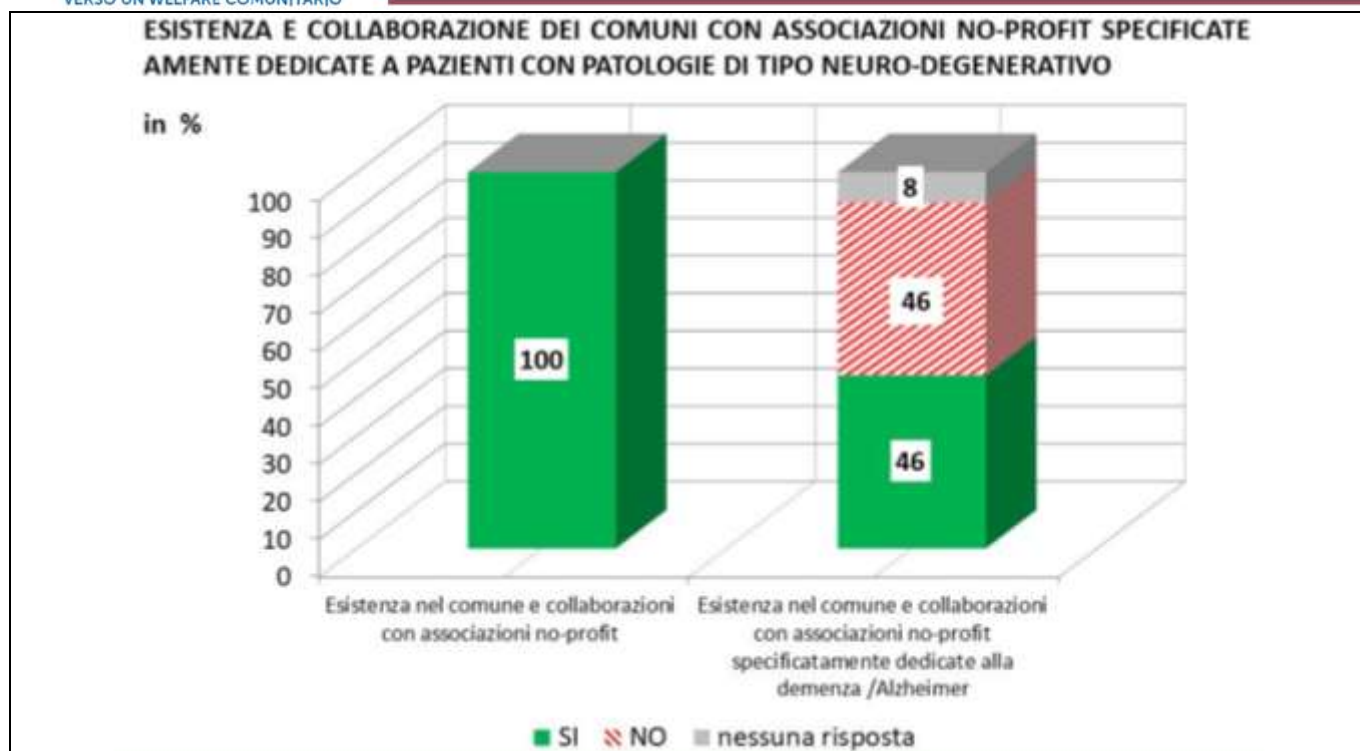


Fig. 5.10 – Collaborazioni fra i Servizi Sociali dei Comuni e associazioni dedicate a chi soffre di malattie neuro-degenerative (es. Alzheimer)

5.2.5 Il ruolo dell'Associazionismo e del Volontariato nel supporto agli anziani fragili e alle loro famiglie

Il monitoraggio ha dedicato una particolare attenzione a verificare come gli Enti del Terzo Settore (es. APS, associazioni di volontariato) si rapportano con la problematica della fragilità e della non-autosufficienza e in particolare di quella che coinvolge gli anziani. Nei 42 comuni coinvolti nel monitoraggio sono state contattate più di 61 organizzazioni i cui responsabili sono stati intervistati sulle attività svolte, sul numero dei beneficiari di tali servizi, su come le associazioni collaborano con il Servizio Sanitario Nazionale, con i Servizi Sociali dei Comuni, con altre organizzazioni, con le case di riposo e le strutture protette.

E' interessante notare la presenza di servizi particolarmente efficaci nel prendersi cura degli anziani fragili, come:

- interventi terapeutici non farmacologici (es. laboratori occupazionali) realizzati in collaborazione con esperti;
- l' accompagnamento;
- la consegna dei pasti a domicilio e la compagnia e ascolto (i volontari in molti casi sono le uniche persone con cui gli anziani relegati a casa vengono a contatto durante la giornata);
- L'integrazione dell'anziano fragile nella comunità per evitare il suo isolamento sociale (*"La condizione della vecchiaia è più sociale che fisica"*, Arrigo Levi).

Sono molte le "buone pratiche" che sono state scoperte (vedasi Capitolo 6 di questo rapporto) sia in un' ottica di prevenzione (rallentamento del decadimento fisico e cognitivo) che di assistenza.

Tab.5.6 – Il ruolo dell'associazionismo nel supporto agli anziani fragili e alle loro famiglie

Numero di organizzazioni no-profit intervistate	61			Nord Italia: 25; Centro Italia: 9; Sud Italia: 27
Attività svolte	Varie attività di cui sotto sono riportate le più diffuse e per ognuna di esse il livello di diffusione nei comuni coinvolti nel monitoraggio			
scoperta e segnalazione dei bisogni	15 %	0	85 %	
Accompagnamento	44 %	0	56 %	
Consegna pasti	3 %	0	97 %	
Interventi terapeutici non-farmacologici	26 %	0	74 %	
Servizi a domicilio	21 %	0	79 %	
Collaborazione con SSN	44 %	36 %	20 %	
Giudizio collaborazione (da 1 a 5)	3,93			
Collaborazione con Servizi Sociali del Comune	79 %	8 %	13 %	
Giudizio collaborazione (da 1 a 5)	3,95			
Collaborazione con altre associazioni	46 %	28 %	26 %	
Giudizio collaborazione (da 1 a 5)	4,24			
Interventi presso Case di Riposo, RSA, comunità alloggio	51 %	28 %	21 %	
Giudizio collaborazione (da 1 a 5)	4,37			

SERVIZI OFFERTI DALLE ASSOCIAZIONI AGLI ANZIANI

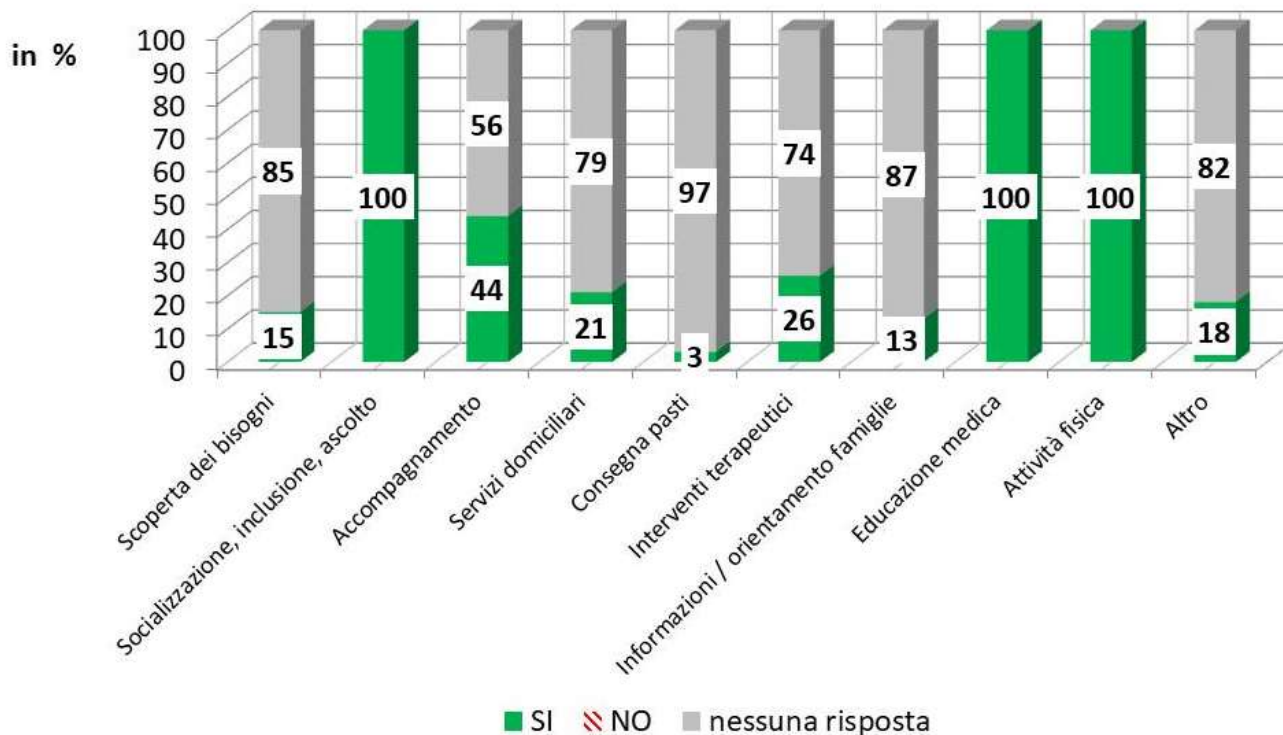


Fig. 5.11 – Servizi offerti agli anziani fragili dall' Associazionismo e dal Volontariato.

In termini di collaborazioni il monitoraggio indica chiaramente come siano più comuni le cooperazioni fra associazionismo e servizi sociali dei Comuni piuttosto che quelli con le ASL del SSN; ciò d'altra parte è pienamente giustificabile in considerazione della mancanza di competenze sanitarie e della missione socio-assistenziale degli Enti del Terzo Settore.

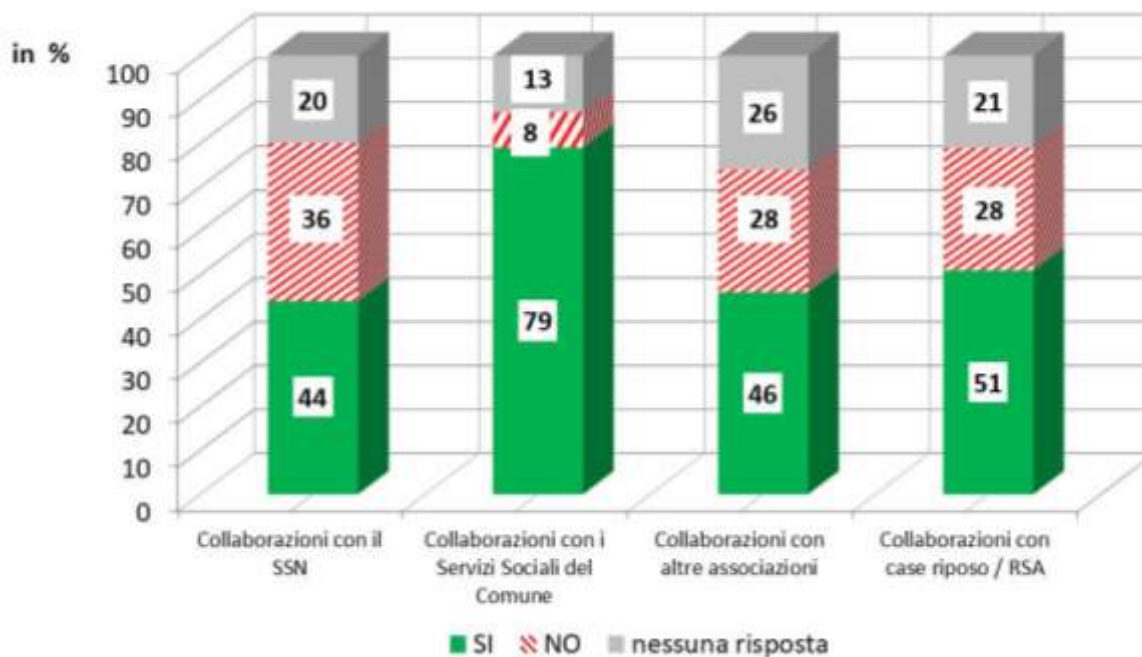


Fig. 5.12 – Collaborazioni del settore no-profit in un'ottica di welfare comunitario

Il giudizio che le Associazioni intervistate hanno espresso sulla qualità della collaborazione sta ad indicare però che resta ancora molto da fare per realizzare un'armonizzazione e una sinergia fra pubblico / privato e terzo settore. Le associazioni giudicano nettamente migliore la collaborazione che esse hanno con altre organizzazioni del terzo settore o con le case di riposo piuttosto che quelle messe in atto con le istituzioni siano esse rappresentate dal Servizio Sanitario Nazionale o dai Servizi Sociali dei Comuni.

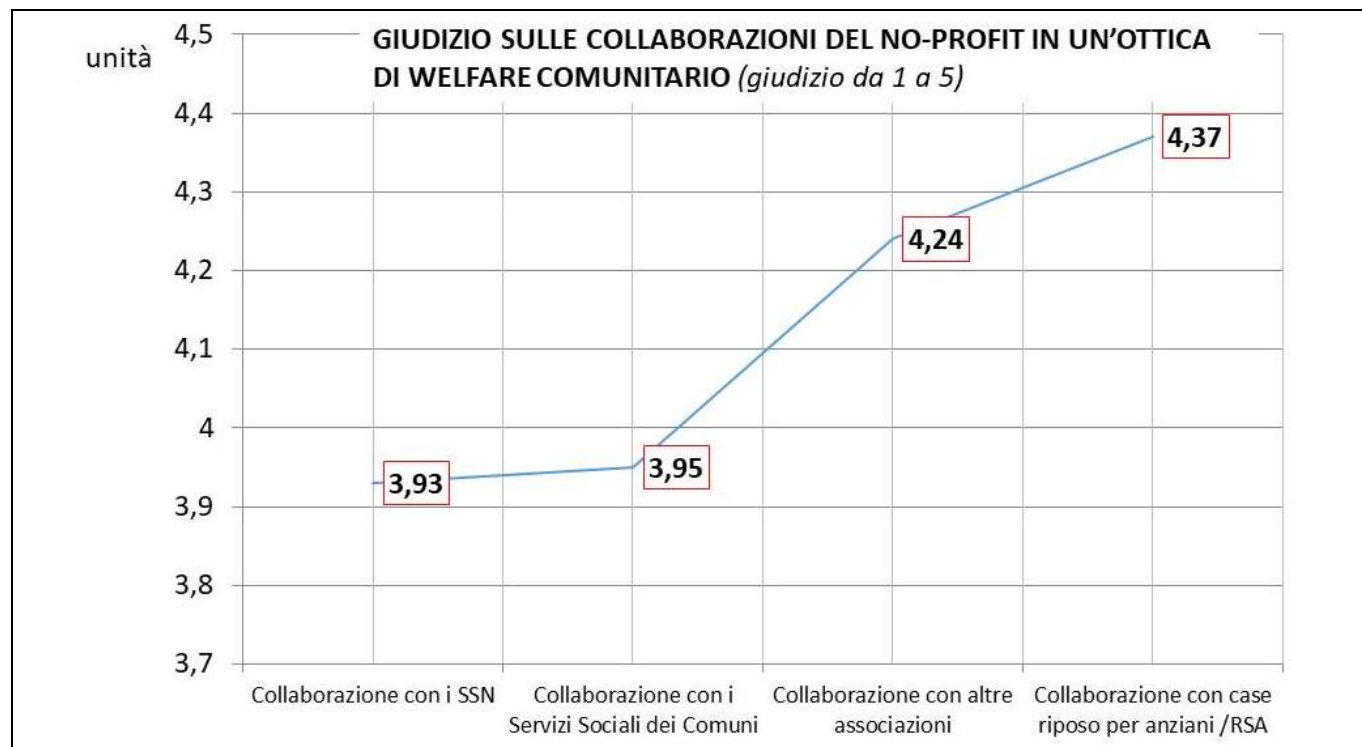


Fig. 5.13 – Giudizio sulla qualità delle collaborazioni

5.3 Il monitoraggio sui servizi di tipo socio-sanitario per gli anziani fragili

La rilevazione è stata fatta coinvolgendo i distretti sanitari, le aziende ospedaliere e alcuni medici di famiglia.

Le motivazioni del monitoraggio nascono dalla consapevolezza che

- ✓ molte aree del nostro paese sono sprovviste dei servizi necessari,
- ✓ c'è molta disomogeneità tra una regione e l'altra;
- ✓ non esistono database consultabili dai quali ottenere indicazioni dettagliate sulle presenze e sul funzionamento dei servizi;
- ✓ c'è la necessità di fare emergere le tante buone prassi che esistono in varie parti d'Italia.

Gli obiettivi principali del monitoraggio sono quindi quelli di:

- a. fare una mappatura dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria e una valutazione qualitativa degli interventi;
- b. analizzare per la parte sanitaria le “best practices” da esportare.

5.3.1 La tipologia dei servizi offerti

La figura seguente sintetizza le informazioni raccolte nel monitoraggio per ognuno dei servizi di tipo socio-sanitario dedicati agli anziani non-autosufficienti.

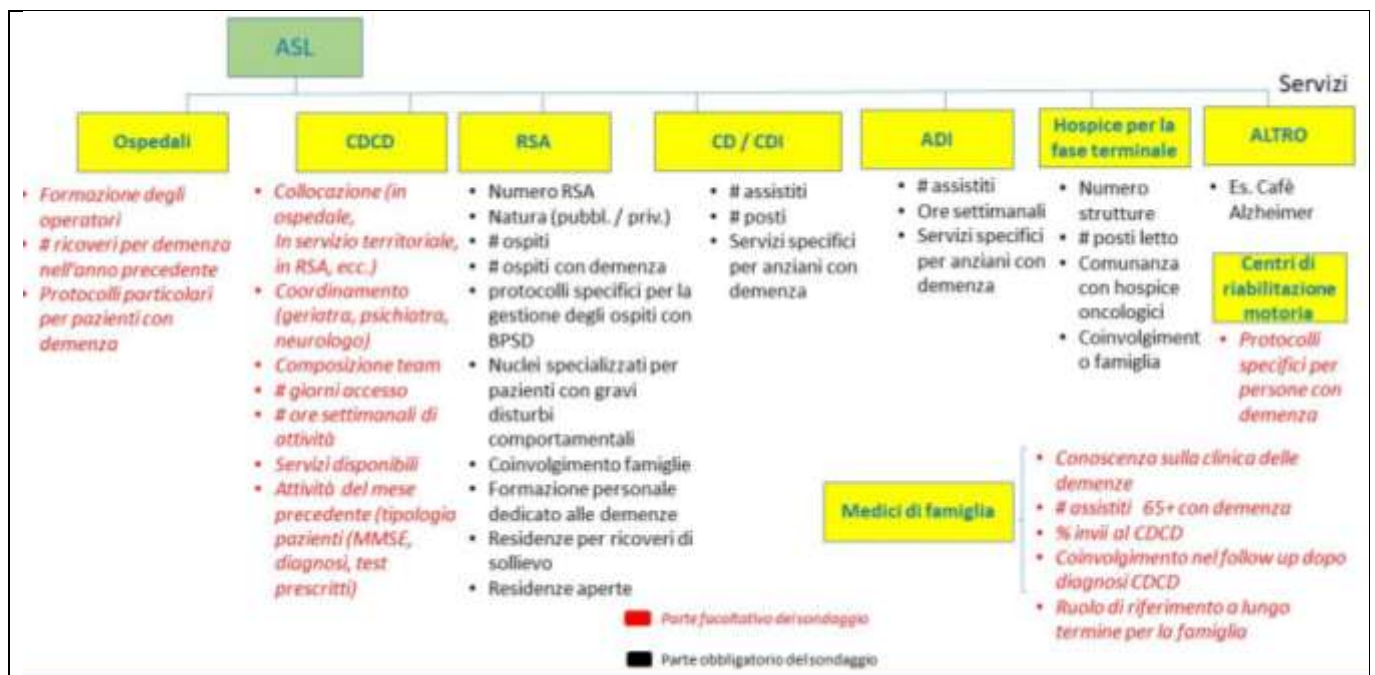


Fig. 5.14 – Informazioni raccolte per ognuno dei servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale per la cura degli anziani non autosufficienti inclusi quelli affetti da patologie di tipo neuro-degenerativo

I due diagrammi riportati di seguito evidenziano la presenza o meno di servizi così come rilevato nel monitoraggio effettuato nelle 6 regioni (Trentino, Veneto, Umbria, Marche, Campania, Basilicata). Da sottolineare la mancanza di dati che si è riscontrata per alcuni servizi.

STRUTTURE SANITARIE PER GLI ANZIANI

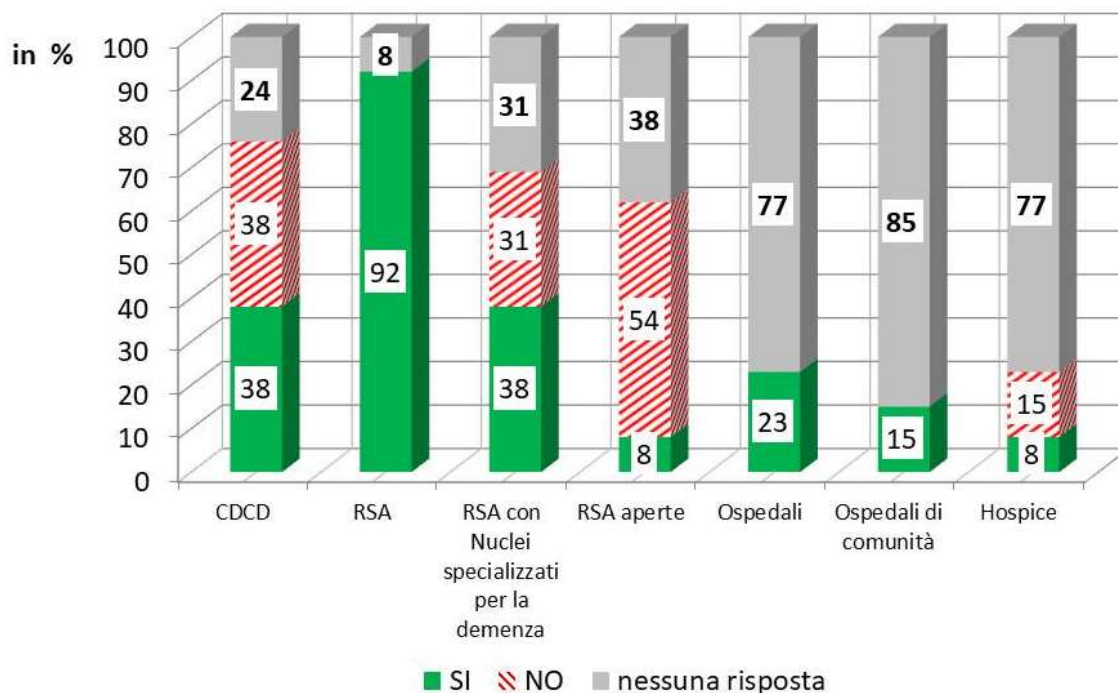


Fig. 5.15a– Strutture sanitarie per gli anziani non autosufficienti

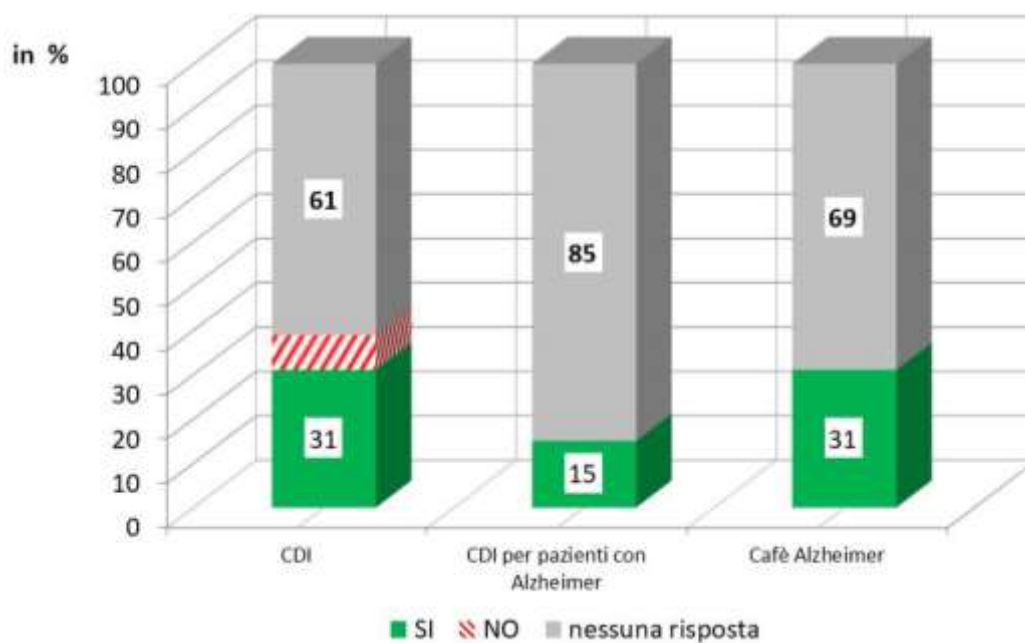


Fig. 5.15b– Strutture sanitarie per gli anziani non autosufficienti

5.3.2 Piani di formazione sulla demenza rivolti agli operatori sanitari e alle famiglie

Tab. 5.7 – Formazione sulle demenze

	SI (%)	NO (%)	non risposta (%)	NOTE
Piano di formazione sulle demenze per operatori sanitari	31 %	31 %	38 %	
Piano di formazione sulle demenze per familiari	15 %	31 %	54 %	
Rapporti fra SSN e Associazioni famiglie persone con demenza	38 %	23 %	38 %	

5.3.3 I Centri per i Disturbi Cognitivi e per le Demenze (CDCD)

Tab. 5.8 - CDCD

	SI (%)	NO (%)	non risposta (%)	NOTE
Esistenza nel territorio di CDCD	54 %	23 %	23 %	
Collocazione in ospedale (H), servizio territoriale (ST), clinica universitaria (CU), RSA	Ospedale: 43% Servizio territoriale: 43% RSA: 14%			per i 7 comuni nei quali esistono CDCD: 3 in ospedale, 3 servizio territoriale, 1 in RSA
Coordinamento (Geriatra (G), Neurologo (N), Psichiatra (P))	Il caso più frequente è il coordinamento da parte di un geriatra			per i CDCD per i quali si hanno dati: 67% geriatra; 16,5% neurologo e 16,5% psichiatra
Team multidisciplinare	31 %	0	69 %	
Giorni di accesso alla settimana	da 2 a 5			
Ore di attività alla settimana	da 6 a 30			

5.3.3 Servizi disponibili presso i CDCD

I dettagli sul funzionamento dei CDCD sono stati forniti solo da 4 strutture sanitarie (Distretto Sanitario #3 con Mira e Dolo (VE), Distretto Sanitario # 15 di Piedimonte Matese includente Baia e Latina, Azienda Sanitaria di Matera, ASL Monteforte Irpino)

Tab. 5.9 – Servizi presso i CDCD

Tipologia di test eseguiti	Mira / Dolo (VE) e Distretto #3	Distretto #15 Piedimonte Matese (CE)	ASM Matera	ASL Monteforte Irpino (AV)
Test neuropsicologici	SI	SI	SI	SI
Test neuroimaging	SI	SI	SI	
Trattamenti riabilitazione cognitiva				SI
Educazione per i caregiver	SI	SI	SI	SI
Esami del liquor (APP / Tau)				
Test genetici (ApoE)	SI			SI

	Mira / Dolo (VE) e Distretto #3	Distretto #15 Piedimonte Matese (CE)		
Caratteristiche pazienti esaminati nel mese precedente al monitoraggio	Dati disponibili solo per il distretto #3 (Dolo e Mira) e il Distretto #15 (Piedimonte Matese – CE)			
# pazienti con MMSE \geq 26	8	0		
24-26	7	20		
18-24	8	30		
15-18	5	20		
10-15	2	10		
< 10	0	20		

A. Tipologia delle diagnosi ricevute nei CDCD

Tab. 5.10 – Diagnosi tipiche presso i CDCD

Tipologia di diagnosi ricevuta (numero pazienti per tipo di diagnosi)	Mira / Dolo (VE) e Distretto #3	Distretto #15 Piedimonte Matese (CE)	ASM Matera	ASL Monte- forte Irpino (AV)
Alzheimer	5	20		58
Demenza vascolare	3	30		37
Alzheimer + vascolare	5	20		95
Demenza frontale		5		
Demenza a corpi di Lewy	1			
Altre demenze		25		
MCI	8			
Altre patologie neurodegenerative				203
Dato mancante, numero				
Prescrizioni (numero di pazienti)				
TAC encefalo	15	30		
MRI encefalo	15			
SPECT di flusso				
PET FDG				
PET con tracciante per amiloide				
Test neuropsicologici	30			
Esame del liquor (APP, Tau)				
Test genetici (apoE o altro)	1			
Altri esami				

5.3.4 Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

Tab. 5.11 – Le RSA

	SI (%)	NO (%)	non risposta (%)	NOTE
Esistenza nel territorio di RSA e/o Residenze Protette	92 %	0	8 %	in 2 comuni ci sono RSA pubbliche; le altre RSA sono private convenzionate o in alcuni casi private senza alcuna convenzione con i SSN
# ospiti RSA	1251			per un totale di 119649 anziani residenti nei comuni per i quali è stato fornito il dato (equivalente a poco più dell' 1%)
# ospiti RSA affetti da demenza	490			equivalente al 39% degli anziani ospiti presenti in RSA
Protocolli specifici nelle RSA per ospiti con demenza	46 %	15 %	38 %	
Esistenza nuclei specializzati per la cura di ospiti con gravi disturbi di demenza	38 %	31 %	31 %	
Coinvolgimento delle famiglie nelle decisioni	69 %	8 %	23 %	
Corsi di formazione sulla demenza per gli operatori RSA	23 %	15 %	62 %	
Esistenza nella RSA di programmi per ricoveri di sollievo	38 %	15 %	46 %	
Programmi nelle RSA per la fornitura di servizi nel territorio (es. modello di RSA aperta)	8 %	54 %	38 %	

5.3.5 I servizi sanitari domiciliari e semi-domiciliari (ADI – Assistenza Domiciliare Integrata; CDI – Circolo Diurno Integrato)

Tab. 5.12 – ADI e CDI

	SI (%)	NO (%)	non risposta (%)	NOTE
# ultra65enni assistiti in ADI	3347			risposta relativa solo a 4 comuni con in totale 65101 anziani residenti (equivalente a una copertura del 5% circa)
# ore settimanali di assistenza per anziano	da 4 a 24			
Servizi di ADI specificatamente dedicati ad anziani con demenza	0	8 %	92 %	
Esistenza di CDI	31 %	8 %	61 %	
Esistenza di CDA (CDI dedicati alla demenza)	15 %	0	85 %	
# persone assistite	72			relativo solo a 3 dei 4 CDI mappati
Altre attività dedicate alla demenza (es. Caffè Alzheimer)	31 %	0	69 %	

5.3.6 Gli ospedali, gli "ospedali per acuti", gli "hospice"

Tab. 5.13 – Ospedali per acuti e hospice

	SI (%)	NO (%)	non risposta (%)	NOTE
Ospedali nel territorio	23 %	0	77 %	
Posti letto negli ospedali	1591			totale relativo agli ospedali dei 3 comuni che hanno fornito risposta (popolazione totale: 338.336); equivalente a 1 posto letto per ogni 212 abitanti
Posti letto per la post-acuzie	134			dato relativo a 2 dei 3 comuni
Ospedali di comunità e # posti letto	15 %	0	85 %	con 83 posti letto nei 2 ospedali di comunità mappati
# pazienti (di ogni età) affetti da demenza	177			su 2 ospedali per un totale di 1019 posti letto
OSPEDALI PER ACUTI	15 %	23 %	62 %	
Formazione specifica sulla cura alle persone con demenza			100 %	nessuna risposta
#pazienti affetti da demenza ricoverati nei vari reparti nell'anno precedente		86		Risposta ottenuta solo per i comuni di Mira e Dolo; gli 86 pazienti si riferiscono a tutte le diagnosi
Accorgimenti particolari per pazienti ricoverati affetti da demenza			100 %	nessuna risposta
Esistenza di hospice per le demenze (interventi palliativi per pazienti terminali)	8 %	15 %	77 %	
# posti	8			dato fornito solo per 1 hospice (8 posti)
Co-presenza di malati con demenza e malati oncologici	0	8 %	92 %	nessuna co-presenza con altri pazienti (limitatamente all'unico hospice di cui si hanno i dati)
Coinvolgimento delle famiglie nelle decisioni	15 %	0	85 %	

5.3.7 I Centri di Riabilitazione

Tab. 5.14 – Centri di riabilitazione

	SI (%)	NO (%)	non risposta (%)	NOTE
CENTRI RIABILITAZIONE	15 %	8 %	77 %	
Programmi di riabilitazione motoria specificatamente dedicati ai pazienti con demenza e/o altre malattie neurodegenerative	15 %	8 %	77 %	

5.3.8 Dati di sintesi

Il seguente grafico sintetizza la capacità dei servizi di far fronte al bisogno (numero di anziani assistiti in ADI e in RSA per ogni 1000 anziani residenti, i posti letto disponibili negli ospedali per ogni 1000 residenti di qualsiasi età. Per i posti letto in RSA e negli ospedali è indicata anche la porzione oggi dedicata agli anziani affetti da demenza / Alzheimer.

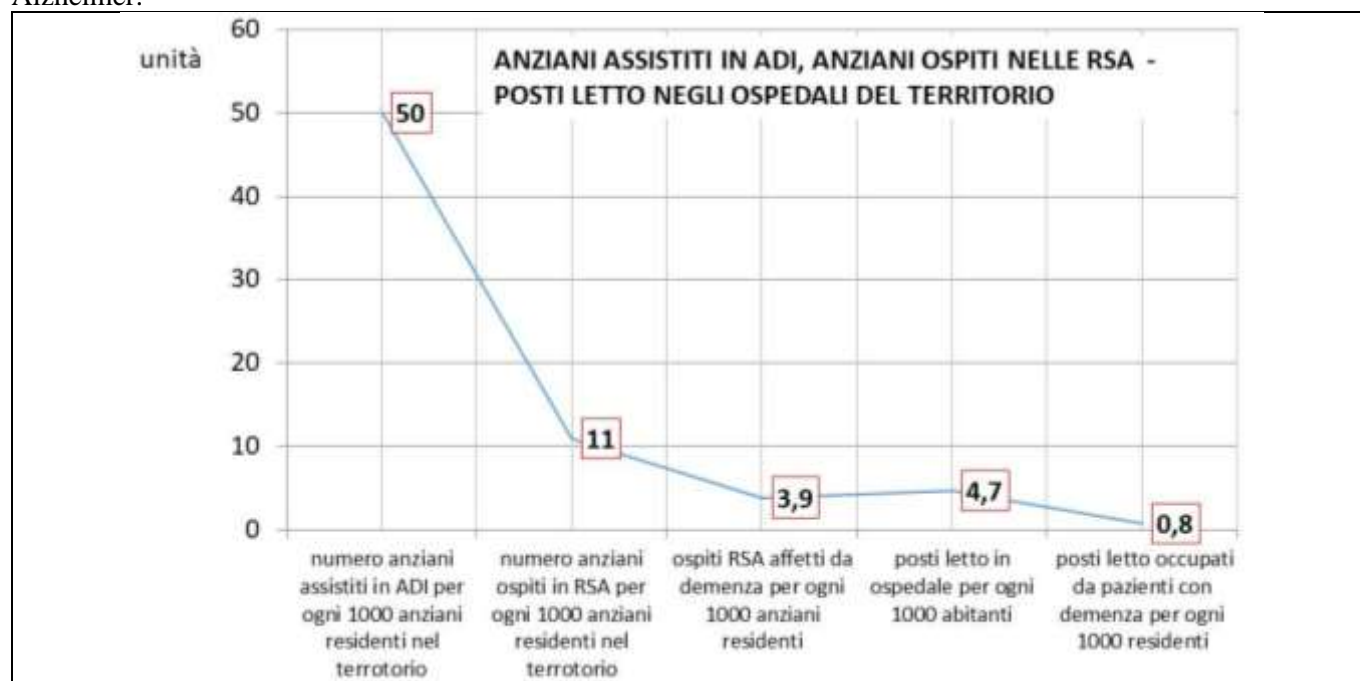


Fig. 5.16 – Anziani assistiti in ADI, ospitati in RSA; posti letto negli ospedali

5.3.9 I medici di famiglia

Tab. 5.15 – Il ruolo dei medici di famiglia

	SI (%)	NO (%)	non risposta (%)	NOTE		
MEDICI DI FAMIGLIA						
MMG consultati						
# ultra65enni assistiti affetti da demenza						
% dei pazienti con sospetta demenza inviati ai CDCD	dal 5 al 14 %					
Assunzione da partedel MMG della responsabilità di organizzare il follow up dopo la diagnosi del CDCD	38 %	8 %	54 %			
Ruolo del MMG come riferimento per la famiglia dell'assistito con demenza per tutta la durata della malattia	38 %	8 %	54 %			

5.4 I servizi sanitari e socio-assistenziali per gli anziani fragili: differenziazioni geografiche

In questa sezione saranno evidenziate le principali differenze esistenti fra Nord-, Centro- e Sud-Italia relativamente alla disponibilità e modalità di erogazione di servizi a favore degli anziani non-autosufficienti e delle loro famiglie. Nella tabella sotto riportata sono contrassegnati in verde le aree geografiche con parametri superiori di almeno il 10% rispetto alla media nazionale, in giallo quelle con valori in una fascia del +/- 10% della media nazionale e infine in rosso le aree geografiche con parametri inferiori di almeno il 10% rispetto alla media italiana.

5.4.1 Servizi socio-assistenziali

Tab. 5.16 – Un confronto fra le diverse aree geografiche in Italia – Servizi socio-assistenziali

	Nord Italia	Centro Italia	Sud Italia	Media Italiana
% di comuni fra quelli coinvolti nel monitoraggio che fanno una mappatura degli anziani fragili	45%	40%	17%	31%
% di comuni fra quelli coinvolti nel monitoraggio che usano un approccio proattivo per scoprire le “fragilità invisibili”	36%	20%	13%	20%
% di anziani assistiti dal Comune rispetto alla totale popolazione di ultra65enni	12%	dato non disponibile	3,3%	8%
% anziani assistiti con Servizi Assistenziali Domiciliari (SAD)	1,39%	0,24%	1,46%	1,30 %
Ore settimanali medie per anziano assistito in SAD	11,25	7,25	7,47	8,2
% di comuni in cui sono disponibili Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)	73%	80%	83%	79%
% anziani assistiti in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)	0,8%	0,3%	dato non disponibile	0,6%
% di comuni in cui sono disponibili Centri Diurni Integrati (CDI)	73%	100%	48%	61%
% di comuni in cui sono disponibili organizzazioni specificatamente dedicate alla demenza/ Alzheimer	82%	100%	13%	46%

	Nord Italia	Centro Italia	Sud Italia	Media Italiana
% di comuni in cui sono disponibili Laboratori occupazionali per anziani con patologie neuro-degenerative	27%	40%	39%	36%
% di comuni fra quelli coinvolti nel monitoraggio che erogano contributi economici agli anziani non autosufficienti	36%	20%	57%	46%

5.4.2 Servizi socio-sanitari

Tab. 5.16 – Un confronto fra le diverse aree geografiche in Italia – Servizi socio-sanitari

	Nord Italia	Centro Italia	Sud Italia	Media Italiana
% di comuni fra quelli coinvolti nel monitoraggio in cui sono disponibili CDCD	100	50	29	38
% di comuni fra quelli coinvolti nel monitoraggio in cui esistono RSA con nuclei specializzati in Alzheimer	100	25	29	38
% di comuni in cui sono disponibili RSA aperte	0	0	14	8
% di comuni in cui sono disponibili RSA con ricoveri di sollievo	50	50	29	38
% di comuni che offrono servizi domiciliari di tipo socio-sanitario (ADI)	50	25	29	31
% di comuni in cui sono disponibili CDI	50	50	14	31
% di comuni in cui sono disponibili CDI dedicati ad anziani con demenza	50	25	0	15
% di comuni in cui sono disponibili Cafè Alzheimer	50	50	25	31
% anziani residenti che beneficiano di servizi ADI (rispetto alla popolazione totale degli ultra65enni)	4,6	7,1	2,4	5,0
Ore settimanali medie per anziano assistito in ADI	4	dato non disponibile	24	14
% anziani residenti che sono ospiti in RSA (rispetto alla popolazione totale degli ultra65enni)	0,9	1,2	3,7	1,1
Percentuale di anziani ospiti in RSA che sono affetti da demenza	75%	58%	18%	39%
% anziani residenti che sono assistiti in Circoli Diurni Integrati (CDI) (rispetto alla popolazione totale degli ultra65enni)	0,04	0,16	dato non disponibile	0,09
% di comuni in cui esistono piani di formazione sulla demenza per:				
Operatori sanitari negli ospedali	50	25	29	31
Operatori nelle RSA	50	25	15	23
familiari	50	0	15	15

5.4.3 Un confronto fra il monitoraggio di Anziano Fragile e i dati forniti da altri studi

Tab. 5.17 – ADI e RSA nelle varie regioni – Confronto fra i dati del monitoraggio e altri studi

Regione	Fonte dei dati	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	Residenza Sanitaria Assistenziale
		Percentuale degli anziani assistiti	Percentuale degli anziani assistiti
Trentino	Monitoraggio Anziano Fragile	Non disponibile	5,6 %
	<i>Vedasi Nota 1</i>	3,9%	9,6 %
Veneto	Monitoraggio Anziano Fragile	4,7 %	0,7 %
	<i>Vedasi Nota 1</i>	7,2 %	3,4 %
Umbria	Monitoraggio Anziano Fragile	7,1 %	1,2 %
	<i>Vedasi Nota 1</i>	3,1 %	2,9 %
Marche	Monitoraggio Anziano Fragile	Non disponibile	Non disponibile
	<i>Vedasi Nota 1</i>	2,9 %	2,7 %
Abruzzo	Monitoraggio Anziano Fragile	Non disponibile	Non disponibile
	<i>Vedasi Nota 1</i>	3,1 %	1,2 %
Molise	Monitoraggio Anziano Fragile	Non disponibile	Non disponibile
	<i>Vedasi Nota 1</i>	8,4 %	0,2 %
Campania	Monitoraggio Anziano Fragile	2,5 %	1,3 %
	<i>Vedasi Nota 1</i>	2,7 %	0,1 %
Basilicata	Monitoraggio Anziano Fragile	Non disponibile	0,8%
	<i>Vedasi Nota 1</i>	1,9%	0,5%
ITALIA	Monitoraggio Anziano Fragile	Non applicabile	Non applicabile
	<i>Vedasi Nota 1</i>	3,2%	2,1%


Nota 1: per i servizi ADI : ricerca di Italia Longeva pubblicata nel 2018 con dati 2017; per le RSA dati del Ministero della Salute e relativi al 2017.





Come già precisato nell' Introduzione di questo rapporto, i risultati del monitoraggio di Anziano Fragile non vogliono avere un valore statistico data la ridotta dimensione del campione utilizzato; il campione di cui sopra viene quindi fornito solo a scopo informativo. D'altra parte la materia è complessa anche in termini di disponibilità e affidabilità delle informazioni raccolte e – come evidenziato nel Capitolo 2 dove sono stati riportati i dati di varie ricerche – non esiste un' univoca e certa quantificazione del fenomeno.

Capitolo 6 – Le “buone pratiche”





6.1 Esempi di buone pratiche





Tab. 6.1 – Buone pratiche







#	Dove	Breve descrizione
La capillarità dell’assistenza: una rete di supporto che si ramifica su tutto il territorio		
BP1	Trento 	<p>E’ operativo già dal 2008 il Comitato PIA (Persone Insieme per gli Anziani), una rete che dà supporto agli anziani fragili consentendo il più possibile la loro assistenza in ambito domiciliare. All’iniziativa partecipano numerose associazioni, gruppi, realtà dei singoli quartieri della città ma anche singoli cittadini.</p> <p>Il Comitato ha messo a disposizione dell’anziano un numero verde che raccoglie i suoi bisogni per poi trovare nel suo quartiere chi è disponibile ad aiutarlo. Fra i servizi offerti: compagnia, accompagnamenti occasionali, piccole commissioni, piccole riparazioni e manutenzioni domestiche.</p> <p>Il Progetto è stato promosso dal Servizio Attività Sociali e dai Poli sociali del Comune di Trento in collaborazione con associazioni di volontariato del territorio.</p> <p>https://www.comune.trento.it</p>
BP2	Terre d’Argine (Modena)	<p>La mappatura e la geo-localizzazione della fragilità invisibile</p> <p>Nell’Unione delle Terre d’Argine (comuni di Campogalliano, Carpi, Novi di Modena e Soliera) l’esigenza di avere una mappatura delle persone fragili è nata a seguito del terremoto del 2013 quando si presentò l’urgenza di andare a scovare e soccorrere tutte le persone anziane che vivevano sole e che a causa di disabilità o di una ridotta autonomia non erano state in grado di fuggire dalle loro case in cerca di riparo.</p> <p>Nel monitoraggio si sono utilizzate quattro banche dati: le persone con oltre 75 anni che vivono sole o con un(a) compagno(a) ultrasessantacinquenne; chi è già in carico ai servizi sociali; lo sportello di assistenza familiare; gli utenti del trasporto sociale ossia le persone con problemi di mobilità. Gli indirizzi delle abitazioni di queste persone sono stati mappati (geo-localizzazione della fragilità).</p> <p>Sono state poi condotte delle interviste intese ad analizzare i bisogni attuali e le preoccupazioni per il futuro, il contesto in cui gli anziani fragili vivono, le barriere architettoniche, la rete parentale e la rete sociale, le relazioni di vicinato e i rapporti con i negozianti, la frequenza delle visite al Centro Anziani, lo stato di salute e il numero di ospedalizzazioni negli ultimi 12 mesi, il numero di farmaci assunti, il livello di autonomia nelle attività quotidiane (ADL), i mezzi di trasporto utilizzati (bicicletta, mezzi pubblici, trasporto sociale, auto propria), la maniera in cui vengono vissute e gestite le situazioni di emergenza.</p>



#	Dove	Breve descrizione
		Ne è venuta fuori una fotografia dettagliata ed un interessante racconto della condizione dell'anziano fragile applicabile anche al di fuori del contesto territoriale dove le interviste sono state realizzate.
BP3	Vercelli 	L'anagrafe della fragilità sociale¹⁸ Portata avanti dall'ASL di Vercelli in collaborazione con il Comune e i consorzi per i servizi socio-assistenziali della provincia ha l'obiettivo d'individuare la "fragilità sociale" ossia quegli anziani che per motivi socio-economici, per la situazione familiare sono a rischio e spesso sono "invisibili". Parte dell'attività è stata dedicata a definire i fattori predisponenti a una condizione di fragilità sociale. Il progetto è risultato vincitore del "Premio Piemonte Innovazione 2018".
BP4	Terni e Mantova 	Sperimentazione dell'Operatore di Quartiere e del Portierato Sociale anche con il supporto dei volontari della rete dei Centri Sociali ANCeSCAO del territorio. Vengono effettuati interventi socio-assistenziali in favore di anziani fragili segnalati dal locale distretto sanitario della USL Umbria 2. I beneficiari nel 2018 a Terni sono stati 850. Fra i servizi: ascolto e raccolta di bisogni, sportello di vicinato, mediazione di conflitti, trasporto solidale, sportello informativo.
BP5	Liguria 	L'infermiere di famiglia e di comunità¹⁷ Per far fronte a una situazione geografica caratterizzato da un numero elevato di piccolissimi centri dispersi in zone poco agibili è stata sperimentata la figura dell' "infermiere di famiglia e di comunità" che – opportunamente formato – rappresenta l'unico presidio socio-sanitario disponibile soprattutto per gli anziani evitando loro faticosi viaggi verso le strutture sanitarie presenti nei comuni più grandi. Il progetto è a livello Europeo (progetto CoSENSO – Community Nurse Supporting Elderly in a changing Society). L'idea di fondo è quella di attaccare la fragilità al suo stadio iniziale ossia evitare che stati di iniziale fragilità non rilevati transitino verso la disabilità. Fra le iniziative anche la "Memory Training", una palestra della memoria per la prevenzione del decadimento cognitivo.
BP6	Mira (VE) e in molte altre parti d'Italia 	Consegna pasti a domicilio (Ass. Socio Ricreativa Culturale "A. Palladio" APS di Mira e Comune di Mira) Cinque giorni alla settimana, per tutto il periodo dell'anno, i volontari ritirano i pasti presso la mensa comunale e li consegnano al domicilio delle persone individuate dai servizi sociali del Comune che si trovano in condizioni di disagio dal punto di vista fisico e/o economico. Per alcune di queste persone, il volontario che consegna i pasti è l'unica persona che essi vedono durante tutto il giorno e con cui si possono relazionare. I volontari possono soltanto ascoltare, ma per queste persone è già molto. In presenza poi di situazioni diventate critiche, i volontari avvertono tempestivamente l'ufficio Assistenza del Comune, svolgendo la funzione di "sentinelle" sul territorio.
BP7	Corciano (PG)	Car Help (un'auto in aiuto) Servizio di assistenza domiciliare e di trasporto per le persone anziane con problemi di mobilità (trasporto in ospedale, visite mediche, ritiro dell' assegno di pensione, acquisti, ecc.).

¹⁸ Ripreso dal rapporto di Italia Longeva "L'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa e buone pratiche" a cura di D.L. Vetrano pubblicato nel 2018



#	Dove	Breve descrizione
		E' attivo anche un <i>call center</i> per ricevere richieste di aiuto o semplicemente per interagire con una "persona amica"; è previsto anche il trasporto presso il Centro Anziani per offrire qualche ora di svago e socializzazione. Il servizio è svolto con il contributo di 20 volontari.
		 
Esempi di welfare comunitario		
	Veneto	<p>A. Il servizio "telesoccorso-telecontrollo"</p> <p>Il servizio prevede il collegamento dell'utente a una Centrale Operativa funzionante 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, tramite l'installazione presso il domicilio di un dispositivo collegato alla linea telefonica fissa e dotato di radiocomando da indossare al collo oppure al polso. Il servizio prevede anche la componente di telecontrollo, dove è la Centrale Operativa che si mette in contatto con l'utente, due volte alla settimana, per conoscere le sue condizioni e per effettuare la prova del dispositivo.</p> <p>B. Le Sezioni ad alta protezione Alzheimer (S.A.P.A.)</p> <p>La Regione del Veneto ha ritenuto di completare l'offerta di servizi residenziali prevedendo l'attivazione di posti letto con caratteristiche di "residenzialità ad alta protezione".</p> <p>Le "Sezioni ad Alta Protezione Alzheimer" (S.A.P.A.) sono destinate ad accogliere persone affette da demenza di grado moderato-severo, che per il livello del deficit cognitivo e per la presenza di significative alterazioni comportamentali non trovino una risposta adeguata con l'assistenza domiciliare o in altre forme di residenzialità.</p> <p>Le sezioni ad alta protezione per pazienti con demenza sono una risposta limitata nel tempo per coloro che necessitano di un particolare approccio clinico-assistenziale durante una o più fasi della loro malattia.</p> <p>A tali strutture si accede previa valutazione da parte della U.V.M.D., su proposta del medico dimettente ospedaliero o del medico di medicina generale. La permanenza sarà limitata al periodo necessario ad effettuare il programma assistenziale e clinico, con predisposizione ed individuazione della successiva risposta che potrà essere il rientro a domicilio, eventualmente con assistenza domiciliare integrata o l'accoglimento in residenza protetta.</p> <p>C. Il Progetto Sollievo</p> <p>Il Progetto Sollievo è stato avviato dalla Regione Veneto sin dai primi anni del Duemila ed è andato via via espandendosi fino a comprendere 106 Centri Sollievo nel 2016 e 141 a fine 2018. L'iniziativa – grazie alla collaborazione di associazioni e volontari - intende sostenere le persone affette da decadimento cognitivo o da patologie come Parkinson e Alzheimer e affiancarsi al tempo stesso alle famiglie. Le persone assistite sono oltre 1500 persone e i volontari impegnati sono circa 1400 insieme a medici di medicina generale, specialisti e sanitari dei centri per</p>




#	Dove	Breve descrizione
		<p>il decadimento cognitivo, dei servizi distrettuali e comunali. I Centri Solievo rappresentano uno dei perni di supporto delle politiche di domiciliarità. E' stato riportato come "l'evidenza scientifica di questi anni di sperimentazione confermi che i Centri Solievo aiutano la permanenza della persona anziana il più a lungo possibile a casa propria, ritardano il processo involutivo sostenendo e rinforzando le abilità residue".</p> <p>I Centri Solievo – spesso organizzati presso le sedi delle associazioni di promozione sociale e di volontariato - rappresentano un punto di incontro e di socializzazione per le persone anziane, e costituiscono anche un servizio significativo per i familiari che, nelle figure specializzate e nei volontari dei centri, trovano appoggio, consulenza e supporto. Si tratta appunto di un servizio di 'sollievo', che alleggerisce i carichi di assistenza e cura e rompe il cerchio d'isolamento che circonda questi nuclei familiari.</p>
BP8	Badia Polesine (RO) 	<p>E' un esempio di collaborazione fra associazionismo / volontariato e istituzioni (servizi distrettuali e comunali). I Centri Solievo realizzato a Badia P. rappresenta un punto di incontro e di socializzazione per le persone anziane e costituisce anche un servizio importante per i familiari che, nelle figure specializzate e nei volontari del centro, trovano appoggio, consulenza e supporto. Si tratta appunto di un servizio di 'sollievo', che alleggerisce i carichi di assistenza e cura e rompe il cerchio di isolamento che circonda questi nuclei familiari".</p>
BP9	Mira (VE) e Oriago di Mira (VE) 	<p>Progetto "Giorni a colore": consiste nell'accogliere presso una Associazione affiliata ANCeSCAO, 3 giorni alla settimana, circa 18 anziani del territorio per svolgere attività socio ricreative legate al potenziamento del benessere della persona (es. lettura e commento di alcuni articoli del giornale, esercizi per la memoria, ecc.). Il tutto è fatto con l'aiuto dell'educatore e dell'operatrice socio sanitaria.</p> <p>Progetto "Sollievo": consiste nell'accogliere presso due associazioni ANCeSCAO, al lunedì e mercoledì mattina, attualmente 13 anziani affetti da iniziale lieve deterioramento cognitivo, con lo scopo di sottoporli ad un programma di riabilitazione, aiutati di una psicologa, una O.S.S. e da volontari. Il progetto è realizzato in collaborazione con l'ULSS n°3 Serenissima e l'Assessorato alle Politiche Sociali del Comune di Mira. Con esso s'intende anche dare un momento di "sollievo" ai familiari impegnati nel faticoso compito assistenziale di ogni giorno.</p>
BP10	Parma e Basilicata 	<p>Centro Sociale "Il Tulipano" – "Trasporto Solidale" Quattro mattine alla settimana i volontari accompagnano gli anziani con disturbi cognitivi al CDCD per poi riportarli a casa. Nello scorso anno il Tulipano ha effettuato 1.200 trasporti. Tra i vari utenti vi sono soggetti che non hanno la possibilità materiale di muoversi autonomamente in quanto non hanno nessun parente e/o persone che si possono occupare di loro, per le varie necessità (spesa, visite mediche, centro emostasi, centro dialisi, ecc) . L'iniziativa si sta realizzando anche in Basilicata.</p>
BP11	Italia e Slovenia	CrossCare, un progetto Interreg Italia-Slovenia per il sostegno alle famiglie degli anziani fragili – Il "care manager" nelle case di riposo per anziani



#	Dove	Breve descrizione
		<p>CrossCare intende intervenire sul senso di disorientamento di quelle famiglie che, dinanzi alla sopravvenuta fragilità dell'anziano, hanno difficoltà a interagire con gli enti responsabili, a reperire le informazioni necessarie e ad attivare percorsi di sostegno alla fragilità dell'anziano.</p> <p>Il progetto propone anche varie iniziative nell'ottica di favorire la permanenza dell'anziano nel suo ambiente familiare e ritardarne l'istituzionalizzazione all'interno delle Case di riposo.</p> <p>Fra queste la creazione di Punti di Servizio Anziani dove sperimentare la nuova figura professionale del "care manager". Attraverso il care manager, le Case di riposo fungeranno da anello di congiunzione tra le famiglie, l'anziano e i servizi sanitari e socioassistenziali esistenti sul territorio, offrendo l'erogazione di prestazioni personalizzate e non più standardizzate. La creazione di questo modello integrato sarà supportata dalla realizzazione di corsi di formazione congiunti rivolti sia ai care manager sia agli operatori sociosanitari.</p> <p>Inoltre, CrossCare prevede la sperimentazione di ausili tecnologici domiciliari che, collegati alla Casa di riposo e all'operatore domiciliare, permettono di registrare in tempo reale informazioni sulle attività dell'anziano, assicurando in questo modo la famiglia sul suo stato di salute, facilitando e coordinando le eventuali operazioni di assistenza sociosanitaria.</p>
	  	
Strutture di eccellenza		
BP12	Mira (VE) 	Residenza Anziani "Adele Zara": Dispone di una stanza multisensoriale, di laboratori occupazionali manuali e cognitivi, di palestra, sala culto, giardino interno e sala soggiorno e biblioteca.
BP13	Flesso d'Artico (VE) 	<p>"Residenza La Salute" di Flesso d'Artico</p> <p>La casa di riposo è considerata un'eccellenza nel territorio. Aspetti qualificanti sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personalizzazione dei servizi e grande attenzione agli ospiti; • attività educative, psicologiche, ginnastica individuale, fisioterapia, racconti della storia del territorio e caffè letterario per mantenere e/o recuperare le abilità residue di ogni ospite; • Non vengono praticate sedazioni farmacologiche evitando così la tipica situazione di persone sempre assopite; • Collaborazione con l'Università di Padova per progetti innovativi già sperimentati dalle Case di Riposo della Regione Emilia Romagna.




#	Dove	Breve descrizione
Best Practice nelle RSA premiate nel 2018 dalla Fondazione ONDA (Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere)		
	 	ONDA - Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere ha indetto nel 2018 il Concorso Best Practice, rivolto alle RSA che garantiscono personalizzazione e umanizzazione della cura attraverso terapie non convenzionali. All'iniziativa hanno aderito 25 strutture presentando in totale 48 servizi, valutati poi da un apposito Comitato di esperti che ne ha selezionati e premiati 8. Di seguito una sintesi delle iniziative premiate.
BP14	Induno Olona (VA)	A passeggio nel parco: percorso multisensoriale Percorso multisensoriale per il trattamento dei disturbi comportamentali in soggetti con demenza. Il parco, con un sentiero percorribile con carrozzine e deambulatori, può essere utilizzato per ospiti in situazioni di apatia, attivando l'utente attraverso la natura, l'ascolto di suoni e rumori e l'osservazione del paesaggio. Per ridurre aggressività, ansia e agitazione psicomotoria viene praticata un'attività di rilassamento sempre all'interno del parco, con musica in filodiffusione e l'utilizzo di creme apposite. È inoltre presente un orto per la coltivazione di spezie, ortaggi e frutta utilizzando un grande vascone ad altezza uomo, con l'obiettivo di stimolare il mantenimento di passioni, l'attivazione di ricordi e l'orientamento legato allo scorrere delle stagioni.
BP15	Brescia	Alzheimer in Lab – Un viaggio dentro la malattia invisibile Percorso multisensoriale volto a favorire la comprensione delle esigenze e delle sensazioni del malato di Alzheimer attraverso l'immedesimazione. Il percorso di 30-40 minuti circa si sviluppa in parti differenti. Una parte iniziale, più sensoriale, attraverso la riproduzione di cortometraggi e di registrazioni sonore e una sezione più pratica che illustra come adattare gli ambienti domestici alle necessità del malato con alcuni accorgimenti su luci, colori e arredi tramite un'audioguida che conduce il visitatore nelle stanze della 'casa che cura'. A conclusione del percorso come approfondimento sul tema è possibile assistere alla proiezione del cortometraggio 'Non temere' di Marco Calvise.
BP16	Milano	Bagno di Gong e Campane Tibetane Progetto sperimentale che ha coinvolto 10 ospiti con demenza grave 1 volta la settimana per 10 settimane in sedute di gruppo e individuali guidate da due Master Gong supportate da terapeuta occupazionale, medico, infermieri e operatori assistenziali che hanno monitorato i comportamenti degli ospiti dopo ogni seduta. Utilizzando diverse sonorità, i soggetti sono stati guidati in un'esperienza vibro-acustica avvertibile sia con l'udito che con il corpo. Questo tipo di 'massaggio sonoro' prodotto dalle frequenze ottenute con la percussione degli strumenti, ha dimostrato di poter fornire un aiuto nella stabilizzazione emotiva e nel rilassamento degli anziani che manifestano importanti disturbi comportamentali. I dati rilevati dall'osservazione diretta e dai filmati delle sedute indicano che le vibrazioni hanno indotto, in alcuni soggetti, riduzione dell'intensità e della frequenza dei vocalizzi e nei casi di grave apatia, un risveglio dell'attenzione e dell'interesse verso l'ambiente circostante.








#	Dove	Breve descrizione
BP17	Guidonia (RM)	<p>Gruppi autoguidati di ginnastica</p> <p>Progetto che coinvolge piccoli gruppi di ospiti, precedentemente istruiti durante l'attività psicomotoria di gruppo. Si riuniscono 2 volte al giorno prima di pranzo e cena per eseguire in autogestione sequenze di movimenti semplici che vertono su coordinazione, dolore e postura. In base al grado di partecipazione e alla capacità di autodeterminazione degli ospiti, il numero e la difficoltà delle sequenze sono progressivamente crescenti e a distanza di un anno la struttura prevede una rivalutazione dei risultati raggiunti dagli ospiti facendo riferimento alla scheda del dolore e la valutazione del grado di socializzazione. Il progetto mira a favorire l'integrazione degli ospiti nel gruppo, la riduzione del dolore e l'autoregolamentazione.</p>
BP18	Firenze	<p>Io con gli Altri</p> <p>Progetto pilota che ha l'obiettivo di sperimentare la convivenza tra generazioni. Il progetto, gestito in collaborazione con la scuola di ciclismo Asd Briskin, si svolge in estate negli spazi dell'RSA in cui vengono accolti bambini dai 4 agli 11 anni per nove settimane dal lunedì al venerdì dalle 8:30-16:30. Le attività comprendono il gioco all'aria aperta, la bicicletta come salute e stile di vita, la partecipazione alle attività quotidiane. L'obiettivo è creare momenti di allegria agli ospiti e al personale della residenza anziani e ai bambini che imparano a interagire con persone di altra età in modo diretto e spontaneo. Essere parte attiva di un ambiente e comprendere che il benessere personale e collettivo dipendono anche dalle azioni quotidiane di ognuno di noi.</p>
BP19	Viterbo	<p>Orto stravolto</p> <p>Iniziativa che si svolge nel parco della Casa di Cura in cui sono disponibili appezzamenti di terreno per la coltivazione di ortaggi e una serra per la floricoltura. Accompagnati da operatori dell'équipe multidisciplinare (educatori, psicologi, infermieri), gli ospiti svolgono 2 volte a settimana attività di semina, irrigazione, raccolta e rinvaso delle piante con l'obiettivo di stimolare le abilità socio-cognitive, le funzioni esecutive, la spazialità, la manualità, mantenere le proprie relazioni sociali e sviluppare un rapporto con la natura. Questa iniziativa ha lo scopo anche di creare dei momenti di aggregazione tra gli ospiti, di cui molti provengono da terre agricole, sia per cercare di riacquisire conoscenze in parte perse sia per condividere progettualità collegate anche all'uso finale del prodotto.</p>
BP20	Milano	<p>Porte aperte al Redaelli</p> <p>Progetto che prevede l'apertura e l'integrazione della struttura con diverse realtà territoriali con l'obiettivo di promuovere l'RSA non più solo come luogo di cura, ma come luogo di vita. Il progetto è articolato in molteplici attività, tra cui la l'organizzazione di incontri tra ospiti e bambini del nido da 0 a 3 anni e tra ospiti e liceali, momenti di riflessione con scrittori e intenditori di piante e fiori, occasioni di divertimento come l'evento 'Ciciarem un cicinin' a cui ha partecipato l'attrice Lella Costa e sessioni di disegno a mano libera con il coinvolgimento anche dei familiari, a cura di Arkipelag.</p>
BP21	Milano	<p>SilverFit: uno strumento virtuale e innovativo per la stimolazione motoria e cognitiva delle persone anziane</p> <p>Sistema di terapia virtuale progettato specificamente per le persone anziane con l'obiettivo di allenare le abilità motorie e stimolare le attività quotidiane. Si basa su una serie di esercizi, presentati sotto forma di videogiochi,</p>





#	Dove	Breve descrizione
		personalizzati in base alle capacità motorie e cognitive della persona. Si utilizza una videocamera 3D che registra i movimenti e rimanda un feedback visivo su uno schermo. In un contesto ludico la persona è stimolata a raggiungere nuovi obiettivi divertendosi, distraendosi e migliorando i propri punteggi, sfidando se stessi ed eventuali avversari. Questo strumento permette di documentare i risultati e misurare i progressi nel tempo di ogni persona. Gli obiettivi prefissati e in gran parte raggiunti, puntano in particolare a favorire la socializzazione, aumentare l'autostima e le prestazioni degli ospiti nei giochi proposti, migliorare la cognitività, la memoria, le abilità motorie e l'equilibrio.
Una particolare attenzione agli anziani con Alzheimer e alle loro famiglie		
BP22	Terni 	<p>Rete Sociale Guglielmi APS: Progetto “ Alzheimer Support Network ” avente come obiettivo la creazione di una rete di supporto alle famiglie e ai caregivers informali di anziani non autosufficienti e in particolare di quelli affetti da Alzheimer. Il progetto prevede percorsi di informazione/formazione e la creazione di un Café Alzheimer a loro dedicati.</p> <p>Sono previste attività di musico-terapia e laboratori di riabilitazione cognitiva (con diverse tipologie di laboratori realizzati, ognuno con la finalità di stimolare uno o più specifiche funzioni cognitive); sono stati attivati anche laboratori per la stimolazione cognitiva del linguaggio e del pensiero.</p>
BP23	Marche	<p>AFAM Alzheimer Uniti Marche Onlus Istituita nel 2008, utilizza la consulenza di psicologi, psicoterapeuti, avvocati. Due volte alla settimana è aperto il “Circolarmente”, luogo d’incontro dove si sta insieme e si fanno attività psico-sociali (laboratori di stimolazione cognitiva, ginnastica dolce, terapia occupazionale, canto e ballo). Vengono anche forniti servizi a domicilio come valutazioni neuro-psicologiche e formazione alle badanti e viene fornito anche supporto e formazione alle famiglie (“La scuola delle famiglie”). E’ stato organizzato un “Telefono Alzheimer” a cui le famiglie possono chiamare per avere informazioni e sostegno. C’è pure uno Sportello Info-Alzheimer aperto con cadenza quindicinale.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Progetto pilota Alzheimer Uniti Italia Onlus “Macerata città amica delle persone con demenza”; <p>Il progetto prevede:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Un MEETING CENTRE come punto d’incontro e come centro di formazione per badanti e familiari; b. Un Centro di Ascolto e un telefono amico; c. Formazione sulla demenza per varie figure pubbliche (vigili urbani, forze di polizia, vigili del fuoco, gestori di alberghi, commercianti, bar, banche, sacerdoti); d. PROGETTO SCUOLA (formazione sulla demenza per i giovani); e. Adeguamento percorsi cittadini e cartellonistica negli uffici pubblici; f. Iniziative per visite di musei e biblioteche e per momenti di lettura.
BP24	Baia e Latina (CE) 	<p>Orto Alzheimer, Consapevoli della natura terapeutica dell’orto, si vuole arricchire la vita quotidiana degli anziani affetti da Alzheimer in termini di attività all’aria aperta e di accrescimento del senso comunitario</p>






#	Dove	Breve descrizione
		Il Caffè Alzheimer organizzato presso la Casa di Riposo “P. Corradi” Il Centro Sociale ANCeSCAO “Latina” di Baia e Latina, in Campania, da tempo si è messo in gioco per offrire supporto a tutti gli anziani affetti da Alzheimer e demenza residenti presso la Casa “P. Corradi” del Comune. Lo fa attraverso il progetto “Caffè Alzheimer”. E’ un incontro periodico che prevede giochi, attività di musicoterapia e momenti d’ interazione e relazione accompagnati da merende. Ogni appuntamento si rivela un importante mezzo di allenamento e mantenimento di tutte quelle capacità cognitive residue prossime al deterioramento causato dalla malattia.
BP25	Corciano (PG) 	La palestra della mente: Tai-chi therapy e stimolazione cognitiva La disciplina Tai-chi – in cui esercizio mentale e fisico si fondono in maniera strategica – si è dimostrata uno strumento efficace per rallentare il decadimento cognitivo e mantenere al meglio le proprie capacità mentali. Sono stati riscontrati effetti benefici nel trattamento terapeutico del Parkinson e dell’Alzheimer.
BP26	Nei Centri ANCeSCAO in varie parti d’Italia 	Orto terapia E’ fra le terapie non farmacologiche che donano benessere psico-fisico ai malati di Alzheimer. Negli Stati Uniti viene praticata da circa quaranta anni. Mantenere l’autonomia della persona il più a lungo possibile è un obiettivo primario e la cura delle piante raggiunge questo scopo, perché viene stimolata l’attività cognitiva ed in particolare l’attenzione e la capacità di pianificare le azioni. I benefici di questa pratica non finiscono qui: si va ad agire anche sul «disturbo da ambiente chiuso», che spesso è presente in coloro che, per motivi di cura, di sicurezza o di instabilità motoria, trascorrono la quotidianità in un luogo con pochi spazi aperti. L’attività dell’orto permette la stimolazione dei sensi e in particolare del tatto, dell’udito, dell’olfatto e della vista. Pensiamo, ad esempio, al benessere psico-fisico derivante dall’osservare alberi e fiori oppure l’annusare delle varie piante aromatiche. Fondamentale, soprattutto durante i primi stadi della malattia di demenza o Alzheimer è stimolare la motricità fine: l’orto-terapia è una pratica vincente per questo obiettivo. Inoltre numerose ricerche evidenziano un effetto benefico dell’orto nella diminuzione dei disturbi comportamentali e una diminuzione del vagabondaggio, il cosiddetto “wandering”, tra coloro che soffrono di Alzheimer o altro tipo di demenza. Inoltre, curare le piante risponde a quelli che sono i bisogni emotivi e affettivi dei pazienti. Molti sono i giardini progettati in Italia per i malati di Alzheimer nelle residenze per anziani e non solo.

#	Dove	Breve descrizione	
	Orto Alzheimer		
BP27	Monza	Il primo villaggio in Italia per anziani con Alzheimer Realizzato a Monza, è il primo in Italia e il secondo villaggio al mondo dedicato ai malati di demenza e Alzheimer. Tutto è pensato su misura per loro e la parrucchiera, il postino sono operatori formati che sanno come gestire i sintomi e la difficoltà della malattia. Il villaggio di Monza è progettato per ospitare 64 anziani. Altri due villaggi sono previsti a Roma e a Casorate (VA).	
BP28	In tutta Italia	Progetto “Comunità Amiche delle Persone con Demenza” Organizzato dalla Federazione Alzheimer conta al momento 24 luoghi in tutta Italia dove – attraverso una rete di cittadini – si realizzano iniziative per accogliere e coinvolgere le persone affette da demenza. Fra gli obiettivi: <ul style="list-style-type: none"> • accrescere la conoscenza della malattia e ridurre, così, lo stigma sociale nei confronti delle persone con demenza e dei loro familiari; • rendere accessibili ed appropriate le attività ricreative, culturali e sociali che favoriscono il mantenimento delle relazioni sociali; • promuovere un ambiente urbano familiare ed accogliente e favorire una mobilità sicura e semplificata; • informare e formare specifiche categorie che rivestono un ruolo chiave nella Comunità (esercenti, forze dell'ordine, uffici di front office es. biblioteca) allo scopo di fornire gli strumenti più idonei per relazionarsi con il malato di Alzheimer. Alcuni esempi di “comunità amiche” e di alcune iniziative: <ol style="list-style-type: none"> 1. A Gavirate (VA) e a Cicala (CZ): progetto di formazione rivolto a categorie di professionisti che sono a contatto con il pubblico (es. vigili urbani, commercianti) e inteso a insegnare come rapportarsi in modo corretto con le persone con demenza e ai loro familiari; 2. A Bari è nato il primo “supermercato dementia friendly” (la catena Spesa Più); i dipendenti hanno frequentato un corso di formazione, sono stati adottati accorgimenti per facilitare le persone con demenza (aree di sosta fra le corsie con tavolini, sedie, riviste; cartellonistica a caratteri ingranditi; posto auto dedicato; cassa preferenziale). 3. Ad Abbiategrasso (MI) è nata nel 2016 la prima “Comunità Italiana Amica delle Persone con Demenza”: gli studenti delle scuole intervistano le persone anziane e quelle con demenza per raccogliere informazioni sui percorsi pedonali e sulle difficoltà / ostacoli che essi riscontrano. 4. Ad Albino (BG) è nato il “Volontario a domicilio”: dopo un periodo di formazione i volontari visitano a casa le persone con demenza e i loro familiari per fornire supporto e ascolto; spesso sono affiancati da volontari esperti. 	

#	Dove	Breve descrizione
		 
La tecnologia a supporto dell'anziano fragile		
BP29	Benevento	Prenotazione on line di servizi di tipo socio-sanitario attraverso l'uso di tablet o smartphone
BP30	Bologna	Progetto "e-care" Servizio settimanale di tele-compagnia e tele-monitoraggio per gli anziani fragili di età superiore a 75 anni; vari altri servizi attivati in collaborazione con il terzo settore. Sviluppo di una metodologia di individuazione e valutazione del livello di fragilità dei singoli <i>cittadini</i> anche attraverso la somministrazione a domicilio di un questionario agli anziani al di sopra dei 75/80 anni non conosciuti dai Servizi Sociali.
BP31	Mantova	Collegamento skype per gli anziani che vivono soli
Trattamenti terapeutici non farmacologici		
BP32	Savignano Irpino	Progetto "Qualità di vita" del Centro Medico Sociale "DON ORIONE" – Savignano Irpino Attraverso la consulenza di varie figure professionali del centro vengono individuate le migliori pratiche da utilizzare con ogni singolo ospite. Fra gli interventi: la psicoterapia, come strumento di ascolto e sostegno; la Pet-therapy, Clown-therapy, Musica-terapia Inoltre sono organizzate delle giornate a tema, ad esempio con le scuole (come l'Istituto alberghiero) o con professionisti esterni (professori e poeti del territorio) per coinvolgere gli ospiti del Centro. Per i residenti e per i familiari vengono svolti colloqui psicologici, dalla fase iniziale a quella finale del percorso nel centro.
BP33	Castelmaggiore (BO)	Caffè Amarcord L'iniziativa si tiene tutti i giovedì mattina dalle 9 alle 12 presso il Centro sociale Sandro Pertini e fa parte del progetto "Amarcord Caffè" dell'Ufficio di Piano del Distretto Pianura Est ed è gestito da Ida Poli Società Coop soc. in collaborazione con il Centro Sociale Pertini. L'organizzazione del Caffè, condotta da due professionisti del settore, uno Psicologo e un'Animatrice

#	Dove	Breve descrizione
		Sociale, è dedicata all'accoglienza di persone anziane in condizione di solitudine e fragilità sociale. Alla base dell'iniziativa si pone una presa in carico rivolta alla diade malato-caregiver, che viene supportata attraverso interventi di miglioramento della qualità della vita di entrambi. Le attività proposte sono parecchie: laboratori creativo-manuali, la reminiscenza (attenzione e memoria), attività di svago (giochi, canto), attività motorie (ginnastica dolce, esercizi di respirazione). Lo psicologo, al bisogno, fissa appuntamenti per fornire informazione e supporto ai familiari e caregivers degli anziani.
	  	
BP34	Pietrelcina (BN) 	Laboratorio di musicoterapia Il progetto utilizza il valore terapeutico della musica soprattutto per gli anziani; essa crea stimoli che aiutano a rallentare il decadimento fisico, mentale e psicologico; il canto per esempio viene visto come uno strumento utile per concentrarsi, rilassarsi, esprimersi e riattivare la memoria attraverso il ricordo di antiche melodie, delle loro strofe. Il progetto rappresenta poi per tutti un'opportunità di socializzazione e aggregazione attraverso un interessante e avvincente viaggio all'interno della storia dei canti popolari.
BP35	Castrovillari (CS) 	Progetto La bella età sul palcoscenico Il teatro – oltre a un valore culturale – può rappresentare per gli anziani uno strumento di socializzazione e spesso ha anche un valore terapeutico (ad esempio recitare significa anche esercitare la memoria). Sotto la guida di un regista gli anziani trasferiscono sul palcoscenico ricordi, situazioni e storie del passato. Sono storie degli anni '50, '60 e '70, frammenti di un puzzle che talvolta non è facile ricostruire avendo perso lungo il corso del tempo molte tessere. Tutte queste storie daranno vita a una commedia in vernacolo.
BP36	Perugia 	Attiva-Mente: attività per il corpo e per la mente Un programma per promuovere l'invecchiamento attivo che comprende: a. Corsi d'inglese, b. Cineforum, c. Attività di slow tracking, d. Visite a mostre e passeggiate culturali, e. Turismo sociale

#	Dove	Breve descrizione
BP37	Bologna 	Laboratorio Integrato “Comunichi-amo” Un laboratorio di comunicazione destinato ad anziani a rischio di marginalità sociale e di decadimento relazionale e cognitivo. Il corso basato sul metodo Feuerstein (comunicazione positiva e assertiva, capacità di ascolto e relazione, rifiuto di stili di comunicazione aggressivi, passivi o manipolativi) è strutturato in 10 incontri di due ore ciascuno ed è gestito da sociologi professionisti, mediatrici Feuerstein
BP38	Piacenza 	Anziani meno soli Coinvolgimento degli «anziani fragili» in varie attività con l’obiettivo di favorire la socializzazione e la loro integrazione nella comunità locale. Fra le iniziative proposte: pittura su tela, cineforum, musica e coro, varie attività motorie, danza-terapia, attività di stimolazione cognitiva, attività di stimolazione delle capacità relazionali. Il progetto si avvale della collaborazione di professionisti (psicologi, mediatori sociali).
BP39	Cannara (PG) 	Attivamente Si vuole promuovere il mantenimento delle capacità cognitive e la socializzazione fra gli anziani attraverso un percorso che prevede incontri settimanali. Ogni incontro include un lavoro individuale con esercizi di difficoltà sempre crescente e una discussione di gruppo che serve anche a promuovere la socializzazione e l’interazione fra gli anziani. Gli esercizi riguardano: attenzione sostenuta / attenzione selettiva; memoria visiva, visospaziale, verbale, prospettiva, episodica; ragionamento logico, ecc. Gli incontri sono gestiti da uno psicologo professionista.
BP40	L’Aquila 	Arte terapia L’arte terapia è una tecnica terapeutica, che si avvale dell’utilizzo dell’arte per aiutare e rendere più accessibili i vissuti di pazienti affetti da demenze quali l’Alzheimer grazie al linguaggio simbolico e non verbale. Musica, danza e pittura possono dare nuovo senso alla vita dell’anziano fragile e possono essere usate per entrare in contatto con loro. A differenza di percorsi più complessi, le arti non hanno logica né grammatica e sono comprese da tutti i pazienti, anche in stato avanzato. L’arte terapia agisce in un primo momento sul livello cognitivo, sulla organizzazione spazio-temporale per poi procedere liberamente alla rievocazione di eventi remoti, sulla base di una spontanea stimolazione di capacità mnestiche residue. Il fine del percorso, sarà quello di rievocare esperienze piacevoli, con il conseguente aumento del livello di consapevolezza e il rinforzo del senso d’identità

Verso un Welfare Comunitario			
#	Dove	Breve descrizione	
			
Il diritto all'invecchiamento con dignità			
BP41	Matera 	Fragilità e il centro di bellezza L'iniziativa è rivolta agli anziani fragili, specie alle donne; si vogliono offrire momenti di benessere soprattutto psicologico attraverso la cura della propria persona; è una maniera di riaffermare il proprio diritto alla vita, la propria dignità e di avere una prova dell'attenzione che la comunità ha verso coloro che sono più deboli. Il progetto – fatto in collaborazione con i professionisti del gruppo “Parrucchieri low cost” – vuole creare in un'area del Centro Sociale un salone di bellezza dedicato agli anziani fragili (taglio di capelli, manicure, trucco). Contemporaneamente i volontari e le volontarie del Centro si adopereranno per: <ul style="list-style-type: none">a. creare opportunità di socializzazione e compagnia.b. dare alle loro famiglie momenti di relax,c. creare momenti d'intrattenimento abbinando al taglio dei capelli giochi e attività culturali con collaborazione anche degli operatori sociali del Comune.	
Studi sull'invecchiamento e sui servizi per l'anziano fragile			
BP42	Benevento 	Uno studio sui servizi per gli anziani fragili L'Associazione CESVOB – Centro Servizi per il Volontariato di Benevento - sta realizzando il progetto SCN (Servizio Civile Nazionale) “Nonni social economy - La comunicazione sociale nell'economia sociale”. Nell'ambito del progetto sarà svolto anche uno studio per una rilevazione statistica sul numero di ultra65enni, sui servizi a loro offerti dai Comuni, le associazioni per anziani nel territorio della provincia di Benevento (numero di anziani coinvolti: 300), sulle collaborazioni con i Comuni della provincia.	

6.2 verso un welfare comunitario

Il welfare tradizionale – basato soprattutto sull'intervento dello Stato - da diversi anni è oggetto di forti pressioni che influenzano la sua capacità di rispondere in maniera appropriata ai bisogni dei cittadini. Vari fattori ne influenzano l'efficacia sia fattori interni, come i cambiamenti demografici che continuano ad aumentare la domanda, le trasformazioni del mercato del lavoro, l'affermarsi di nuove strutture familiari, la crisi economica e sociale, che fattori esterni, come la globalizzazione, l'integrazione europea, il multiculturalismo e i flussi migratori.

E' in questo contesto che si è sviluppato il cosiddetto “*secondo welfare*” ossia una serie d'iniziative e attività promosse da soggetti non-pubblici che, in particolar modo a livello locale, tendono a porsi in rete fra loro per offrire risposte e realizzare attività sussidiarie all'intervento pubblico. Sono nate così forme di welfare aziendale, attività filantropiche sostenute da Fondazioni (fondazioni bancarie o d'impresa), esperienze di volontariato realizzate dalle organizzazioni del Terzo Settore.

L'espressione più completa di secondo welfare è il “welfare comunitario” che ha una valenza soprattutto locale, promuove la sinergica collaborazione fra istituzioni e associazionismo / volontariato, coinvolge tutta la comunità e i cittadini in processi partecipati ed ha la capacità di focalizzarsi sulle specificità e sui reali bisogni del territorio in cui opera.

In questa prospettiva il Terzo Settore – proprio per le sue finalità non lucrative – aggiunge un' ulteriore valenza etica tanto più importante in un'epoca come quella attuale in cui i punti fermi della società appaiono sempre più instabili ed evanescenti.

6.2.1 Il ruolo delle reti associative del terzo settore come ANCeSCAO

Il Progetto “Anziano fragile: verso un welfare comunitario” ha dato l'opportunità di scoprire un numero considerevole d'iniziative di welfare comunitario realizzate a livello locale in tutta Italia e aventi come protagonisti i volontari dei Centri Sociali associati ad ANCeSCAO.

Bisogna però evitare che queste iniziative si risolvano in “*pillole di innovazione*” che, pur essendo molto puntuali e frutto del senso di appartenenza ad una comunità, restano legati alla vitalità di singoli attori o al concretizzarsi di convergenze favorevoli, spesso casuali.

Non si vuole perdere la spontaneità di queste iniziative locali e la loro capacità d'intercettare i bisogni della comunità locale, ma c'è sempre più l'esigenza che tutte queste iniziative escano da una logica di frammentazione locale, s'inquadrino e si armonizzino in un programma a valenza nazionale, acquistino solidità e sostenibilità e assicurino risposte efficaci, eque e durature.

In questo contesto diventa di primaria importanza il ruolo di organizzazioni a respiro nazionale che promuovano politiche nuove atte a modificare profondamente le relazioni tra Amministratori e cittadini e a progettare e attivare servizi di welfare innovativi che rispondano meglio ai nuovi bisogni emersi dai cambiamenti sociali odierni e assicurino una maggiore corrispondenza tra problemi e soluzioni.

Le reti associative nazionali debbono essere in grado di alimentare il confronto e lo scambio delle diverse competenze ed esperienze maturate nelle singole realtà territoriali.

In quanto rete associativa nazionale ANCeSCAO si propone come soggetto catalizzatore in grado di facilitare l'incontro tra i vari attori, unire i propri Centri Sociali e altri soggetti (istituzionali e non) in una rete intorno a tematiche comuni e obiettivi condivisi di welfare comunitario dove – anche attraverso forme di “laboratori viventi” e di sperimentazione nate dal basso - possano realizzarsi forme di aiuto e supporto alle persone in difficoltà.

Si vogliono porre le basi per una rete che abbia la capacità d'innestarsi e pervadere il tessuto sociale territoriale e si autosostenga nel tempo, attraverso il rafforzamento dei legami sociali, della reciprocità e dello sfruttamento del capitale sociale della comunità. Si vuole promuovere un welfare che sia “generativo” dove ciascuno può essere

secondo le circostanze fornitore o beneficiario dei servizi sulla spinta di un approccio di responsabilizzazione e di restituzione alla comunità dei benefici ottenuti.

6.2.2 Un approccio innovativo

Si vuole perseguire un rinnovamento del welfare che si realizzi attraverso:

- l'innovazione di servizi, processi e modelli affinché essi possano dare risposte flessibili, personalizzate e multidimensionali che meglio rispondano ai bisogni sociali;
- l'utilizzo di un approccio di prevenzione e intercettazione precoce del disagio e delle situazioni di bisogno e la capacità di andare oltre la lettura delle esigenze assistenziali per arrivare a comprendere anche le fragilità più immateriali delle persone;
- lo sviluppo e il potenziamento di sistemi di governance territoriale "a sussidiarietà circolare" aperti a nuovi soggetti anche non convenzionali e alla partecipazione dei cittadini tutti e in cui con un senso condiviso per le cose che si fanno tutti partecipino, attivamente e sulla base di nuove sinergie, alla pianificazione, progettazione, finanziamento e realizzazione di nuovi servizi innovativi e auspicabilmente semplici e poco costosi;
- la "collaborazione, la voglia di fare rete" e il superamento delle logiche settoriali che portano ad alimentare la frammentazione dell'infrastruttura sociale delle comunità locali;
- l'utilizzo delle nuove tecnologie per rispondere ai bisogni in modo più efficace ed efficiente;
- la creazione di un *Tavolo sulla Fragilità* (la Rete Nazionale promossa dal progetto "Anziano Fragile") che si occupi non solo di fragilità fisica ma anche di fragilità economica, culturale ed educativa, di solitudine, isolamento sociale, ecc.

6.2.3 Aree d'intervento

Dagli esempi di buone pratiche sopra riportate si possono individuare varie aree dove l'intervento dell'associazionismo e del volontariato può effettivamente creare un valore aggiunto.

Area	Descrizione
Promuovere la socializzazione, evitando l'isolamento degli anziani	Azione diretta a tutta la comunità degli anziani: Organizzare, promuovere eventi e occasioni di socialità e formazione sociali e darne informazione.
La scoperta dei "fragili invisibili"	Azione rivolta ad anziani in una situazione molto compromessa per motivi clinici, funzionali o sociali ma non ancora individuati e presi in carico dai servizi socio-sanitari. Azioni: <ul style="list-style-type: none"> • segnalazione ai servizi socio-sanitari per la loro presa in carico, • sostegno tramite opportunità di socializzazione (anche sotto forma di tele-compagnia) . Obiettivo: prevenire una condizione di disabilità imminente nonché alleviare situazioni di forte disagio
I "fragili di primo livello"	Azione rivolta ad anziani già individuati dal sistema dei servizi ma che non necessitano di servizi assistenziali continuativi Essi però necessitano di essere costantemente stimolati verso attività in grado di sostenere il loro invecchiamento.
Prevenzione e riabilitazione	Interventi fatti in stretta collaborazione con figure professionali (vedi punto 6.2.1)

Area	Descrizione
Altro	Ascolto degli anziani fragili e dei loro familiari – Supporto informativo alle famiglie – Interventi di sollievo anche per i familiari

Ci sono in ogni caso alcuni aspetti critici a cui prestare particolare attenzione:

- la necessità di un'armonizzazione e giusta combinazione fra la professionalità dell'assistenza formale e l'entusiasmo e lo spirito di solidarietà dell'associazionismo e del volontariato che però spesso sono carenti in termini di competenze e di processi organizzativi;
- la necessità di definire chiaramente chi fa cosa e come le attività delle istituzioni e del Terzo Settore possano essere sinergiche;
- Le Associazioni debbono uscire dalla *logica delle grandi cose* e dare invece valore alle piccole cose perché spesso è più importante l'innovatività di come si fanno le cose piuttosto che il fare cose “nuove, eccezionali e innovative”. Per aiutare un anziano non autosufficiente a volte bastano piccole cose e soprattutto ascoltare. *“Quando una persona racconta e una ascolta si fa un tratto di viaggio assieme”* (da “L'importanza del sorriso” di E. Olmi).

E' importante allargare la comunità dei volontari anche fra gli anziani; fare volontariato significa anche “sentirsi utili”, dare uno scopo alla propria vita quotidiana.

Bisogna instaurare uno spirito di collaborazione e di aggregazione fra le associazioni piuttosto che un'inutile forma di competizione e condividere le cose belle, *“raccontare la bellezza del volontariato”*.

Occorre creare nuove figure di caregivers: il centro sociale, il macellaio, il farmacista, il giornalista possono diventare tutti caregivers e “sentinelle” del territorio pronte a scoprire nel quartiere le fragilità nascoste (i “*fragili invisibili*”) e segnalarle prima che esse diventino “casi”.

Specie nelle grandi città dove gli anziani sono più soli occorre avere dei “referenti” da poter contattare quando si presenta il bisogno.

Bisogna riorganizzare la città e creare una “*prossimità sociale*”, ridurre l'isolamento degli anziani fragili, “*evitare la desertificazione sociale*” (vedasi iniziativa della Rete Francese MONALISA (MOBilitazione NAzionale contro L'Isolamento degli Anziani)).

6.2.4 Prevenzione e riabilitazione: aree in cui sfruttare meglio la sinergia fra pubblico e associazionismo

Il monitoraggio realizzato dal progetto “Anziano fragile” e le numerose buone pratiche scoperte evidenziano come aree di efficace collaborazione fra istituzioni e associazionismo, fra medicina e volontariato quelle della prevenzione e degli interventi riabilitativi di tipo psico-sociale anche nei casi di demenza.

Secondo alcuni studi l'utilizzo di farmaci non è totalmente efficace nel trattamento dei disturbi cognitivi (Rodakowski et al., 2015). Sebbene attualmente non siano state ancora riconosciute terapie efficaci in grado di curare la demenza, vari autori hanno evidenziato l'importanza delle strategie non farmacologiche, definibili come interventi psico-sociali. Essi si sono rivelati utili nei confronti del miglioramento degli aspetti cognitivi, psicologici e comportamentali (Giebel et al., 2015; Abraha et al., 2016).

Gli interventi offrono la possibilità di essere individualizzati e scelti tenendo conto di caratteristiche specifiche del paziente, quali la sua storia, le sue preferenze, le sue capacità, i suoi interessi.

Alcuni di questi trattamenti possono trovare la loro locazione ideale nel “Centro Sociale” con il contributo armonizzato di volontari e professionisti. Le buone pratiche raccolte in Italia durante il monitoraggio di Anziano Fragile riportano molti di questi casi.

Attività socializzanti

L'importanza della socializzazione e della presenza della rete sociale nell'anziano è stata ampiamente riconosciuta dalla letteratura scientifica, in quanto è stato dimostrato che gli aspetti sociali sono fattori determinanti della salute, con conseguenti implicazioni anche nel rischio di disabilità e mortalità (Abbott et al., 2016). A causa dei numerosi

eventi avversi che l'anziano si trova a sperimentare in relazione all'età, come la vedovanza e la modificazione dello stato di convivenza, i contatti e le relazioni sociali tendono generalmente a subire una riduzione. Alcuni autori hanno affermato che il fenomeno dell'isolamento sociale rappresenta un problema piuttosto rilevante, poiché ha anche un elevato rischio di aumentare in futuro (Nicholson, 2009). Numerosi fattori, tra cui quelli psicologici, cognitivi, funzionali e aspetti quali l'età, il sesso, lo status socio-economico, possono contribuire alla sua insorgenza (Santini et al., 2016). Gli anziani socialmente isolati hanno maggiore rischio d'insorgenza di malnutrizione, ospedalizzazione e declino cognitivo, con conseguente riduzione della qualità della vita.

Potenziamento delle capacità cognitive

Le funzioni maggiormente influenzate dall'invecchiamento risultano essere la memoria episodica, l'attenzione, il linguaggio, le abilità visuo-spaziali e le funzioni esecutive (Kirova et al., 2015). Tali cambiamenti sono stati osservati sia in soggetti anziani cognitivamente sani, come parte dell'invecchiamento fisiologico, che in maniera patologica in soggetti anziani con declino cognitivo lieve, che può progredire in demenza, in particolare quella di Alzheimer. Le funzioni cognitive possono essere potenziate anche in età avanzata.

A tale scopo, differenti programmi di sano stile di vita, come il training cognitivo, l'effettuare attività fisica e utilizzare corrette abitudini alimentari e nutrizionali hanno dimostrato avere una buona efficacia sul potenziamento dei processi di memoria e delle abilità "attentive" negli anziani cognitivamente sani, con la possibilità di prevenire o ritardare l'insorgenza dei deficit (Kelly et al., 2014).

I Centri Sociali possono essere molto efficaci nell'organizzare corsi e momenti formativi e motivare verso stili di vita appropriati (attività fisica, alimentazione, impegno in varie attività, ecc.) e al tempo stesso a organizzare iniziative

Training cognitivo (es. *Cognitive Stimulation Therapy*): ha un'azione efficace sul recupero e il mantenimento di alcune funzioni cognitive come la memoria (Yates et al., 2015, sullo stato dell'umore, sul benessere soggettivo e sulla qualità della vita (Alves et al., 2013).

Questo approccio comprende altre metodologie con approccio multi-strategico tipiche della terapia di riorientamento della realtà, della Validation Therapy, della terapia della riminiscenza.

Miglioramento dei disturbi comportamentali

Altri approcci riabilitativi e di stimolazione come la **Musicoterapia**, l'**Aromaterapia** e la **Fototerapia**, attraverso la stimolazione sensoriale ed emotiva, risultano efficaci nel potenziamento di varie funzioni cognitive e anche nel trattamento dei disturbi comportamentali (Ueda et al., 2013).

Un gruppo di ricercatori dell'Università di Edimburgo ha dimostrato che la musica è in grado di stimolare quelle parti del cervello non ancora interessate dalla malattia; le canzoni della gioventù ad esempio fanno riemergere ricordi ed emozioni del passato; anche le persone affette da demenza possono ritrovarsi a cantare con disinvoltura i brani che hanno fatto da colonna sonora agli anni dell'adolescenza e della giovinezza.

Terapia occupazionale

Ha l'obiettivo di agire sugli aspetti funzionali e ridurre la disabilità attraverso un trattamento riabilitativo e psico-educativo, è risultata efficace in termini di mantenimento della propria autonomia e delle capacità residue, della riduzione della disabilità e dell'isolamento sociale, del potenziamento della motivazione del paziente demente e dei caregiver nella risoluzione dei problemi (Wenborn et al., 2016).

Capitolo 7 – Conclusioni e alcune raccomandazioni

7.1 Le caratteristiche del sistema di long term care in Italia – Una sintesi

Da quanto descritto nei precedenti capitoli la situazione in Italia dell'assistenza agli anziani non autosufficiente può essere sintetizzata in 6 punti:

1. Le risorse messe a disposizione – a causa anche del perdurare della crisi economica – tendono a diminuire

Se si fa un confronto fra il 2005 e il 2016 si nota come la spesa pubblica per il long term care per la parte relativa agli anziani pur essendo leggermente aumentata in valore assoluto (+3%) in realtà indica un arretramento (- 12,6%) in termini di spesa per singolo anziano, dal momento che la popolazione anziana è aumentata dal 2005 al 2016 del 17%.

2. Rispetto ad altri stati Europei si nota un livello basso sia di servizi residenziali che di quelli di tipo domiciliare

Su ogni 100 anziani in Italia solo 2 sono ospitati in strutture residenziali (contro la media di 5 dei 15 paesi più industrializzati d'Europa) e solo 5,5 beneficiano di servizi domiciliari (ADI e/o SDA) (contro la media di 8,2 relativa ai paesi EU15).

3. Un eccessivo sbilanciamento dei supporti finanziari che fra l'altro a livello individuale sono insufficienti con conseguenze sulla qualità dei servizi forniti agli anziani

Nel 2016 dei 19 miliardi di Euro della spesa pubblica per il Long Term Care per gli ultra65enni ben il 55% è stato riservato agli assegni di accompagnamento per i familiari che hanno in cura anziani con un elevato livello di non autosufficienza.

Inoltre il valore dell'assegno per singolo anziano (circa 500 € mensili) non è sufficiente perché all'anziano vengano garantiti servizi professionali e di qualità specie se la famiglia non è in grado d'integrare tale somma. La conseguenza è il ricorso sempre più frequente all'assistenza di "badanti" (ufficialmente ce ne sono 830.000) e a servizi di bassa qualità. E' discutibile il fatto che l'assegno di accompagnamento sia uguale per tutti ossia non legato alle disponibilità finanziarie dell'anziano e della famiglia né al livello di severità della patologia e che non ci sia alcun controllo sulla destinazione della somma ricevuta ossia se essa – sia pure a livello insufficiente – sia stata utilizzata a vantaggio dell'anziano.

4. Un eccessivo sbilanciamento fra assistenza formale e informale

Secondo i dati relativi al 2013, su circa 1,1 milione di lavoratori nell'area del LTC per gli anziani i dipendenti pubblici sono circa 260.000 mentre 830.000 sono quelli privati (per la quasi totalità le cosiddette "badanti") (dati ISTAT). In realtà la situazione è molto più sbilanciata dal momento che la cifra di 830.000 badanti è quella ufficiale e non tiene conto del grande numero di persone straniere non regolarizzate e degli "assistenti familiari".

5. Un'elevata frammentarietà e differenziazione a livello regionale

Solo l'assegno di accompagnamento è uno strumento "nazionale" uguale in tutta Italia; le altre forme di assistenza essendo erogate dalle strutture sanitarie a livello regionale (le ASL che sono controllate dalle Regioni) e locale (i Servizi Sociali dei comuni) sono molto diversificate in termini di criteri per l'accesso, entità del supporto, tipologia dell'assistenza, intensità e qualità dell'assistenza. Anche per l'indennità di accompagnamento si hanno differenziazioni; è vero infatti che l'entità dell'assegno è uguale in tutta Italia ma i criteri di assegnazione sono definiti dalle ASL a livello regionale e variano.

6. Mancanza di dati

E' ancora in una fase embrionale l'informatizzazione delle strutture pubbliche che erogano i servizi e ciò ha come conseguenza una difficoltà nel raccogliere dati esaurienti e affidabili.

Manca anche una standardizzazione sui livelli qualitativi dei servizi per cui non è facile la comparazione – ad esempio fra le regioni – dei dati disponibili.

7.2 Alcune raccomandazioni

Riportiamo di seguito alcune raccomandazioni sull'assistenza degli anziani fragili; di esse molte sono riprese dalle linee guida contenute nella pubblicazione "Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano" - Quaderni Ministero della Salute n. 6 – Nov.-Dic. 2010.

Il fatto che – nonostante il rapporto del Ministero sia del 2010 – le raccomandazioni in esso contenute siano ancora attuali e aspettano una risposta è molto significativo.

A. Adottare una visione olistica

Bisogna passare dalla "cura della malattia" al "prendersi cura della persona nella sua interezza" in cui lo stato funzionale non coincide con le sue patologie, ma è il frutto dell'interazione fra queste e con altri fattori quali le condizioni economiche, sociali (isolamento e povertà), ambientali, neuropsicologiche.

Specie con il paziente anziano si rende necessario il superamento del tradizionale approccio medico, concentrandosi su un approccio multidimensionale centrato sulla persona, che consideri la totalità e la complessità del paziente geriatrico.

B. L'esigenza di un' "*INTEGRATED CARE*" soprattutto per gli anziani

Oggi i servizi sanitari sono organizzati per la presa in carico di una singola patologia (Reparti Specialistici). L'invecchiamento è invece caratterizzato da una multimorbilità; occorre quindi – soprattutto per gli anziani – un sistema di "cura integrata" che operi sulla base di una visione unica che comprenda i vari aspetti sanitari e sociali.

C. Promuovere e valorizzare un'assistenza continuativa e integrata

Occorre realizzare un'adeguata integrazione funzionale tra le componenti sanitarie (ospedaliere e territoriali) e i servizi sociali in modo d'assicurare la continuità dei servizi per gli anziani, incluso anche il contesto domiciliare e anzi lo privilegia, ove possibile, rispetto all'istituzionalizzazione (*integrare la casa nel contesto socio-sanitario*).

La poca attenzione ai servizi domiciliari è una peculiarità del sistema italiano di LTC rispetto a ciò che si fa in altri stati Europei.

"Il luogo più naturale per vivere la condizione di anzianità resta quello dell'ambiente in cui egli è «di casa», tra parenti, conoscenti e amici, e dove può svolgere ancora qualche servizio.

A mano a mano che, con l'allungamento medio della vita, la fascia degli anziani cresce, diventerà sempre più urgente promuovere questa cultura di un'anzianità accolta e valorizzata, non relegata ai margini. L'ideale resta la permanenza dell'anziano in famiglia con la garanzia di efficaci aiuti sociali rispetto ai bisogni crescenti che l'età e la malattia comportano." (Papa Giovanni Paolo II - 1999)

D. Una cura personalizzata

Bisogna incoraggiare l'offerta di percorsi assistenziali e riabilitativi personalizzati appropriati, in grado di fornire quelle risposte flessibili e differenziate delle quali le persone anziane hanno bisogno.

E. Una maggiore attenzione alla tecnologia, ma non solo

L'impatto che l'innovazione tecnologica ha nel settore della "long term care" (LTC) è ancora limitato. Uno studio del 2018 realizzato da Essity, Cergas SDA Bocconi - che ha realizzato un sondaggio fra le strutture residenziali per

anziani - fa notare come il 47% di esse utilizzi nei vari servizi le innovazioni tecnologiche ma solo nel 12% dei casi queste sono utilizzate a pieno regime nella quotidianità, il 9% è stato introdotto con progetti pilota e il 13% vive una fase di sperimentazione iniziale.

Inoltre, la tecnologia utilizzata riguarda principalmente APP e dispositivi mobili, impiegati per attività di "cura e assistenza" e di supporto mentre latitano ancora innovazioni tecnologiche più avanzate e di frontiera come la robotica, la stampa 3D e l'intelligenza artificiale, che possono essere utilizzate per aspetti più complessi della gestione degli anziani come il self management e il supporto ai familiari.

«Dobbiamo evitare che il Paese diventi un enorme ma disorganizzato ospizio - avverte il Prof. Roberto Bernabei, Presidente di Italia Longeva; per far fronte alla perdita di autonomia bisogna investire in reti assistenziali, competenze e tecnologie. Occorre realizzare a pieno la tecno-assistenza che propugniamo da anniAbbiamo il compito e la responsabilità d'individuare delle strategie per rafforzare e modernizzare le cure domiciliari, investendo in quella tecnoassistenza che consentirebbe un maggior accesso alle cure domiciliari, anche in territori geograficamente 'difficili' del nostro variegato Paese».

Le nuove tecnologie possono aiutare in varie aree; ad esempio possono guidare gli anziani a trovare il servizio di cui ha bisogno, fungere da "mediatori" fra loro e gli assistenti familiari, fra i fornitori di servizi e i beneficiari. In varie città (ad esempio a Milano) sono state create delle piattaforme digitali aventi questo scopo. Occorre però facilitarne l'accesso; le nuove tecnologie debbono trasferire "fiducia" ed essere percepite dagli anziani come "familiari" (può essere utile ad esempio riportare sul portale le foto degli operatori, delle badanti).

Inoltre accanto a quelle digitali bisogna realizzare delle piattaforme fisiche ossia creare "spazi fisici di welfare", punti di orientamento e ascolto dislocati in varie zone della città, facilmente individuabili attraverso appropriati segni grafici.

F. Il caso particolare dell'anziano con problemi di demenza

Riportiamo alcune osservazioni contenute nella nota *«La nuova dimensione dei problemi posti dalla malattia di Alzheimer e dalle altre demenze»* di Antonio Guaita e Marco Trabucchi (introduzione al volume *«LE DEMENZE. LA CURA E LE CURE»* edito da Magioli Editore e promosso da IRCCS-INRCA per il Network nazionale per l'invecchiamento – 2016).

- Gli ospedali spesso non sono attrezzati all'interazione con le persone con demenza;
- Che cosa è più importante: la salute o il benessere del paziente? È il problema del senso della vita che attraversa tutti i servizi per le persone affette da demenza.
E' interessante menzionare il caso della signora di 85 anni affetta da Alzheimer e con gravi problemi di deglutizione che veniva alimentata con pappine per evitare complicazioni ma che fu sorpresa a rubare i biscotti che rappresentavano una gioia ma anche un pericolo.
- Fino a quando durerà il sistema di assistenza basato sulle badanti? (Riduzione dell'offerta, incapacità di sostenere le spese da parte dei familiari per la crisi economica)
- Occorre rafforzare il ruolo del medico di famiglia come "consigliere" dei familiari dell'anziano demente;
- Occorre promuovere una "dementia friendly community", eliminare lo stigma della demenza e i molti pregiudizi.

G. La necessità di una riforma "organica e intersettoriale"

Il confronto con i sistemi di long term care adottati in altri paesi Europei evidenzia la maggiore importanza che in Europa viene data all'assistenza alla popolazione anziana e la necessità di una riforma organica e intersettoriale in

Italia¹⁹. Bisogna creare un pacchetto veramente integrato di prestazioni sanitarie, socio-assistenziali e pensionistiche che possa rispondere in modo combinato e graduale ai bisogni della non autosufficienza. Occorre inoltre riconsiderare le prestazioni monetarie e condizionarle all'effettivo consumo di servizi professionali di assistenza.

H. Un nuovo welfare

Occorre trovare nuove soluzioni e favorire un diverso welfare che veda nuovi attori affiancarsi a quelli “classici”, un welfare di comunità basato sulla partecipazione, sulla creatività, sulla centralità della persona, un welfare che connetta i giovani con gli anziani, sappia dare risposte innovative, faciliti l'incontro fra i cittadini e crei ponti tra generazioni e culture. Occorre un nuovo welfare che dia vita ai territori, realizzando un “patto di comunità” (*“welfare comunitario”, “welfare di tutti”*) dove a seconda delle circostanze ciascuno di noi può essere allo stesso tempo beneficiario o caregiver. La comunità tutta deve investire su sé stessa e trovare nuovi strumenti e nuove soluzioni; il centro sociale, il macellaio, il farmacista, il giornalaio possono diventare tutti caregivers e “sentinelle” del territorio pronte a scoprire nel quartiere le fragilità nascoste (i “fragili invisibili”) e segnalarle prima che esse diventino “casi”.

Alcune idee vengono fuori dalle “buone pratiche” scoperte nel monitoraggio realizzato dal Progetto Anziano Fragile:

- un'assistenza distribuita con una rete di referenti, specie nelle grandi città,
- la creazione di nuovi spazi socio-assistenziali e la sperimentazione di nuove iniziative come la “badante di condominio” (una forma di sharing dei servizi socio-assistenziali), il “telefono amico”, “il condominio solidale” con spazi comuni dove passare insieme i pomeriggi e organizzare varie iniziative (cantare insieme, leggere libri, socializzare);
- la creazione di una “prossimità sociale” che riduca l'isolamento degli anziani fragili ed eviti la “desertificazione sociale”;
- i Centri sociali come strumento per il “recupero del cortile”, per mettersi in relazione, riconquistare il piacere di ascoltare ed essere ascoltati.

Il problema è complesso e la risposta non può essere “monodimensionale” e non può arrivare solo dalle istituzioni né attraverso servizi che – se erogati da un solo attore – risulterebbero parziali e insoddisfacenti. Occorre però che tutti gli interventi siano armonizzati; si rende necessario abbinare alla spontaneità e dedizione del volontariato la professionalità e occorre definire chiaramente “chi fa che cosa”.

¹⁹ Vedi F. Barbarella e altri - “L'assistenza domiciliare: una comparazione con altri paesi europei” – pubblicato on line www.luoghicura.it – Numero 3, Giugno 2019

Bibliografia

- Francesco Landi - Gli strumenti di VMD di terza generazione – Presentazione a 8° Corso Multiprofessionale di Nursing: Le nuove sfide dell'assistenza - Società Italiana di Gerontologia e Geriatria – Firenze (2007)
- CGIL-SPI : L'Osservatorio sulle residenze per gli anziani in Italia – Ottobre 2017 - Abstract a cura dell' IRES Morosini (*)
- CGIL-SPI: La comunicazione delle strutture residenziali per anziani in Italia – Luglio 2018 – Rapporto completo
- CGIL-SPI: Le politiche per gli anziani non autosufficienti nelle regioni italiane – Settembre 2016
- ISTAT – Rapporto Annuale 2018: La situazione del Paese
- ISTAT – Statistiche Report – Il futuro demografico del Paese - Previsioni regionali della popolazione residente al 2065 – Aprile 2017
- ISTAT – Statistiche Report: Anno 2015 Anziani – Le condizioni di salute in Italia e nell'Unione Europea – Rapporto pubblicato il 26/9/2017
- ISTAT – Statistiche Report – Indicatori demografici – Stime per il 2016 – Rapporto pubblicato il 6/3/2017
- ISTAT – Statistiche Report – I Presidi Residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari al 31/12/2015 – Rapporto pubblicato il 23 / 5/ 2018
- Associazione AeA – Tecnologie assistive, smart city e innovazioni sociali per l'invecchiamento attivo - Associazione AeA, Abitare e Anziani – Numero 1 /2018
- Associazione AeA – Problemi e Prospettive della domiciliarità: Il diritto di invecchiare a casa propria - Associazione AeA, Abitare e Anziani – Numero 2 /2018
- **PROBLEMI E PROSPETTIVE DELLA DOMICILIARITÀ: Il diritto di invecchiare a casa propria – Rapporto a cura dell'AUSER pubblicato sul numero 2 / 2018 della rivista «Abitare e Anziani»**
- **NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (NSIS) e all'interno di esso il SIAD (Sistema Informativo per il monitoraggio dell' Assistenza Domiciliare), istituito nel 2011 e raccogliente dati relativi a:**
 - Presa in carico degli anziani fragili,
 - Valutazione Multidimensionale,
 - Piano di Assistenza Individuale (PAI),
 - Dati anagrafici e condizioni al tempo zero,
 - Prestazioni erogate e note relative all'assistenza fino alle dimissioni.
- Italia Longeva – L'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa e buone pratiche – Indagine 2018 ((dati aggiornati al 2016 e a completamento del rapporto pubblicato nel 2017).
- Italia Longeva – La Babele dell' Assistenza domiciliare in Italia : chi la fa, come si fa – Rapporto pubblicato nel 2017 (dati aggiornati al 2016)
- L' Assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia - 6° Rapporto 2017/2018: Il tempo delle risposte - Ricerca promossa dalla Fondazione Cenci Galligani a cura di NNA Network Non Autosufficienza (dati aggiornati al 2015).
- Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano – Quaderno del Ministero della Salute del Dicembre 2010
- Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA - Ministero della Salute Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Ufficio VI – Dati relativi al 2015
- Osservatorio Demenze del Ministero della Salute – Scheda servizi demenze; 2018
- Anziani, fragilità e disturbi cognitivi. Quali frontiere per l'assistenza socio-sanitaria? - Abstracts del VI Convegno Nazionale SISS (Società Italiana di Sociologia della Salute) – Milano Giugno 2017
- La valutazione multidimensionale del paziente anziano - Applicazione di strumenti nei percorsi di continuità assistenziale – Dossier 218 del 2012 a cura dell'Area di programma Sviluppo delle professionalità per l'assistenza e la salute dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
- Quaderni del Ministero della Salute - Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano – Quaderno n. 6, Novembre-Dicembre 2010
- Le demenze: la cura e le cure - volume promosso dall'IRCCS-INRCA per il Network nazionale per l'invecchiamento – a cura di Antonio Guaita e Marco Trabucchi - Pubblicato nel 2016 dall' Editore Maggioli
- Fonte : M. Jessoula, E. Pavolini, M. Natili, S.F. Mincuzzi - ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care ; Italy 2018 – pubblicato su www.researchgate.net

- F. Barbarella e altri - “L’assistenza domiciliare: una comparazione con altri paesi europei” – pubblicato on line www.luoghicura.it – Numero 3, Giugno 2019