

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2018:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di policy rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali l'evoluzione dei profili professionali (*skill mix*) del personale SSN; la centralizzazione degli acquisti, con un approfondimento sulle politiche di acquisto nel comparto farmaceutico; l'introduzione di prezzi di riferimento per i dispositivi medici; i modelli per la segmentazione dei pazienti e il *Population Health Management*;
- a livello aziendale, si focalizza sui processi attuativi di certificabilità dei bilanci, sull'evoluzione dei sistemi di programmazione e controllo alla luce delle accresciute dimensioni aziendali, sugli strumenti per la gestione del sapere professionale, sulla diffusione di una funzione strutturata di gestione operativa.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale. Quest'anno, inoltre, il CERGAS celebra il suo 40° anniversario, di pari passo con il SSN.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5156-6



9 788823 851566

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2018



CERGAS & SSN
40 ANNI INSIEME

CERGAS - Bocconi



CERGAS & SSN
40 ANNI INSIEME

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CERGAS - Bocconi



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management



Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management



**CER GAS & SSN
40 ANNI INSIEME**

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CER GAS - Bocconi



**Università
Bocconi**

CER GAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management



Tutti i contributi del Rapporto OASI sono stati sottoposti al processo di doppio referaggio prima della pubblicazione.

Impaginazione: Corpo4 Team, Milano

Copyright © 2018 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02/5836.5751 – Fax 02/5836.5753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni.

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: novembre 2018

ISBN 978-88-238-5156-6

Stampa: Geca Industrie Grafiche, San Giuliano Milanese (Mi)



Questo volume è stampato su carta FSC® proveniente da foreste gestite in maniera responsabile secondo rigorosi standard ambientali, economici e sociali definiti dal Forest Stewardship Council®

5 Il sistema sociosanitario e sociale e i suoi gap: la rete di offerta, il fabbisogno potenziale e i percorsi assistenziali dei grandi anziani

di Giovanni Fosti, Francesco Longo, Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli, Andrea Rotolo¹

5.1 Introduzione

Il capitolo propone un approfondimento sull'assistenza sociale e sociosanitaria con l'intento di fornire un quadro aggiornato della rete di offerta e del livello di presa in carico dei cittadini rispetto a due target di bisogno: gli anziani non autosufficienti e le persone con disabilità. Attraverso una ricostruzione dettagliata dei servizi e dei setting assistenziali esistenti, del portafoglio di offerta e dell'assistenza erogata, il capitolo si pone a completamento di quanto già illustrato in altre parti del Rapporto sul tema delle interdipendenze tra diversi setting assistenziali, per ampliare la lettura di quanto accade nel sistema pubblico al confine tra mondo sanitario e sociale. A completamento di questa prospettiva di analisi, nel capitolo sono presentati anche dati e riflessioni circa il ricorso al ricovero da parte di cittadini over85 (grandi anziani). Si è voluto, infatti, indagare il comportamento di quella fascia di popolazione più fragile e potenzialmente con il livello di non autosufficienza più elevato per assumere evidenze che supportino una riflessione sul ruolo che il ricorso all'ospedale può avere in queste situazioni.

Il capitolo si divide in due parti. La prima ha l'obiettivo di fornire una rappresentazione complessiva del sistema sociosanitario e sociale con riferimento agli anziani non autosufficienti e alle persone con disabilità. Attraverso una sistematizzazione di che cosa si intenda a livello nazionale per questi interventi e tramite la raccolta di dati riguardanti la dotazione di servizi, l'erogazione di interventi, la stima del fabbisogno e dei cittadini presi in carico, si intende fornire una fotogra-

¹ Nonostante il capitolo sia frutto del lavoro congiunto degli autori, i §§ 5.1 e 5.2 sono da attribuirsi ad Eleonora Perobelli e Andrea Rotolo; il §5.3 a Elisabetta Notarnicola; il § 5.4 a Giovanni Fosti e Francesco Longo. Gli autori desiderano ringraziare la direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute per l'accesso all'Archivio Nazionale SDO.

fia aggiornata e completa del sistema di offerta. Tale fotografia può essere utilizzata da addetti ai lavori e *policy maker* per la programmazione delle politiche in questo settore. La seconda parte del capitolo presenta, invece, un approfondimento riguardante il target degli anziani non autosufficienti e, in particolare, le caratteristiche del ricorso al ricovero ospedaliero da parte degli anziani over85.

Il capitolo è strutturato come segue: nel Paragrafo 5.2 viene presentata la fotografia del sistema sociosanitario e sociale insieme alla metodologia utilizzata per ricostruire il quadro; nel Paragrafo 5.3 si presenta un approfondimento sui ricoveri ospedalieri dei grandi anziani, illustrando il metodo e alcune considerazioni sul rapporto con la rete sociosanitaria; nel Paragrafo 5.4 si presentano alcune considerazioni degli autori sui fenomeni rappresentati nel capitolo.

5.2 Il sistema sociosanitario e sociale italiano: anziani e disabili

5.2.1 L'analisi dei due target di intervento: metodo di lavoro

La prima parte del capitolo approfondisce le caratteristiche del sistema sociosanitario e sociale declinando l'analisi attraverso due prospettive corrispondenti ai due target di utenza prescelti. L'obiettivo è quello di definire una stima della copertura del bisogno assistenziale per entrambi i target, ricostruendo a tal fine i dati relativi alla rete dei servizi e degli interventi sociosanitari e sociali a loro indirizzati, nonché una stima dei fabbisogni che emergono all'interno della popolazione italiana. L'analisi è focalizzata su questi due target di utenza in ragione della loro rilevanza all'interno dei servizi sociosanitari e sociali italiani, nonché dalla maggiore disponibilità di dati e fonti informative.

L'analisi si articola in sei fasi, per ognuno dei due target considerati:

1. Definizione di ciascun target e delle sue caratteristiche;
2. Stima del fabbisogno per ciascuno dei target in analisi tramite l'utilizzo di fonti primarie di dati, quali:
 - a. Condizioni di salute, rischio e prevenzione, 2014, ISTAT, anni di riferimento 2012-2013.
 - b. Dati sulla popolazione tratti da ISTAT.
 - c. Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi, 2015, ISTAT, anno di riferimento 2013.
 - d. L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di primo grado, 2018, ISTAT, Anno scolastico di riferimento 2016-2017.
3. Ricostruzione della geografia dei servizi e degli interventi indirizzati a ciascun target. Questi sono stati suddivisi nelle categorie sociosanitario e sociale

- in base alla categorizzazione fornita da ISTAT rispetto al livello di assistenza sanitaria: se “basso”, “medio” o “alto” i servizi e gli interventi sono stati classificati come sociosanitari, se “assente” come sociali. I servizi e gli interventi individuati sono stati di seguito ulteriormente suddivisi in residenziali, semi-residenziali e domiciliari (SAD e ADI);
4. Stima della capacità di risposta complessiva del sistema, considerando sia la dotazione di posti letto nelle strutture di tipo residenziale e semiresidenziale, sia le ore erogate nei servizi domiciliari. Per la mappatura sono state utilizzate fonti primarie nazionali quali:
 - a. Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, 2016, Ministero della Salute, anno di riferimento 2013.
 - b. Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, Dati ISTAT, anno di riferimento 2015.
 - c. Spesa per interventi e servizi sociali, Dati ISTAT, anno di riferimento 2014.
 5. Individuazione del numero di utenti in carico ai servizi, tramite l'utilizzo delle fonti sopracitate;
 6. Comparazione fra fabbisogno e utenti in carico ai servizi per la stima del grado di copertura del bisogno.

L'obiettivo dell'analisi è quello di determinare una stima il più possibile vicina alla reale copertura del bisogno assistenziale dei target considerati. Per questo motivo si è lavorato sia sui dati espressivi del bisogno (rappresentati appunto dalle stime sulla popolazione target potenziale) che sui dati espressivi della presa in carico, ovvero i dati di fruizione o erogazione dei servizi. Tuttavia, il sistema sociosanitario e sociale non dispone di un sistema informativo integrato che permetta di associare univocamente a ciascun beneficiario il numero e la tipologia di prestazioni di cui usufruisce, né di arrivare a darne una rappresentazione completa ed esaustiva. Per evitare che lo stesso utente venga conteggiato più volte si è fatto ricorso ad alcuni accorgimenti di carattere metodologico che riguardano quindi specificatamente il calcolo dei tassi di copertura del bisogno assistenziale.

In primo luogo, sono stati considerati nel calcolo solo servizi reali, detti anche *in kind*. Non vengono quindi considerati in questa elaborazione i trasferimenti monetari, ai fini di ridurre i rischi di duplicazioni nel conteggio degli utenti (per esempio un anziano che benefici sia del SAD, sia di contributi economici di integrazione al reddito o assistenziali).

Inoltre, oltre ad aver escluso dal conteggio i beneficiari di contributi economici, sono state escluse nella stima le misure denominate “di sostegno alla domiciliarità” (come, ad esempio, l'assistenza sociale professionale, gli interventi per l'integrazione sociale, gli interventi educativo-assistenziali e quelli per l'inserimento lavorativo), includendo invece nell'analisi esclusivamente l'assistenza domiciliare socio-assistenziale e integrata (SAD e ADI).

Tabella 5.1 Sintesi delle definizioni utilizzate e relative fonti

Target	Definizione	Fonte
NON AUTOSUFFICIENZA ANZIANI	Persone con 65 anni e più che presentano almeno una limitazione funzionale	– OMS (2002) <i>Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health</i> – ISTAT (2014), <i>Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione</i>
DISABILITÀ	Persone di età compresa fra 0 e 64 anni che presentano limitazioni funzionali	– OMS (2002) <i>Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health</i> – ISTAT (2014), <i>Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione</i>

5.2.2 La definizione dei target di bisogno

Come anticipato, i target in analisi nella prima parte del presente capitolo sono due: anziani non autosufficienti e persone con disabilità. Essi vengono di seguito brevemente descritti; per un approfondimento è possibile consultare il Capitolo 6 del Rapporto Oasi 2016.

Anziani non autosufficienti

Il target comprende le persone di età superiore o uguale a 65 anni, con limitazioni funzionali secondo la definizione di disabilità proposta con la classificazione *International classification of functioning, disability and health* (ICF). Tali limitazioni riguardano specifiche dimensioni, individuate come segue: la costrizione a letto, su sedia o in abitazione (confinamento); le limitazioni nelle funzioni della vita quotidiana, incluse le attività di 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). Per semplicità, nelle tabelle si definirà questo target “Non autosufficienza anziani”.

Persone con disabilità

Ai fini del presente capitolo, si considerano parte di questo target gli adulti (compresi tra i 18 e i 64 anni d’età) e i minori (di età compresa tra 0 e 17 anni) che presentano limitazioni funzionali, secondo la stessa definizione proposta per gli anziani non autosufficienti con la classificazione ICF. Per semplicità, nelle tabelle si definirà questo target “Disabilità”.

5.2.3 Stima del bisogno potenziale per i due target

Per poter giungere alla stima del grado di copertura del bisogno fornita dai servizi per i target in analisi, è necessario stimare il numero complessivo di persone potenzialmente appartenenti a ciascuna categoria; la procedura seguita

e il risultato ottenuto vengono illustrati nella Tabella 5.2. I valori relativi alla popolazione di riferimento sono aggiornati all'1.1.2015 mentre le percentuali applicate afferiscono a vari anni a seconda della disponibilità delle fonti informative da cui sono state tratte; per ognuna di esse è stato utilizzato l'anno più vicino al 2015.

Tabella 5.2 **Stima del bisogno potenziale**

Target	Descrizione target	Fonte	Modalità di calcolo	Pop. di riferimento (1.1.2015)	Stima	Totale
NON AUTOSUFFICIENZA anziani:	Anziani (≥ 65 anni) con limitazioni funzionali che vivono in famiglia	ISTAT (2014) <i>Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione</i> Anno di riferimento: 2013	19,8% della popolazione di riferimento	≥ 65 anni	2.560.486	2.857.801
	Anziani (≥ 65 anni) con limitazioni funzionali ospiti presso strutture	Dati I. Stat (2017) <i>Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari</i> , Anno di riferimento: 2015	Conteggio degli anziani residenti permanentemente in istituzioni da parte di I.Stat	≥ 65 anni	297.315	
DISABILITÀ	Alunni con disabilità nella scuola primaria e secondaria di primo grado	ISTAT (2018) <i>L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di primo grado</i> A.S. 2016/2017	Stima fornita da ISTAT	6-14 anni	159.000	708.000
	Persone 15-64 anni con limitazioni funzionali	ISTAT (2015) <i>Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi</i> Anno di riferimento: 2013	Stima fornita da ISTAT	15-64 anni	549.000	

Alcune considerazioni sulla stima della popolazione potenzialmente appartenente ai target di riferimento:

- il numero complessivo degli anziani non autosufficienti è pari a 2.857.801. Tale valore è determinato dalla somma: (i) della percentuale di anziani con limitazioni funzionali che vivono in famiglia, individuata da ISTAT (19,8), moltiplicata per il numero di cittadini anziani non ospitati permanentemente in istituzioni all'1.1.2015 tratto da ISTAT e (ii) del numero di residenti permanentemente in istituzioni tratto dai dati ISTAT relativi agli ospiti dei presidi residenziali sociali e socio-sanitari. È opportuno specificare che il numero complessivo degli anziani non autosufficienti riportato potrebbe essere

una stima per difetto, in quanto l'indagine ISTAT utilizzata consente di cogliere solo in modo parziale le limitazioni funzionali connesse a patologie psichiatriche o a disagio mentale;

- ▶ la stima dei minori e degli adulti con disabilità è ricavata a partire dai valori relativi agli alunni con disabilità nella scuola primaria e secondaria di primo grado e alle persone di età compresa fra 15 e 64 anni con limitazioni funzionali (tale valore è pari a 708.000 persone).

5.2.4 La capacità produttiva del sistema di offerta

La capacità produttiva del sistema di offerta: un quadro d'insieme

La Tabella 5.3 riporta il quadro a livello nazionale della capacità produttiva complessiva della rete di offerta rivolta ai due target oggetto di analisi. Con capacità produttiva si intende in questo capitolo la dotazione complessiva di offerta presente sul territorio, espressiva della potenziale capacità di presa in carico degli operatori del settore. Essa comprende esclusivamente le dotazioni di posti disponibili in strutture residenziali e semiresidenziali; per ulteriori approfondimenti in base al tipo di servizio (residenziale, semiresidenziale e domiciliare, di cui si riportano le ore erogate), si rimanda alla Tabella 5.4.

Tabella 5.3 **Quadro della capacità produttiva del sistema di offerta per target d'utenza**

Target	Posti sociosan	Posti sociale	Totale posti
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	284.947	16.746	301.693
DISABILITÀ	53.230	1.940	55.170

Fonti: Ministero della Salute (2016) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; Dati I.Stat riferiti all'anno 2015, *Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*. Nota: rispetto alla rilevazione riportata nella precedente edizione del Rapporto, non è stato possibile aggiornare i dati relativi alla capacità produttiva di servizi di tipo sociosanitario alla luce della mancata pubblicazione di una versione più aggiornata dell'Annuario Statistico del SSN 2016.

La Tabella 5.3 mette in evidenza alcune caratteristiche della rete di servizi analizzata. La capacità produttiva del sistema di offerta appare maggiormente orientata alla fornitura di servizi di tipo sociosanitario rispetto a servizi di tipo sociale; i primi rappresentano infatti il 94,8% del totale dei posti disponibili nei due ambiti.

Più in dettaglio, possiamo notare che la dotazione complessiva di posti indirizzati al target anziani non autosufficienti è pari a 301.693 unità, che per il 94,45% si trovano all'interno di strutture sociosanitarie. Tale percentuale è in lieve aumento rispetto al valore registrato nella rilevazione precedente, contenuta all'interno del capitolo 7 del Rapporto Oasi 2017, pari al 92,7%. Risulta

invece significativamente ridotto il numero di posti per gli anziani in strutture che erogano unicamente servizi di tipo sociale, che rispetto alla rilevazione precedente segna un -24,8%. Con riferimento alla disabilità, il numero di posti sociosanitari complessivi a disposizione è inferiore rispetto a quelli per anziani non autosufficienti, ed è pari a 53.230. Il 96,5% delle persone con disabilità che fruiscono di servizi residenziali è inserito in strutture di afferenza sociosanitaria. Anche per le persone con disabilità si registra un forte calo nella disponibilità di posti in strutture che erogano servizi esclusivamente di tipo sociale, che registrano una diminuzione del 22,5% rispetto a quanto rilevato dagli autori nel 2017.

La capacità produttiva del sistema di offerta: suddivisione per tipologia di servizio

La Tabella 5.4 illustra la capacità complessiva del sistema di offerta, approfondendo le informazioni riportate in Tabella 5.3 e integrandole con i dati a disposizione sui servizi di tipo domiciliare.

Tabella 5.4 **Capacità produttiva complessiva del sistema per target d'utenza e tipo di servizio erogato**

Target	Tipo di servizio	SOCIOSAN	SOCIALE
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	Residenziale	270.020 ¹	16.746
	Semiresidenziale	14.927	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	10.401.812*	n.d.
DISABILITÀ	Residenziale	29.193 ¹	1.940
	Semiresidenziale	24.037	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	936.493 ²	n.d.

¹ Il numero di posti letto relativo ai servizi residenziali sociosanitari e sociali, è stato individuato con riferimento al livello di assistenza sanitaria previsto: i posti letto con livello di assistenza sanitaria "basso", "medio" e "alto" sono stati assegnati ai servizi residenziali sociosanitari; i posti letto con livello di assistenza sanitaria "assente" ai servizi residenziali sociali (Dati I.Stat riferiti all'anno 2015).

² Il numero di ore di ADI cui fanno ricorso le persone con disabilità è stato ricavato dall'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, che riporta la suddivisione del totale dei casi trattati in ADI solo per anziani e pazienti terminali; sottratte dal totale tali categorie, il valore restante è stato attribuito al target in analisi.

* Ore erogate.

Fonti: Ministero della Salute (2016) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; Dati I.Stat riferiti all'anno 2015, *Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*. Nota: rispetto alla rilevazione riportata nella precedente edizione del Rapporto, non è stato possibile aggiornare i dati relativi alla capacità produttiva di servizi di tipo sociosanitario alla luce della mancata pubblicazione di una versione più aggiornata dell'Annuario Statistico del SSN 2016.

Relativamente al target anziani non autosufficienti, è possibile verificare che solo una minima parte dei servizi residenziali è di tipo semiresidenziale (il 4,9% sul totale, invariato rispetto a quanto riportato nel capitolo 7 del Rapporto OASI 2017) e che, fra i servizi di tipo residenziale, l'89,5% è rappresentato da

strutture sociosanitarie². Dalla presente tabella è possibile rilevare che la disponibilità di posti in strutture di afferenza sociosanitaria è sostanzialmente invariato rispetto al 2017, quando gli autori avevano registrato un forte incremento degli stessi rispetto al 2016, che era tuttavia da attribuirsi alla riclassificazione delle strutture per target di utenza prevalente effettuata da ISTAT.

Per quanto concerne la capacità produttiva dedicata al target disabilità, in cui i servizi semiresidenziali rappresentano il 43,57% dei posti disponibili complessivi semiresidenziali e residenziali; questi ultimi si dividono per il 96,5% in posti letto residenziali a integrazione sanitaria e per il restante 3,5% in posti letto residenziali di natura sociale. Come nel caso degli anziani non autosufficienti, le ore di ADI erogate non risultano variate rispetto all'anno precedente, poiché non è disponibile una versione più recente dell'Annuario rispetto quella utilizzata nel Rapporto 2017.

5.2.5 Gli utenti in carico ai servizi

Gli utenti in carico ai servizi: classificazione complessiva

La Tabella 5.5 riporta gli utenti in carico ai servizi secondo una suddivisione per target; nella successiva Tabella 5.6 tali valori vengono approfonditi tramite un'ulteriore suddivisione per tipologia di servizio.

Tabella 5.5 **Utenti in carico alla rete di offerta per target d'utenza**

Target	SOCIOSAN	SOCIALE
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	909.186	512.186
DISABILITÀ	204.176	

Nota: rispetto alla rilevazione riportata nella precedente edizione del Rapporto, non è stato possibile aggiornare i dati relativi agli utenti in carico ai servizi di tipo sociosanitario alla luce della mancata pubblicazione di una versione più aggiornata dell'Annuario Statistico del SSN 2016.

Fonti: Ministero della Salute (2016) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; Dati I.Stat riferiti all'anno 2015, *Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*.

Gli utenti che usufruiscono dei servizi per anziani, coerentemente con la distribuzione dei servizi illustrata nei paragrafi precedenti, appaiono principalmente in carico all'area sociosanitaria rispetto all'area sociale, rappresentando rispettivamente il 64% e il 36% del totale dei servizi per anziani analizzati. Gli utenti in carico ai servizi per la disabilità (adulti e minori) risultano essere 204.176; come si può notare non è possibile distinguere gli utenti in base alla tipologia di servizio cui fanno riferimento (sociosanitario o sociale): ciò accade dal momento che la fonte informativa dalla quale tali dati sono stati tratti (ISTAT, 2015) non presenta un sufficiente livello di approfondimento.

² Livello di assistenza sanitaria "basso", "medio" e "alto" (Dati I.Stat riferiti all'anno 2015)

Da ultimo, appare interessante notare che, rispetto alla rilevazione riferita all'anno precedente contenuta nel Capitolo 7 del Rapporto Oasi 2017, il numero di utenti anziani in carico ai servizi sociali è tornato ad aumentare, registrando una crescita dell'11,3%, mentre il numero di anziani in carico ai servizi sociosanitari è rimasto sostanzialmente invariato (+0,24%). Rispetto alle persone con disabilità, il numero di utenti in carico ai servizi è diminuito dello 0,60%. Tali valori vengono meglio approfonditi nel paragrafo successivo, in cui sono riportate le variazioni più significative per singola tipologia di servizio. In ogni caso, non è possibile esprimere un commento sulle variazioni dei dati in quanto, come già rilevato anche in edizioni precedenti del Rapporto OASI, non è possibile ricostruire le ragioni delle variazioni nei dati di offerta e utenza che potrebbero anche dipendere da una maggiore accuratezza delle rilevazioni statistiche alla base del dato.

Gli utenti in carico ai servizi: classificazione per tipo di servizio

Si riporta di seguito la scomposizione degli utenti in carico ai servizi in relazione alla tipologia di servizio (Tabella 5.6).

Tabella 5.6 **Utenti presi in carico dal sistema di offerta per target d'utenza e tipo di servizio**

Target	Tipo di servizio	SOCIOSAN	SOCIALE
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	Residenziale	273.204	14.124
	Semiresidenziale	24.111	356.286
	Domiciliare (ADI e SAD)	611.871	141.776
DISABILITÀ	Residenziale	51.885	
	Semiresidenziale	23.758	34.896
	Domiciliare (ADI e SAD) ³	52.027	41.610

Nota: rispetto alla rilevazione riportata nella precedente edizione del Rapporto, non è stato possibile aggiornare i dati relativi agli utenti in carico ai servizi di tipo sociosanitario alla luce della mancata pubblicazione di una versione più aggiornata dell'Annuario Statistico del SSN 2016.

Fonti: Ministero della Salute (2016) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; Dati I.Stat riferiti all'anno 2015, *Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*; Dati I.Stat riferiti all'anno 2014, *Spesa per interventi e servizi sociali*.

Approfondendo l'analisi a partire dal target anziani non autosufficienti, è possibile notare che il 64,0% degli utenti appartenenti a tale categoria, e in carico ai servizi, fruiscono di servizi di tipo sociosanitario. Tale prevalenza è da imputarsi ai servizi di tipo residenziale, dove il 95,0% degli utenti risulta essere inserito in strutture che prevedono un'integrazione sanitaria (273.204 utenti, +0,8% rispetto alla rilevazione precedente), e ai servizi di tipo domiciliare, dove l'ADI coinvolge l'81,2% degli utenti di servizi domiciliari (611.871; il SAD invece si attesta su 141.776 utenti ovvero il restante 18,8%). Con riferimento

all'ADI, le ore dedicate in media a ciascun assistito anziano nel corso di un anno sono state 17, di cui 12 erogate da personale infermieristico, aprendo il campo a riflessioni sulla limitata intensità assistenziale del servizio, per cui è difficile assumere una situazione di “presa in carico”. La Tabella 5.7 mostra l'andamento della presa in carico in ADI degli anziani over65 per Regione: i dati mostrano un aumento generalizzato dei tassi di copertura, tuttavia, l'assenza di informazioni sulle caratteristiche quali-quantitative del servizio limita le possibilità di interpretare compiutamente le evidenze.

Tabella 5.7 **Percentuale di over65 trattati in ADI (2012-2015)**

Regione	2012	2013	2014	2015
Piemonte	1,94	2,92	3,21	3,14
Valle d'Aosta	0,42	0,39	0,39	0,35
Lombardia	1,39	1,68	2,55	2,56
P.A. Bolzano	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
P.A. Trento	2,44	2,36	4,11	3,79
Veneto	1,99	1,98	2,76	2,34
Friuli V.G.	1,35	1,25	1,54	2,68
Liguria	2,44	3,02	3,31	3,52
Emilia-Romagna	3,38	3,96	4,19	4,12
Toscana	0,37	1,59	2,78	3,00
Umbria	1,10	1,08	1,47	2,05
Marche	1,14	1,23	1,56	1,86
Lazio	0,93	0,95	1,13	1,57
Abruzzo	1,97	2,80	2,92	3,72
Molise	1,80	2,99	2,90	4,34
Campania	0,35	1,12	1,15	1,36
Puglia	0,08	0,80	1,64	2,20
Basilicata	1,90	1,53	2,14	2,21
Calabria	0,16	0,19	0,31	1,58
Sicilia	0,24	1,88	2,87	3,55
Sardegna	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Fonte: Ministero della Salute (2017), *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd Griglia LEA*.

Gli utenti anziani in carico ai servizi di tipo semiresidenziale si distinguono invece da coloro che risiedono in strutture residenziali, in quanto solo il 6,3% di essi risulta frequentare centri diurni che prevedono un'assistenza di tipo socio-sanitario, mentre il restante 93,7% frequenta centri sociali finalizzati alla socializzazione e allo svolgimento di attività ludico-ricreative, sociali, educative, culturali, sportive. Quest'ultima tipologia di servizi semiresidenziali conferma la propria crescita, registrando una variazione considerevole rispetto alla rilevazione precedente, segnando un +22,2% di utenti.

Relativamente al caso delle persone con disabilità, emerge invece un minor sbilanciamento a favore dei servizi di tipo sociosanitario. Mentre infatti gli utenti dei servizi semiresidenziali afferiscono per il 40,5% (23.758) a tale tipologia di attività, nel caso dei servizi domiciliari tale valore aumenta per giungere sino al 55,6% (52.027), valore comunque di molto inferiore rispetto a quanto registrato per il target precedente. Come già affermato in relazione alla Tabella 5.5, anche in questo caso non è stato possibile scorporare quanti utenti afferiscano a servizi residenziali sociosanitari e sociali.

5.2.6 Stima della copertura del fabbisogno

Dopo aver presentato la stima del bisogno potenziale, la mappatura della dotazione della rete di offerta e gli utenti in carico ai diversi servizi, la Tabella 5.8 riporta la stima del tasso di copertura del fabbisogno dei target considerati; esso è stato ottenuto come rapporto tra il numero di utenti in carico ai servizi considerati e la stima del fabbisogno potenziale. Dove possibile, il tasso di copertura è stato distinto fra servizi sociosanitari e servizi sociali; tale suddivisione è stata operata al fine di ridurre il rischio di sovrapposizioni naturalmente presenti in tali ambiti (è infatti probabile che una stessa persona ricorra sia a servizi di tipo sociale che di tipo sociosanitario, ad esempio di ADI e di SAD, integrandoli fra loro).

Tabella 5.8 **Tassi di copertura del bisogno per target di riferimento**

Target	Descrizione target	Pop. di riferimento	Stima fabbisogno potenziale	Utenti in carico ai servizi	Tasso di copertura servizi socio-sanitari	Tasso di copertura servizi sociali
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	Anziani (≥ 65 anni) con limitazioni funzionali	13.219.074	2.857.801	1.421.372	31,9%	18,0%
DISABILITÀ	Alunni con disabilità + persone 15-64 anni con limitazioni funzionali	44.352.972	708.000	204.176	28,8%	

Relativamente al target anziani non autosufficienti, il tasso di copertura si attesta al 31,9% del bisogno potenziale per i servizi sociosanitari, e al 18% per i servizi sociali, in aumento dell'1,6% rispetto alla rilevazione precedente. È probabile che anche in queste misure siano presenti dei doppi conteggi di utenti (per esempio un anziano che ricorra contestualmente ad ADI e centri diurni integrati), che non è però possibile ridurre o eliminare del tutto sulla base delle informazioni disponibili. Rispetto alla rilevazione precedente, la copertura del bisogno tramite servizi sociosanitari per il target anziani risulta essere diminuita dello 0,4%. Per quanto concerne le persone con disabilità, la copertura del bisogno è diminuita dello 0,6%.

5.2.7 Il supporto alla permanenza presso il domicilio e i contributi economici comunali

La Tabella 5.9 riporta il numero di utenti in carico e il valore economico dei servizi di supporto alla persona finalizzati a favorirne la permanenza presso il domicilio e delle misure economiche erogate dai Comuni. Nei primi si includono i servizi: sociali professionali, di intermediazione abitativa, per l'integrazione sociale, educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo, di prossimità, di telesoccorso e teleassistenza, voucher, assegni di cura, buoni sociosanitari e altri servizi di supporto; nelle seconde invece si includono tutti i trasferimenti in denaro di provenienza comunale per il pagamento di interventi e servizi³. In aggiunta a tali trasferimenti, è opportuno ricordare che fanno parte delle erogazioni a favore degli anziani non autosufficienti e delle persone con disabilità i contributi INPS per interventi non pensionistici e assistenziali, e fra essi un ruolo fondamentale viene giocato dalle Indennità di Accompagnamento: la spesa per questo intervento nel 2016 è stata pari a circa 13,4 miliardi di euro (lo 0,8% del PIL, come rilevato dalla Ragioneria Generale dello Stato)⁴. La tabella viene trattata separatamente rispetto alle precedenti in quanto il rischio di sovrapposizioni è molto elevato, elemento che porterebbe a una sovrastima delle persone in carico al sistema pubblico (possiamo infatti immaginare che un anziano non autosufficiente che si trovi al domicilio possa ricorrere sia ad attività proprie di un servizio sociale professionale, sia alla consegna dei pasti a domicilio, oltre che a SAD o ADI).

Tabella 5.9 **Utenti in carico a servizi e interventi di supporto alla permanenza presso il domicilio e contributi economici comunali**

Target	Tipo di servizio sociale	Utenti in carico	Valore economico intervento
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	Supporto alla persona per la permanenza al domicilio (escluso SAD e ADI)	1.423.860	288.792.497
	Contributo economico	215.929	341.682.444
DISABILITÀ	Supporto alla persona per la permanenza al domicilio (escluso SAD e ADI)	512.762	707.884.156
	Contributo economico	124.659	457.754.307

Fonte: Dati I.Stat riferiti all'anno 2014, *Spesa per interventi e servizi sociali*

Con riferimento ai soli servizi di supporto alla domiciliarità, esclusi ADI e SAD come affermato precedentemente, è possibile specificare quali di essi siano più rilevanti per ciascun target:

³ Per approfondimenti è possibile consultare il Glossario ISTAT relativo all'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati.

⁴ Ragioneria Generale dello Stato, 2017, *Le tendenze di medio lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*.

- ▶ relativamente al target anziani non autosufficienti, il 43,5% e il 20,4% degli utenti sembra polarizzarsi rispettivamente sui c.d. “Servizio sociale professionale” e “Attività ricreative, sociali, culturali”; al terzo posto si trovano servizi di assistenza domiciliare, che coinvolgono 149.190 anziani, ossia il 10,5% del target in analisi;
- ▶ Anche nel caso delle persone con disabilità, un numero molto elevato di utenti (46,2% del totale) fa ricorso alle prestazioni proprie del servizio sociale professionale; altri servizi particolarmente rilevanti appaiono essere il servizio di trasporto sociale e il sostegno socio-educativo scolastico (che rispettivamente coinvolgono il 13,2% e il 11,8% degli utenti).

In parallelo al sistema pubblico di assistenza domiciliare e supporto al domicilio si segnala la rilevanza e diffusione del fenomeno badanti che nel 2017 hanno superato quota 983.000 (Perobelli, Notarnicola, 2018) tra regolari ed irregolari.

5.2.8 Considerazioni sul livello di presa in carico dei due target analizzati

I dati presentati nei paragrafi precedenti descrivono gli interventi di welfare esistenti rivolti agli anziani non autosufficienti e alle persone con disabilità. Essi presentano numerose criticità nel computo e nella stima poiché non facilmente riconducibili a una prospettiva unitaria, facendo essi riferimento a problemi e bisogni differenti affrontati con ipotesi e modelli di intervento necessariamente diversi. Questa eterogeneità rende complesso individuare elementi comuni che permettano di ricomporre il quadro dei servizi in un’analisi complessiva.

Si ritiene importante sottolineare che anche i dati di sistema resi disponibili dagli attori “istituzionali” (Ministeri, ISTAT) presentano un relativo livello di aggiornamento: nel 2018 ci troviamo a commentare dati che, nella migliore delle ipotesi, si riferiscono allo stato e alle caratteristiche dei servizi sociali e sociosanitari rilevati nel 2015, con uno scarto di almeno due anni dal momento in cui sono pubblicati. Esistono poi numerose aree del sistema di Welfare italiano dove si incontrano veri e propri “deficit informativi”, che sono solo in alcuni casi colmabili attraverso studi e ricerche condotti da enti terzi. Questi elementi pongono per il sistema e per il legislatore un rilevante punto di attenzione che riguarda la non più rinviabile necessità di disporre di sistemi informativi quanto più possibile unitari e, allo stesso tempo, aggiornati. Si ritiene infatti che, solo sulla base di informazioni complete e vicine alla realtà, sia veramente possibile parlare di programmazione del settore sociale e sociosanitario.

Nonostante i limiti appena descritti, nel capitolo sono stati fin qui presentati i dati riguardanti gli interventi in ambito sociale e sociosanitario con l’ambizione di fornire una stima della copertura del bisogno. Questa appare limitata con riferimento a tutti i target analizzati, in funzione di alcuni importanti vuoti di offerta riscontrati. Nella più ottimistica delle stime, infatti, gli utenti in carico

al sistema di servizi sociali e sociosanitari pubblici oscillano tra il 30% e il 50% rispetto al fabbisogno complessivo, sia per il target anziani non autosufficienti, sia per il target persone con disabilità (escludendo dal computo gli interventi di matrice nazionale, come i contributi economici erogati da INPS, non compresi in questa analisi).

Emergono inoltre alcuni ulteriori elementi critici dalla fotografia di sistema fin qui presentata. Il primo riguarda la debolezza del sistema di interventi sociale, che presenta un numero sensibilmente inferiore di utenti in carico rispetto al sistema sociosanitario (ad eccezione dei servizi semiresidenziali a carattere sociale, che registrano un aumento sensibile dalla rilevazione contenuta nel Rapporto Oasi 2017).

Anche sul versante sociosanitario è bene sottolineare la debolezza rappresentata in questo caso dai servizi domiciliari (ADI) per anziani non autosufficienti: il dato più significativo rilevato è un aumento dell'utenza in carico all'Assistenza Domiciliare Integrata rispetto ai dati contenuti nel Rapporto Oasi 2017. Tuttavia, tale aumento si è realizzato parallelamente a un andamento pressoché invariato del valore economico degli interventi domiciliari di carattere sociosanitario: questo significa che 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 17 ore all'anno per utente anziano non autosufficiente (dati Monitoraggio LEA), traducibile in un ammontare di non più di due ore alla settimana per caso trattato. La bassa intensità assistenziale dei servizi di assistenza domiciliare pone interrogativi sull'effettiva efficacia del servizio e sul suo ruolo all'interno della filiera di servizi per anziani con bisogni legati alla *long term care*, ma anche per le persone con disabilità, target caratterizzato da numeri molto simili.

Nel contesto fin qui descritto, 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, appropriati ma caratterizzati da soluzioni informali (come dimostra il dato sulle cosiddette "badanti") o istituzionalizzati, ma inappropriati (come ad esempio nel caso degli anziani non autosufficienti). Questo è quanto accade ad esempio rispetto al ricorso al ricovero ospedaliero da parte degli anziani, fenomeno analizzato nel proseguo del capitolo.

5.3 Il ricorso al ricovero ospedaliero da parte dei grandi anziani

Dopo aver riportato alcuni dati generali riguardanti il settore sociosanitario e sociale, si presenta in questa parte di capitolo un approfondimento riguardante i cittadini anziani e il ricorso ai ricoveri ospedalieri. Già nel Rapporto OASI 2016 e 2017 erano state condotte analisi su questo tema che facevano emergere alcune questioni.

- ▶ Pur in presenza di assetti di governance, portafoglio dell'offerta e modalità di presa in carico molto eterogenei, si rileva un'omogeneità di fatto: si sono consolidati nei territori regionali dei pattern di ricorso ai servizi assistenziali che includono i diversi setting, dall'ospedale, al territorio, alla filiera sociosanitaria, alla cura informale senza evidenziare meccanismi di compensazione o aggiustamento (Fosti *et al.*, 2016).
- ▶ I dati illustrano inoltre un fenomeno controintuitivo: quei contesti dove è maggiormente sviluppata una rete di lungo assistenza formale (tramite residenze sanitarie assistenziali, RSA) e/o informale (tramite ricorso ad assistenti familiari, "badanti") sono anche quelli con i più alti tassi di ospedalizzazione.
- ▶ Oltre un terzo dei ricoverati over65 ricorre ogni anno a ricoveri multipli: il 39% dei ricoveri riguarda una casistica di over65enni che nell'arco di 12 mesi hanno effettuato due o più ricoveri tutti per acuti ma tutti in reparti medici, al di fuori quindi di un percorso di filiera o di un ricovero chirurgico (Fosti *et al.*, 2017).
- ▶ Nei Rapporti OASI 2016 e 2017 l'analisi dei ricoveri multipli ha evidenziato come questi siano presenti soprattutto nelle regioni con maggiore dotazione di offerta sanitaria e sociosanitaria.

I dati sui ricoveri ospedalieri continuano dunque a suggerire che, a fronte di una limitata offerta di risposte assistenziali disponibili, le famiglie ricorrono all'ospedale come principale risposta per diverse ragioni:

- ▶ in funzione dei mutamenti in corso circa il profilo clinico sanitario degli anziani non autosufficienti o di fasi di scompenso delle maggiori patologie presenti. I dati epidemiologici ci mostrano infatti una progressiva sempre maggiore complessità sanitaria e l'aggravarsi delle condizioni di salute degli anziani;
- ▶ conseguentemente alla scarsa dotazione di offerta sociosanitaria e sociale e alla difficoltà emotiva e psicologica di sostenere da soli, nell'esclusivo perimetro della famiglia, l'intero carico assistenziale;
- ▶ in relazione a bisogni urgenti per i quali le famiglie hanno necessità di trovare una soluzione rapidamente senza la possibilità di attendere i tradizionali meccanismi di accesso alla rete sociosanitaria e sociale;
- ▶ come esito della frammentazione del contesto istituzionale e delle modalità di accesso caratterizzate da silos e dalla presenza di pochi strumenti di coordinamento e continuità assistenziale tra setting assistenziali.

Proprio in conseguenza della frammentazione e della complessità del sistema, le famiglie si trovano a fare sia da "badanti" che da "registi" della presa in carico, senza avere però la possibilità di coordinare i diversi setting assistenziali tra

loro e potendo agire solamente sulle loro scelte e sulla loro “auto-organizzazione” delle attività di cura, agendo come soggetti che ricompongono il sistema, coordinando e integrando quando necessario.

Alla luce di queste considerazioni, ovvero avendo verificato che i servizi socio-sanitari e i ricoveri ospedalieri non si comportano tra loro come vasi comunicanti ma piuttosto presentano vaste aree di sovrapposizione nella risposta al bisogno (Fosti *et al.*, 2016) e che rispetto ai ricoveri ospedalieri degli anziani emerge una profilatura di ricorso ciclico all’ospedale (Fosti *et al.*, 2017), si approfondiscono in questo paragrafo le caratteristiche del ricorso all’ospedale per quella categoria di pazienti anziani che più tipicamente presentano condizioni di non autosufficienza, ovvero gli over85. L’analisi circoscritta a questo target permette di isolare quelle situazioni che esprimono maggiore gravità e più verosimilmente necessità di lungo assistenza. In particolare, l’analisi ha indagato l’estensione del ricorso al ricovero ospedaliero da parte degli anziani over85, le modalità e tipologie di ricovero e il percorso clinico” di ricorso all’ospedale.

5.3.1 Metodologia di analisi

Le analisi presentate nei prossimi paragrafi sono state effettuate sulla base dei dati dell’Archivio Nazionale SDO⁵, Schede di Dimissione Ospedaliera, per i cittadini over85⁶. Sulla base di questi dati è stato possibile analizzare i ricoveri effettuati da cittadini over85 distinguendo per tipologia di ricovero, provenienza, modalità di dimissione e caratteristiche del ricovero (MDC – Major Diagnostic Categories – più frequenti). Come nei Rapporti OASI precedenti (2016 e 2017) l’obiettivo è quello di approfondire il fenomeno del ricorso all’ospedale come potenziale sostituto di altri setting assistenziali, in risposta a bisogni di lungo assistenza o derivanti dalla condizione di non autosufficienza. Per questo motivo, in continuità con quanto già fatto in passato (Fosti *et al.*, 2017) è stato predisposto un approfondimento sui ricoveri ordinari multipli con riferimento a uno specifico arco temporale (anno 2015).

L’analisi ha seguito tre step successivi di approfondimento:

1. In primis sono stati estratti e analizzati i dati provenienti dall’Archivio Nazionale SDO per l’anno 2015 e riferiti ad anziani di età pari o superiore a 85 anni nell’anno. Sono stati considerati solo i ricoveri ordinari (escludendo quindi i day hospital) e sono state condotte alcune analisi descrittive per tracciare una profilatura delle caratteristiche tipiche dei ricoveri di questa fascia della popolazione.

⁵ Archivio Nazionale SDO, Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, anni 2012, 2013, 2014, 2015.

⁶ ovvero che hanno compiuto il loro 85imo anno di età nel 2015 o più anziani

2. Il secondo step di analisi ha riguardato l'identificazione dei ricoveri multipli: sempre mantenendo la stessa popolazione di riferimento (over85 nel 2015 con almeno un ricovero ordinario nell'anno) è stato osservato per ogni paziente l'ultimo ricovero dell'anno 2015 e considerati tutti i ricoveri effettuati precedentemente nell'arco di 365 giorni, quindi considerando sia ricoveri effettuati nel 2015 stesso, che potenzialmente nel 2014. In questo modo sono state identificate le sequenze di ricoveri ripetuti, oggetto a loro volta di alcune analisi descrittive. All'analisi su un singolo anno si aggiunge quella su un triennio (2014-2013-2012), che osserva il fenomeno a 36 mesi dall'ultimo ricovero ordinario effettuato nel 2015.
3. Il terzo step ha adottato la prospettiva opposta, ovvero ha guardato al primo ricovero della sequenza invece che all'ultimo. Sempre mantenendo gli stessi ricoveri multipli ripetuti individuati allo step 2, si è analizzato il percorso a partire dal primo ricovero del periodo con lo scopo di produrre analisi descrittive di quanto è accaduto nella sequenza.

I dati sono presentati di seguito seguendo diverse classificazioni:

- ▶ Tipo di attività ospedaliera (Acuti, Riabilitazione, Lungodegenza);
- ▶ Numero di ricoveri effettuati nel 2015 (singoli o ripetuti – 2, 3, o più di 3);
- ▶ Modalità di dimissione⁷.

Si presentano di seguito le analisi svolte, partendo dalla rappresentazione generale del fenomeno, presentando le analisi circa i ricoveri multipli e concludendo con i dati sui percorsi di ricovero.

5.3.2 I grandi anziani e i ricoveri ospedalieri: descrizione del fenomeno

Nel 2015 i ricoveri ordinari per over85 (o grandi anziani) sono stati 709.342 (pari a circa l'11% dei ricoveri ordinari per tutte le fasce di età⁸) coinvolgendo oltre 480.000 anziani, che complessivamente rappresentano il 24,95% degli

⁷ La classificazione proposta dal database dell'Archivio Nazionale SDO è stata semplificata e aggregata in questo modo: Deceduti per tutti i ricoveri con codice "1" = deceduto; Dimissione a domicilio per tutti i ricoveri con codice "2" = dimissione ordinaria a domicilio o "5" = dimissione volontaria; Presso RSA per tutti i ricoveri con codice "3" = dimissione ordinaria presso residenza sanitaria assistenziale (RSA); ADI o OSP a domicilio per tutti i ricoveri con codice "4" = dimissione al domicilio con attivazione di ospedalizzazione domiciliare o "9" = dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata; Trasferimento vs altro ricovero per tutti i ricoveri con codice "7" = trasferito nello stesso istituto da altro tipo att. di ric. o da altro reg. di ric.; Trasferito verso altra struttura per tutti i ricoveri con codice "6" = trasferimento ad altro istituto per acuti o "8" = trasferimento ad istituto di riabilitazione.

⁸ La popolazione over85 corrispondeva invece nel 2015 al 3,1% della popolazione totale.

Tabella 5.10 **Ricoveri per anziani over85, anno 2015**

	2015 – anno solare	2015 e 365 giorni precedenti l'ultimo ricovero
Ricoveri	709.342	830.670
Giornate di degenza	7.781.930	9.125.851
N° pazienti	481.640	558.322
Ricoveri per paziente	1,47	1,49
Durata media ricovero	10,97	10,99

Fonte: elaborazione degli autori dall'Archivio Nazionale SDO.

anziani di quella fascia d'età⁹. Mediamente ogni anziano ha svolto 1,47 ricoveri nell'anno per una media di circa 11 giornate ogni volta. Il 38,6% dei ricoveri sono singoli nel corso del 2015 (per 273.870 ricoveri) mentre il 61,4% sono in un pattern di ricoveri multipli (effettuati da 435.472 anziani). Spostando la prospettiva dall'anno solare (ovvero da 01.01.2015 a 31.12.2015) ai 365 giorni che precedono l'ultimo ricovero del 2015, gli anziani over85 che hanno effettuato più di un ricovero aumentano facendo salire la percentuale dei ricoveri al 67% (per un totale di 556.800 ricoveri)

Mantenendo da questo momento in poi come campione quello riferito al periodo di 365 giorni dall'ultimo ricovero (quindi un totale di 830.670 ricoveri), complessivamente il 38% di questi ricoveri è riferito a uomini (con una percentuale lievemente superiore all'incidenza della popolazione maschile per questa fascia di età, pari a 31,1%, dato ISTAT). Il 90% di questi ricoveri, inoltre (Tabella 5.11) è avvenuto in regime per Acuti, solo il 4,6% in Riabilitazione e il 5,3% in Lungodegenza. Infine oltre l'80% di essi è avvenuto in specialità mediche. Rispetto ai ricoveri chirurgici segnaliamo una maggiore incidenza di pazienti uomini, che raggiungono per questa tipologia il 41% del totale (più alta rispetto all'incidenza media di 38% sul totale dei ricoveri ordinari).

Tabella 5.11 **Distribuzione dei ricoveri per over85 per tipologia di ricovero**

		Numero ricoveri	% sul totale dei ricoveri
Tipo di attività ospedaliera	Ricoveri ordinari in Acuzie	747.880	90,03%
	Ricoveri ordinari in Riabilitazione	38.560	4,64%
	Ricoveri ordinari in Lungodegenza	44.229	5,32%
Disciplina di dimissione	Chirurgia	165.064	19,87%
	Medicina	665.531	80,12%

Fonte: elaborazione degli autori dall'Archivio Nazionale SDO.

In sintesi, il ricovero “tipo” per i grandi anziani over85 è un ricovero ordinario in regime per acuti, svolto in una disciplina di Medicina, con una durata

⁹ Che nel 2015 (anno di riferimento dei ricoveri) in Italia erano 1.930.395.

media di 11 giorni e la probabilità del 67% di essere un ricovero ripetuto dallo stesso paziente nel corso dei precedenti 365 giorni.

I dati dell'Archivio Nazionale SDO forniscono interessanti informazioni anche rispetto alla modalità di dimissione dei pazienti, ovvero rispetto al modo in cui si è concluso il ricovero. Considerando le nove diverse categorie proposte dal database, possiamo identificare tre macro-categorie di modalità di dimissione:

- ▶ Dimissione con presa in carico (è quella che prevede dimissione attivazione di assistenza domiciliare o ospedale a domicilio, o invio in altro setting assistenziale ovvero RSA, altro ricovero o altra struttura);
- ▶ Dimissione senza presa in carico (quella che prevede la dimissione volontaria a domicilio);
- ▶ Decesso.

Tabella 5.12 **Distribuzione dei ricoveri per over85 per modalità di dimissione**

Modalità di dimissione	Numero di ricoveri	% sul totale di ricoveri
Deceduti	89.214	10,74%
Dimissione a domicilio	606.209	72,98%
Presso RSA	43.186	5,20%
ADI o OSP a domicilio	18.322	2,21%
Trasferimento vs altro ricovero	20.260	2,44%
Trasferito verso altra struttura	53.468	6,44%

Fonte: elaborazione degli autori dall'Archivio Nazionale SDO.

Complessivamente (Tabella 5.12) il 10,74% dei ricoveri degli anziani over85 si conclude in ospedale con il decesso del paziente. Il 73% genera invece una dimissione al domicilio senza alcun tipo di presa in carico. Soltanto il 16,3% delle dimissioni prevede una qualche forma di continuità assistenziale, tra cui prevale la dimissione verso RSA o altro istituto di ricovero (in ogni caso un servizio di tipo residenziale, con solo il 2,2% dei casi dimessi con servizi di continuità assistenziale al domicilio). Confrontando questi stessi dati tra ricoveri medici e chirurgici (Tabella 5.13), emerge come il tasso di mortalità sia più alto per i ri-

Tabella 5.13 **Confronto tra ricoveri medici e chirurgici per modalità di dimissione, over85 anno 2015**

Modalità di dimissione	Ricoveri Chirurgici	Ricoveri Medici
Deceduti	4,21%	12,36%
Dimissione senza presa in carico, al domicilio	75,71%	72,30%
Dimissione con una qualche forma di presa in carico	20,07%	12,36%

Fonte: elaborazione degli autori dall'Archivio Nazionale SDO.

coveri medici (che costituiscono oltre 80% dei ricoveri) e le dimissioni con forma di presa in carico siano più frequenti (pari al 20,07%) nel caso dei ricoveri chirurgici. Tuttavia, anche per i ricoveri chirurgici, la quota di dimissioni seguite da una presa in carico corrisponde ad una bassa percentuale.

5.3.3 I grandi anziani e il ricorso a ricoveri ripetuti, dati 2015

Per i grandi anziani over85, si conferma il fenomeno dei ricoveri multipli ovvero del ricorso al ricovero in modo ripetuto nel corso di un anno (365 giorni). Come già riportato, questo fenomeno si è verificato nel 2015 per il 67% dei ricoveri corrispondenti ad un totale di 556.800 ricoveri. Di questi, la percentuale più alta (il 45%) è costituita da coppie di ricoveri, mentre le ripetizioni di 3 o di oltre 3 ricoveri in un anno sono rispettivamente il 27% e il 29%. Nel caso di ricoveri multipli la durata di questi tende ad aumentare, allungando il numero medio di giornate per ogni ricovero fino a circa 12 giornate. Sono per la maggior parte ricoveri in regime per acuti e in medicina (Tabella 5.14).

Un ulteriore elemento di differenziazione tra ricoveri singoli e multipli riguarda le modalità di dimissione. Una prima osservazione riguarda il numero di ricoveri conclusi con il decesso del paziente, più alto (come ci si poteva aspettare) nel caso dei ricoveri singoli, e progressivamente più basso per i ricoveri inseriti in sequenze di ricoveri multipli (Tabella 5.14). Aumentano anche le percentuali riferite al numero di ricoveri conclusi con una presa in carico: le modalità più rilevanti però sono quelle riferite a trasferimenti in altre strutture, lasciando ipotizzare che i ricoveri multipli tra il 17 e il 22% dei casi siano ricoveri concatenati l'uno con l'altro (si veda più sotto anche Tabella 5.18). Resta comunque valido che, anche in questo caso, il 73% dei ricoveri si concluda senza alcun tipo di continuità assistenziale. Nei tre quarti dei casi possiamo quindi immaginare che si verifichi un ricovero, questo si concluda con una dimissione al domicilio e a seguire se ne verifichi un secondo e poi un terzo. Nel paragrafo successivo (5.3.4) si approfondisce questo tema.

Gli uomini sembrano ricorrere più frequentemente a ricoveri multipli rispetto alle donne. Se infatti guardando al totale dei ricoveri per over85, gli uomini rappresentano il 38% del totale dei ricoveri, osserviamo come questa percentuale tenda a salire nelle casistiche con 2, 3 o più di 3 ricoveri fino ad arrivare al 43% per quest'ultimo. Questo è un dato interessante, dato che gli uomini hanno una probabilità più alta di avere il coniuge in posizione di caregiver, facendo supporre quindi un effetto push verso l'ospedalizzazione da parte del caregiver nel momento di stress assistenziale.

La tendenza a ricorrere in modo ripetuto ai ricoveri sembra non essere limitata alla prospettiva di un anno. Se osserviamo eventuali ricoveri negli anni

Tabella 5.14 **Caratteristiche dei ricoveri multipli ripetuti, over85 anno 2015**

Caratteristiche	Ricovero singolo	2 Ricoveri multipli	3 Ricoveri multipli	Più di 3 ricoveri multipli
Numero totale di ricoveri	273.870	249.108	148.053	159.639
% della tipologia sul totale	33%	30%	18%	19%
Durata media del ricovero in giornate	9,38	11,74	11,77	11,85
% di ricoveri conclusi con decessi	15%	10%	8%	6%
% di ricoveri conclusi con dimissioni senza presa in carico di alcun tipo	75%	73%	72%	72%
% di ricoveri conclusi con dimissioni con presa in carico	10%	17%	19%	22%
% di ricoveri riferiti a uomini	35%	37%	40%	43%
% di ricoveri riferiti a donne	65%	63%	60%	57%
% di ricoveri acuti	97%	87%	87%	85%
% di ricoveri in riabilitazione	1%	6%	6%	7%
% di ricoveri in lungodegenza	2%	6%	7%	8%
% di ricoveri in medicina	77%	79%	82%	85%

Fonte: elaborazione degli autori dall'Archivio Nazionale SDO.

2014, 2013 e 2012 degli stessi anziani over85 che hanno eseguito ricoveri nel 2015, scopriamo che il 30% di questi aveva già avuto un ricovero anche nel 2014, il 23% ne avevano avuto almeno uno nel 2013 e il 21% uno anche nel 2012. Queste percentuali derivano principalmente dai dati riferiti agli anziani che nel 2015 hanno eseguito solamente un ricovero. Coloro che già nel 2015 effettuano ricoveri multipli, hanno effettuato un minor numero di ricoveri negli anni precedenti, probabilmente concentrando le loro necessità di ricorso all'ospedale in un periodo di acutizzazione.

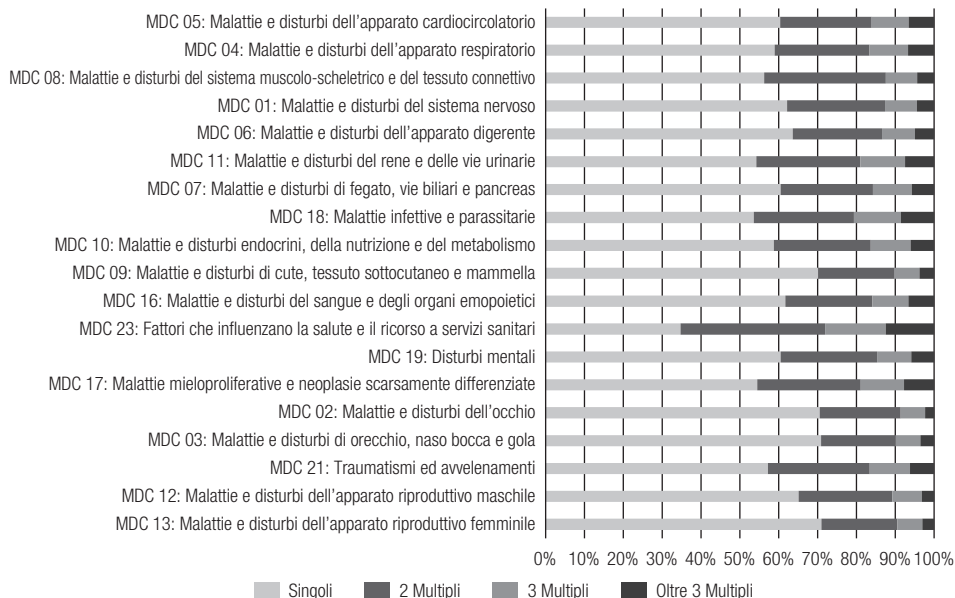
Tabella 5.15 **Ricorso a ricoveri multipli ripetuti, nella prospettiva di un triennio, dal 2015 al 2012, over85**

Anziani over85 che nel 2015 hanno svolto:	Che avevano già svolto ricoveri nel 2014	Che avevano già svolto ricoveri nel 2013	Che avevano già svolto ricoveri nel 2012
Ricovero singolo	17%	14%	13%
2 Ricoveri	7%	6%	5%
3 Ricoveri	3%	2%	2%
Oltre 3 Ricoveri	2%	2%	1%
Tutti i ricoveri	30%	23%	21%

Fonte: elaborazione degli autori dall'Archivio Nazionale SDO.

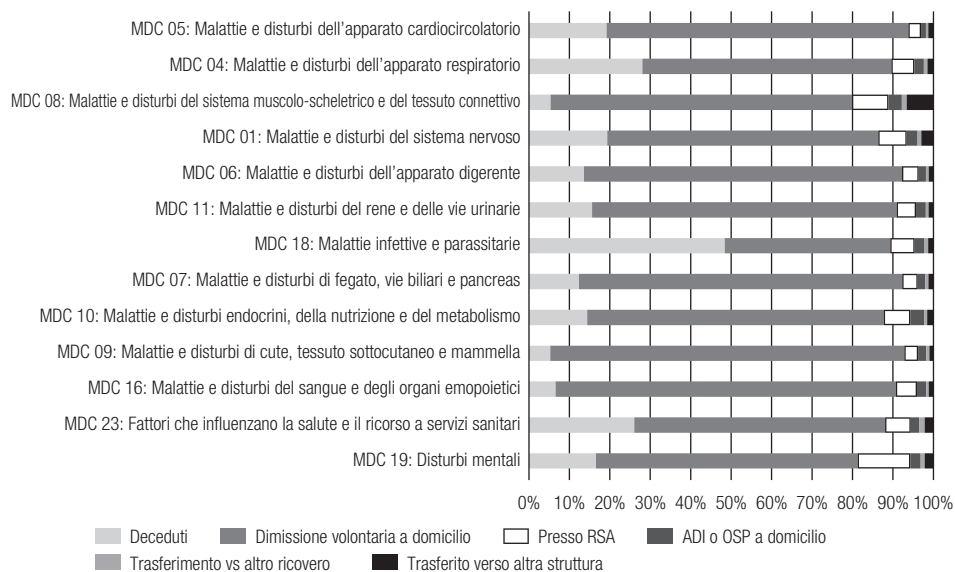
Guardando alle MDC è possibile verificare se alcune specifiche patologie siano collegate al fenomeno dei ricoveri multipli ripetuti (Figura 5.1). Dai dati non sembrano esserci differenze tra le MDC: la distribuzione di ricoveri singoli e ripetuti seguono lo stesso trend per tutte le MDC, presentando alcune contenute differenze soprattutto con riferimento alla percentuale di ricoveri singoli.

Figura 5.1 **Distribuzione del numero di ricoveri per MDC, over85, 2015, tutte le MDC**



Fonte: elaborazione degli autori dall'Archivio Nazionale SDO.

Figura 5.2 **Distribuzione delle modalità di dimissione per MDC, over85 anno 2015, MDC più rilevanti in termini di ricoveri**



Fonte: elaborazione degli autori dall'Archivio Nazionale SDO.

È interessante osservare anche la distribuzione per MDC dei ricoveri classificati secondo le modalità di dimissione per indagare se specifiche patologie sono collegate a una specifica modalità di dimissione (Figura 5.2). Nonostante la modalità di dimissione prevalente per tutte le MDC sia quella al domicilio senza presa in carico e alcune differenze tra tassi di mortalità, sembrano emergere alcune differenziazioni: ricoveri per disturbi mentali e per malattie del sistema muscolo scheletrico hanno un tasso di dimissione verso RSA più alto. Malattie del sistema nervoso e del rene e vie urinarie hanno percentuali più alte di dimissioni con presa in carico al domicilio.

Osservando i ricoveri multipli, si registra una quota significativa di dimissioni caratterizzate dalla stessa MDC, sia su uno stesso anno che ampliando l'orizzonte temporale agli anni precedenti (Tabella 5.16). Prendendo a riferimento il 2015, i ricoveri sono caratterizzati dalle stesse MDC nel 38% dei casi per le coppie di ricoveri, nel 49% dei casi per le triplete di ricoveri, nel 56% dei casi nelle sequenze oltre i 3 ricoveri). Considerando i pazienti con almeno un ricovero nel 2015 e almeno un ricovero negli anni precedenti, si conferma una certa ripetitività delle MDC. Ad esempio, il 27% di coloro che hanno effettuato 3 o più ricoveri nel 2015 e almeno un ricovero nel 2014 riportano la stessa MDC (Tabella 5.16).

Tabella 5.16 **Percentuale di ricoveri che presentavano le stesse MDC riscontrate nel 2015 anche negli anni precedenti.**

	% di pazienti con ricoveri con MDC ripetute 2015	% di pazienti con ricoveri con le stesse MDC ripetute anche nel 2014	% di pazienti con ricoveri con le stesse MDC ripetute anche nel 2013	% di pazienti con ricoveri con le stesse MDC ripetute anche nel 2012
Tutti i ricoveri 2015	28%	10%	7%	6%
Ricovero singolo nel 2015	–	3%	8%	7%
2 Ricoveri nel 2015	38%	5%	7%	6%
3 Ricoveri nel 2015	49%	15%	7%	6%
Oltre 3 Ricoveri nel 2015	56%	27%	8%	6%

Fonte: elaborazione degli autori dall'Archivio Nazionale SDO.

5.3.4 Il percorso di ricovero dei grandi anziani

Oltre a descrivere cosa accade e quali siano le caratteristiche dei ricoveri degli anziani over85 soffermandoci sui ricoveri multipli, è possibile ricostruire quale sia stato il percorso tra i ricoveri ripetuti al fine di comprendere cosa accade tra un ricovero e il successivo.

I dati riguardano sempre gli over85 per l'anno 2015, ma partono dall'osservare il primo ricovero della serie, per comprendere cosa accada dopo (Tabella 5.17).

Tabella 5.17 **Percorsi di ricovero, sequenza di ricoveri e tipologia di ricovero, over85, 2015**

Cosa accade dopo il primo ricovero?	Distribuzione % del primo ricovero	Secondo ricovero della serie			Terzo ricovero della serie		
		Acuzie	Riabilitazione	Lungodegenza	Acuzie	Riabilitazione	Lungodegenza
Pazienti il cui primo ricovero è stato in Acuzie	96%	66%	17%	17%	96,8%	1,6%	1,5%
Pazienti il cui primo ricovero è stato in Riabilitazione	1%	63%	27%	10%	90,3%	7,3%	2,4%
Pazienti il cui primo ricovero è stato in Lungodegenza	2%	63%	6%	32%	87,1%	0,8%	12,1%

Fonte: elaborazione degli autori dall'Archivio Nazionale SDO.

Nel 96% dei casi il ciclo di ricoveri ripetuti inizia con un ricovero in acuzie. Nel 66 o 63% dei casi questo prosegue con un ricovero in acuzie e ulteriormente nel 90% dei casi (in media) prosegue con un terzo ricovero nello stesso regime.

Guardando alla modalità di dimissione dei singoli ricoveri della sequenza si osservano tre fenomeni (Tabella 5.18):

- ▶ il 72% dei pazienti anziani viene dimesso al proprio domicilio dopo il primo ricovero e anche per i ricoveri successivi (ovvero la sequenza di ricoveri per questi pazienti non è mai intervallata da una presa in carico strutturata già nota o programmata al momento della dimissione ospedaliera);
- ▶ dopo il primo ricovero, a prescindere da quale sia stata la sua modalità di dimissione, la modalità prevalente continua ad essere quella della dimissione al domicilio;

Tabella 5.18 **Percorsi di ricovero, sequenza di ricoveri e modalità di dimissione, over85, 2015. Cosa accade dopo un primo ricovero a seconda delle modalità di dimissione?**

Cosa accade dopo il primo ricovero?	Modalità di dimissione dei ricoveri successivi al primo					
	Deceduti	Dimissione volontaria a domicilio	Presso RSA	ADI o OSP a domicilio	Trasferimento vs altro ricovero	Trasferito verso altra struttura
Pazienti dimessi con dimissione volontaria a domicilio	14%	72%	4%	2%	2%	5%
Pazienti dimessi presso RSA	26%	39%	26%	2%	2%	5%
Pazienti dimessi con ADI o OSP a domicilio	24%	45%	6%	18%	2%	5%
Pazienti dimessi con trasferimento vs altro ricovero	15%	57%	11%	4%	7%	6%
Pazienti trasferiti verso altra struttura	15%	58%	7%	3%	3%	13%

Fonte: elaborazione degli autori dall'Archivio Nazionale SDO.

- ▶ oltre il 25% dei pazienti dimessi una prima volta verso RSA o con attivazione di ADI (quindi con attivazione della rete sociosanitaria) decede in ospedale successivamente durante un secondo o terzo ricovero nel corso dello stesso anno.

Osserviamo anche che tra un quarto e un terzo dei ricoveri (in media il 28,2% dei ricoveri) sono ripetuti nelle stesse MDC e che questo è valido ancora una volta a prescindere dalla tipologia di attività del ricovero (Tabella 5.19).

Tabella 5.19 **Ricoveri ripetuti nelle stesse MDC per regime di ricovero del primo della serie di ricoveri multipli ripetuti, over85, 2015**

Cosa accade dopo il primo ricovero?	Ricoveri ripetuti nella stessa MDC
Pazienti il cui primo ricovero è stato in Acuzie	28,4%
Pazienti il cui primo ricovero è stato in Riabilitazione	25,1%
Pazienti il cui primo ricovero è stato in Lungodegenza	21,7%

Fonte: elaborazione degli autori dall'Archivio Nazionale SDO.

5.4 **Alcune considerazioni sui ricoveri dei grandi anziani e sul tasso di copertura del bisogno della rete sociale e sociosanitaria**

I dati e le analisi presentate nel paragrafo 5.3 fanno emergere alcune caratteristiche peculiari rispetto al ricorso a ricoveri ospedalieri da parte di anziani over85 (ovvero quelli più anziani, con bisogni assistenziali complessi e conclamati e maggiore incidenza della condizione di non autosufficienza):

- ▶ I ricoveri degli anziani over85 sono oltre 700.000 e corrispondono all'11% dei ricoveri totali (mentre la popolazione incide per il 3,1% del totale).
- ▶ Il 25% dei cittadini anziani over85 esegue almeno un ricovero nel corso di un anno (il 2015 nel caso di questo capitolo). In Italia quindi un grande anziano ogni quattro accede all'ospedale. La degenza è, in media, di 11 giorni.
- ▶ Dei ricoveri riferiti a over85, il 67% è riferito a una serie di più di un ricovero (1,47 in media) portando il numero medio di giornate totali trascorse in ospedale durante l'anno a 16,2. Questo fenomeno è più diffuso tra gli uomini che non tra le donne.
- ▶ Oltre il 90% dei ricoveri sono effettuati in regime di acuzie e oltre l'80% in reparti di specialità mediche. Nel caso in cui i ricoveri siano ripetuti nell'anno, il 25% di questi viene ripetuto per le stesse MDC (con episodi provenienti anche dagli anni precedenti).
- ▶ Ogni anno il 10% degli anziani over85 ricoverati decede in ospedale. Il 72% viene dimesso al proprio domicilio senza alcun tipo di continuità assistenziale prevista. Tra gli anziani che hanno effettuato ricoveri chirurgici (per i quali

si presuppone un decorso più complesso) la percentuale di quelli che accedono direttamente a percorsi di continuità assistenziale sale a circa il 20%, dato comunque basso.

- ▶ Guardando ai ricoveri ripetuti e alla loro sequenza osserviamo che circa due terzi (tra il 72% e il 73%) è rappresentato da ricoveri che si susseguono dopo continue dimissioni al domicilio. Soltanto il 20% circa si ripete con dei modelli di presa in carico attivati nel primo ricovero della serie.
- ▶ I ricoveri multipli non sembrano essere specifici per MDC, piuttosto un fenomeno diffuso e trasversale alle diverse patologie.
- ▶ Nel caso di primi ricoveri conclusi con una dimissione verso RSA o al domicilio con ADI (quindi con attivazione della rete sociosanitaria), in caso di re-ricovero il tasso di mortalità è significativamente più alto della media ed è pari a circa il 25%.

Questi dati confermano che i grandi anziani (over85) sono grandi “consumatori” di ricoveri ospedalieri con alcune caratteristiche peculiari. Accedono ripetutamente all’ospedale, per periodi medio-lunghi, con ricoveri in medicina e in acuzie, originati molto probabilmente da una stessa patologia o condizione sanitaria. Tra un ricovero e l’altro vengono dimessi al domicilio fino a che l’assistenza organizzata dalla propria rete familiare non entra nuovamente in crisi per il presentarsi di una urgenza o un bisogno sanitario, e li porta a ricorrere nuovamente ad un ricovero. I dati sembrano mostrare che quegli anziani per i quali si attiva una rete sociosanitaria (RSA o ADI) presentano i profili di maggiore gravità o complessità: nel loro caso, infatti, oltre il 25% decede in ospedale dopo un secondo o terzo ricovero. Il meccanismo di messa in sicurezza delle famiglie, che attivano la rete ospedaliera per tamponare l’emergenza, sembra quindi tenere anche per la popolazione over85. Successivamente alle cure erogate in ospedale, il sistema si mostra però scarsamente in grado di attivare risposte in continuità, se non per quei profili che probabilmente sono più gravi di altri e che dopo un periodo di presa in carico nei servizi sociosanitari, tornano in ospedale per l’ultimo periodo della loro vita.

Questa rappresentazione, letta unitamente a quanto illustrato nel Paragrafo 5.2, sembra mostrare una interconnessione molto forte tra rete ospedaliera e sociosanitaria, dove entrambe cercano di colmare l’una i vuoti dell’altra. Il tasso di copertura dei servizi sociosanitari e sociali per anziani è molto basso e oscilla tra il 30 e il 18%. In parallelo due grandi fenomeni emergono: quello del ricorso alle badanti¹⁰ e del ricorso al ricovero ospedaliero. Il mondo sanitario contribuisce quindi a soddisfare un bisogno assistenziale delle famiglie che

¹⁰ Solo accennato in questo capitolo, per un approfondimento si veda Perobelli e Notarnicola, 2018

continuano a ritrovarvi un luogo sempre accessibile e di risposte mirate a condizioni cliniche ed emergenze specifiche. La rete sociosanitaria sembra intervenire nel periodo più critico e sui casi più conclamati e con un accorciamento del periodo medio di presa in carico (dato che emerge anche dal vissuto degli operatori e dalle testimonianze delle famiglie). Al momento i principali registi di questi meccanismi di compensazione continuano a essere le famiglie, che si caricano di mantenere un equilibrio tra le diverse risposte e di trovare soluzioni appropriate. Questi fenomeni sembrano essere stabili e conclamati nel tempo (lo mostrano le analisi svolte in questo capitolo sul periodo 2015-2012 e quanto già presentato nei Rapporti OASI 2016 e 2017) e rischiano di assumere una dimensione ancora più rilevante nel medio periodo, alla luce dell'invecchiamento della popolazione e dei cambiamenti epidemiologici in corso. Interrogarsi circa quali politiche pubbliche possano supportare una gestione e presa in carico del tema non autosufficienza si presenta quindi come una necessità ormai urgente. Due tematiche possono rappresentare un punto di partenza per i policy makers desiderosi di muoversi in questa direzione. Da un lato si pone la tematica tutta istituzionale di come governare il settore Long Term Care, oggi orfano di un soggetto regista che si pone come guida nel settore. Dall'altro si pone il tema di come supportare le famiglie e gli anziani nei percorsi di presa in carico, mettendoli nelle condizioni di essere guidati e accompagnati nell'accesso ai servizi.

Bibliografia

- Fosti G., Furnari A., Longo F., Notarnicola E., Pirazzoli A. (2016), «Il sistema sociosanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi», in Cergas Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, Milano, Egea.
- Fosti G., Longo F., Notarnicola E., Pirazzoli A., Rotolo A. (2017), «Risposta al bisogno sociosanitario e sociale: rete dei servizi e relazione con l'assistenza ospedaliera per gli anziani non autosufficienti», *Rapporto Oasi 2017* (a cura di), Cergas Bocconi, Milano, Egea.
- INPS (2015), *Rendiconti generali*, Roma, Istituto Nazionale di Previdenza Sociale.
- ISTAT (2018), «L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di primo grado statali e non statali, Anno Scolastico: 2016-2017», disponibile online: <https://www.istat.it/it/files/2018/03/alunni-condisabilit%C3%A0-as2016-2017.pdf>
- ISTAT (2017), «Spesa per interventi e servizi sociali – Anno 2014», disponibile online <http://dati.istat.it/Index.aspx>
- ISTAT (2014), «Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione», disponibile online <http://www.istat.it/it/archivio/144093>

- ISTAT (2015), «Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi – Anno 2013», disponibile online http://www.istat.it/it/files/2015/07/Inclusione-sociale-persone-con-limitazioni-funzionali_def_240715.pdf?title=Limitazioni+funzioni%2C+invalidit%C3%A0%2C+cronicit%C3%A0+gravi++21%2Fflug%2F2015++Testo+integrale.pdf
- Ministero della Salute (2016), «Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN – Anno 2013», disponibile online http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2536
- Ministero della Salute (2017), «Monitoraggio dei LEA attraverso la cd Griglia LEA», disponibile online: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2650_allegato.pdf.
- OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità (2001), «Resolution WHA 54.21, International Classification on Functioning Disability and Health (22 May 2001)». Disponibile online <http://www.who.int/classifications/icf/wha-en.pdf>
- OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità (2002), «Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health». World Health Organization, Ginevra. Disponibile online <http://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf?ua=1>
- Perobelli E., Notarnicola E. (2018), «Il settore sociosanitario: bisogno, servizi, utenti e risorse tra pubblico e privato», in: Fosti G., Notarnicola E. (a cura di), 2018, *L'innovazione e il cambiamento nel settore LTC*. 1° Rapporto 2018 Osservatorio sulla Long Term Care. Egea.
- Ragioneria Generale dello Stato (2017), «Le tendenze di medio lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario». Disponibile online: http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2017/NARP2017-08.pdf