

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2016

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 il 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 2016:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività e spesa) 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 i recenti riordini di molti SSR, la mappatura della rete ospedaliera alla luce dei nuovi standard, il governo dell'assistenza farmaceutica, l'implementazione del programma nazionale HTA per dispositivi medici;
- a livello aziendale, discute la trasformazione delle unità operative, confrontando le esperienze dei team multidisciplinari e delle équipes itineranti; si focalizza su percorsi di selezione del *top management* e sviluppo imprenditoriale nella sanità pubblica; descrive i differenti approcci alle cure intermedie a livello internazionale e nazionale e ne analizza i modelli organizzativi, i target di utenti e le formule di servizio; analizza i risultati preliminari della sperimentazione dei CReG; approfondisce le sfide della gestione centralizzata degli acquisti e l'impatto della crisi della finanza pubblica sui sistemi di programmazione e controllo nelle aziende del SSN.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di 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.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



Science For A Better Life

ISBN 978-88-238-5142-9



9 788823 851429

€ 65,00

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2016

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale
Luigi Bocconi

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 dell'Università Bocconi





a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla
Gestione dell'Assistenza
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

 Egea



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

Impaginazione: Compos 90, Milano

Copyright © 2016 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 2016

ISBN 978-88-238-5142-9

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®

6 Il sistema sociosanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi

di Giovanni Fosti, Alessandro Furnari, Francesco Longo,
Elisabetta Notarnicola, Agnese Pirazzoli¹

6.1 Introduzione

Il capitolo propone un approfondimento sull'assistenza sociale e sociosanitaria con l'intento di fornire un quadro aggiornato delle attività e del livello di presa in carico dei cittadini rispetto a cinque target di bisogno sociale. Attraverso una ricostruzione dettagliata dei servizi e setting assistenziali esistenti, dotazione della rete di offerta e assistenza erogata, il capitolo si pone a completamento di quanto già illustrato in altre parti del Rapporto sui temi della filiera e dei diversi setting assistenziali, per ampliare la lettura di quanto accade nel sistema pubblico anche al di fuori dei confini della sanità. Si tratta di un primo tentativo di fornire un quadro completo di un settore, quello del welfare, dai confini non chiaramente definiti e caratterizzato da una forte frammentazione delle fonti informative; in quanto tale, l'analisi presenta certamente margini di miglioramento.

Il capitolo si divide in due parti. La prima ha l'obiettivo di fornire una rappresentazione complessiva del sistema sociosanitario e sociale con riferimento a cinque target di intervento: anziani non autosufficienti, disabilità, interventi per i minori in condizioni di disagio, salute mentale e dipendenze. Attraverso una sistematizzazione di cosa si intenda a livello nazionale per questi interventi e tramite la raccolta di una importante mole di dati riguardanti dotazione di offerta di servizi, erogazione di interventi, stima del fabbisogno, cittadini presi in carico e dimensione finanziaria del settore, si fornisce una fotografia aggiornata e completa che può essere utilizzata da addetti ai lavori e *policy makers* per la programmazione delle politiche in questo settore. La seconda parte del capitolo presenta, invece, un approfondimento riguardante il target degli anziani non autosufficienti. Partendo dai dati raccolti nella prima parte, si presentano alcune analisi che mettono in relazione le caratteristiche dei sistemi

¹ Nonostante il capitolo sia frutto del lavoro congiunto degli autori, i §§ 6.1, 6.2.8 e 6.3 sono comunque da attribuirsi ad Elisabetta Notarnicola; il §§ 6.2 ad Agnese Pirazzoli e Alessandro Furnari; i §§ 6.2.9 e 6.4 a Giovanni Fosti; il §§ 6.3.6 a Francesco Longo. Gli autori desiderano ringraziare tutti coloro che hanno collaborato alla raccolta dei dati e in particolare Angela Magazù e Raffaele Migliorini. Si ringrazia inoltre il comitato scientifico Farmafactoring per il supporto.

sociosanitari regionali con il ricorso dei cittadini alla rete delle cure intermedie e ospedaliera oltre che alla cura informale, tramite badanti o indennità di accompagnamento.

Il capitolo è strutturato come segue: nel paragrafo 6.2 viene presentata la fotografia del sistema sociosanitario e sociale, nel paragrafo 6.3 l'approfondimento sulla filiera della presa in carico della non autosufficienza e nel paragrafo 6.4 si presentano alcune riflessioni sui dati e raccomandazioni di policy.

6.2 Il sistema sociosanitario e sociale italiano: anziani, disabili, minori, salute mentale e dipendenze

6.2.1 L'analisi dei cinque target di intervento: metodo di lavoro

Obiettivo della prima parte del presente capitolo è giungere a una stima della copertura del bisogno assistenziale rispetto a cinque specifici target di utenza ricostruendo, ove possibile, la mappa dei servizi e degli interventi sanitari, sociosanitari e sociali loro indirizzati.

Tale analisi è stata sviluppata secondo cinque fasi di lavoro:

1. Definizione dei diversi target di bisogno, e della loro estensione, tramite l'analisi della letteratura nazionale scientifica e «grigia»;
2. Ricostruzione dei servizi e degli interventi a disposizione di ciascun target. Essi sono stati suddivisi nelle categorie sanitario, sociosanitario e sociale in base alla fonte di finanziamento: se il finanziamento è proveniente da SSR o SSN sono stati classificati come sanitari, se erogato da comuni o da altri enti territoriali come sociali, se proveniente in modo integrato dal sistema sanitario e da comuni o enti territoriali come sociosanitari. I servizi e gli interventi individuati sono stati poi ulteriormente suddivisi in residenziali, semiresidenziali, domiciliari (categoria che ricomprende i Servizi di Assistenza Domiciliare – SAD – e di Assistenza Domiciliare Integrata – ADI), di supporto alla persona per la permanenza al domicilio e contributi economici;
3. 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 I.Stat, la banca dati delle statistiche correntemente prodotte dall'Istituto nazionale di statistica (<http://dati.istat.it/>)
 - 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, 2014, ISTAT, Anno scolastico di riferimento 2013-2014.

- e. Relazione Annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, Dipartimento Politiche Antidroga, anno di riferimento 2014.
4. Stima della capacità 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, 2015, Ministero della Salute, anno di riferimento 2012.
 - b. I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, 2015, ISTAT, anno di riferimento 2013.
 - c. Rapporto SDO 2014, Ministero della Salute, anno di riferimento 2014.
 - d. Spesa Sociale dei Comuni, 2015, ISTAT, anno di riferimento 2012.
 - e. Relazione Annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, Dipartimento Politiche Antidroga, 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.

Alle analisi sulla dotazione di offerta e copertura del bisogno si aggiunge un breve approfondimento riguardante la composizione della spesa pubblica per interventi sociosanitari e sociali. Si ritiene importante, infatti, posizionare il settore nel panorama complessivo del welfare anche con riferimento al suo peso finanziario e non solo in termini di cittadini serviti, per fornire una idea (anche se approssimata) della sua rilevanza complessiva.

6.2.2 La definizione dei target di bisogno

La letteratura scientifica riconosce come uno dei primi passaggi da compiersi in fase di disegno di un nuovo studio la definizione dei problemi e dei termini che verranno affrontati all'interno dell'analisi stessa (Creswell, 2014; Bryman, 2016). Anche il calcolo della copertura del fabbisogno sociale, sociosanitario e sanitario richiede, in prima istanza, una chiara definizione dei target in analisi, così da delineare un perimetro di lavoro in cui efficacemente confrontare la stima del bisogno con la rete di offerta esistente. Date tali premesse, viene di seguito riportata una breve descrizione di ciascuno dei cinque target oggetto di studio nel presente capitolo, brevemente sintetizzate nella Tabella 6.1.

Anziani non autosufficienti

Convenzionalmente definite anziane le persone con un'età superiore o uguale a 65 anni (Orimo, 2006), il termine non autosufficienza risulta di difficile definizione. Appare infatti necessaria l'effettuazione di una scelta di tipo discrezionale, che sta-

bilisca un «grado» di dipendenza oltre il quale la persona non venga più considerata in grado di provvedere a se stessa. All'interno di questo capitolo, la condizione di non autosufficienza viene assimilata a quella vissuta dalle persone che presentano limitazioni funzionali, secondo la definizione di disabilità proposta con la classificazione *International classification of functioning, disability and health* (ICF). L'ICF è infatti il quadro interpretativo di riferimento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la misurazione dei livelli di salute e disabilità (e quindi anche di non autosufficienza), sia degli individui che della popolazione nel suo complesso, ratificato nel maggio del 2001 dai 191 Paesi partecipanti alla 54ma Assemblea Mondiale della Sanità (OMS, 2001). Tale misurazione non concepisce, come invece avveniva in passato, la disabilità solamente come riduzione delle capacità funzionali determinata da una malattia o menomazione, ma come la risultante di un'interazione tra le condizioni di salute dell'individuo e fattori contestuali (personali e ambientali) che rappresentano le circostanze in cui quest'ultimo vive (OMS, 2002). Tale classificazione ha determinato quindi un cambio di paradigma, introducendo nella valutazione della disabilità anche i fattori ambientali che la influenzano. Questa definizione di disabilità è stata accolta anche dal Ministero della Salute, che afferma che «*disabilità e non autosufficienza sono le definizioni più comuni per indicare la condizione delle persone che presentano gravi difficoltà a interagire con il proprio ambiente a causa della perdita permanente, totale o parziale, delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive o relazionali necessarie a svolgere le azioni essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto di altri*» (Ministero della Salute, 2013), e da ISTAT. In particolare, come emerge dalla nota metodologica allegata al rapporto «*Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione*» (ISTAT, 2014b), ISTAT intende come persone con limitazioni funzionali coloro che hanno difficoltà rispetto ad alcune specifiche dimensioni: costrizione a letto, su sedia o in abitazione (confinamento); 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). Mentre nel rapporto citato le limitazioni funzionali non ricevono ulteriori specificazioni, in altri rapporti (come ad esempio ISTAT, 2015c) esse vengono classificate come «*gravi*»; gli anziani che presentano tali limitazioni saranno quindi oggetto del presente studio.

Disabilità

Rientrano in questa categoria gli adulti (18-64 anni d'età) e i minori (0-17 anni d'età) che presentano limitazioni funzionali, secondo quanto precedentemente affermato per gli anziani non autosufficienti.

Disagio minori

Vengono considerati minori in condizioni di disagio tutti i minori (da 0 al compimento del diciottesimo anno d'età) i cui diritti, sanciti dalla Convenzione inter-

nazionale sui diritti dell'infanzia (UN General Assembly, 1989), non vengono rispettati. Tale definizione è certamente molto ampia e pone problemi di quantificazione del target, ma risulta la più appropriata anche in relazione alla vasta gamma di servizi indirizzati ai minori e alle loro famiglie offerti dalle pubbliche amministrazioni italiane.

Tabella 6.1 **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	<ul style="list-style-type: none"> • OMS (2002) <i>Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health</i> • ISTAT (2014b), <i>Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione</i>
DISABILITÀ	Persone di età compresa fra 0 e 64 anni che presentano limitazioni funzionali	<ul style="list-style-type: none"> • OMS (2002) <i>Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health</i> • ISTAT (2014b), <i>Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione</i>
DISAGIO MINORI	Minori (0-17 anni) i cui diritti sanciti dalla Commissione internazionale dei diritti dell'infanzia non vengono rispettati	<ul style="list-style-type: none"> • UN General Assembly (1989) <i>Convention on the Rights of the Child</i>
SALUTE MENTALE	Persone di età compresa tra i 18 e i 64 anni che presentano disturbi legati a disagio psichico e/o a patologie psichiatriche	<ul style="list-style-type: none"> • OMS (2014) <i>Mental Health: a state of wellbeing</i> • Ministero della Salute (2014) <i>Definizione di Salute Mentale secondo l'OMS</i>
DIPENDENZE	Persone che presentano sindrome da dipendenza (dipendenza patologica)	<ul style="list-style-type: none"> • OMS (2016) <i>Dependance Syndrome</i>

Salute mentale

In linea con quanto definito dall'OMS e condiviso dal Ministero della Salute², tale target si riferisce ai bisogni che, ricadendo sotto l'espressione Salute Mentale, scaturiscono da una sua alterazione. In particolare, tale alterazione genera lo sviluppo di bisogni che alimentano una domanda di cura, assistenza, riabilitazione, integrazione e tutela relative a patologie psichiatriche e disagi psichici. Gli interventi a supporto di tali esigenze abbracciano un ampio portafoglio di attività che ricomprendono, in ottica integrativa, servizi tipicamente ospedalieri, offerta territoriale e assistenza di natura sociale, coinvolgendo la sfera pubblica e, anche se in maniera più contenuta, erogatori privati convenzionati (ad esempio case di cura, comunità protette, gruppi appartamento o laboratori).

Dipendenze

Tale target sottende, più precisamente, la sindrome da dipendenze (o dipendenza patologica). Anche in questo caso, in linea con quanto definito dall'OMS³, si

²http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=171&area=salute%20mentale&menu=vuoto

³ http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/

sottolinea la rilevanza del disturbo, il suo importante riflesso sul piano sociosanitario e l'impatto sull'ordine pubblico. In questo quadro, la domanda è perlopiù legata ad attività di prevenzione, cura, riabilitazione, reinserimento psicosociale e, in generale, assistenza a individui adulti con problemi associati all'abuso di sostanze illegali (droghe) e legali (alcol e tabacco) e/o caratterizzati da comportamenti fortemente a rischio come, per esempio, quelli legati al gioco d'azzardo. In particolare, il presente capitolo si occuperà di analizzare il tema delle dipendenze da droghe e alcol.

6.2.3 Stima del bisogno potenziale per i diversi target

Dopo aver presentato le definizioni individuate per ciascun target in analisi, vengono di seguito esposte le modalità di calcolo utilizzate per stimare il numero complessivo di persone potenzialmente appartenenti a ciascuna categoria (Tabella 6.2). I valori relativi alla popolazione di riferimento sono aggiornati

Tabella 6.2 **Stima del bisogno potenziale**

Target	Descrizione target	Fonte	Modalità di calcolo	Pop. di riferimento (1.1.2013)	Stima
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	Anziani (≥ 65 anni) con limitazioni funzionali	ISTAT (2014b), Anno di riferimento: 2013	19,8% della popolazione di riferimento + anziani residenti permanentemente in istituzioni	≥ 65 anni	2.713.406
DISABILITÀ	Alunni con disabilità nella scuola primaria e secondaria di primo grado	ISTAT (2014a), Anno di riferimento: A.S. 2013/2014	Stima fornita da ISTAT	6-14 anni	150.000
	Persone 15-64 anni con limitazioni funzionali gravi	ISTAT (2015c): Anno di riferimento: 2013	Stima fornita da ISTAT	15-64 anni	549.000
DISAGIO MINORI	Minori i cui diritti sono a rischio	Non esiste una fonte di riferimento	–	–	Non è possibile raggiungere una stima
SALUTE MENTALE	Prevalenza annuale negli adulti	Alonso et. al. (2004) Anno di riferimento: 2001-2003	% distinta per fasce d'età ⁽¹⁾	18-64 anni	2.653.162
DIPENDENZE	Droga: adulti 15-64 anni	Rel. al Parl. (2014) Anno di riferimento: 2012	1,19% della popolazione di riferimento	15-64 anni	464.266
	Alcol: adulti 18-64 anni	ISTAT (2015d) Anno di riferimento: 2014	6,4% della popolazione di riferimento	18-64 anni	2.386.417

(1) 18-24 anni: 7,6%; 25-34: 6,5%; 35-49: 6,4%; 50-64: 8,0% (Alonso et. al., 2004)

all'1.1.2013 mentre le percentuali applicate afferiscono a vari anni; per ognuna di esse è stato utilizzato l'anno più vicino al 2013.

Di seguito si riportano alcune considerazioni sulla stima della popolazione potenzialmente appartenente ai target di riferimento:

- ▶ Il numero degli anziani non autosufficienti potrebbe essere lievemente sotto-stimato, in quanto tale rilevazione non include nella popolazione osservata le persone residenti permanentemente in istituzioni, riferendosi esclusivamente alle persone che vivono in famiglia; in aggiunta, tale indagine consente solo in modo parziale di cogliere le limitazioni funzionali connesse a patologie psichiatriche e a disagio mentale;
- ▶ La stima dei minori e degli adulti con disabilità è ricavata a partire dalla somma degli alunni con disabilità nella scuola primaria e secondaria di primo grado e delle persone di età compresa fra 15 e 64 anni con limitazioni funzionali. Si è scelta questa modalità di calcolo così da intercettare, almeno in parte, una porzione delle persone con patologie psichiatriche o disagio mentale che altre rilevazioni⁴ escludono;
- ▶ Rispetto ai minori in condizione di disagio le fonti primarie disponibili non affrontano la materia in modo organico, presentando rapporti frammentati su tematiche come il consumo di alcool e droga, la prostituzione minorile, gli abusi su minori, i minori non accompagnati, etc. Ad esempio, il Dipartimento Politiche Antidroga (2015) osserva un incremento della prevalenza di studenti poliassuntori di sostanze (di cui almeno una illegale, nei 30 giorni precedenti all'intervista), che nel 2013 rappresentavano il 15,9% (16,4% nel 2014) degli studenti fra 15 e 19 anni. ISTAT (2015e) riporta invece che nel 2014 le nascite da madri minorenni sono state 1.981. Ancora, nel 2014, poco più del 9% degli 11-17enni ha subito atti di prepotenza con cadenza settimanale (ISTAT, 2015f), mentre il numero di minori stranieri non accompagnati presenti in Italia al 31.12.2015 è stato stimato poco al di sotto delle 12.000 unità dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2015). Per tale motivazione, non essendo possibile ricostruire la stima complessiva del target di riferimento unendo i valori individuati senza però tralasciarne altri, si è deciso di utilizzare come parametro di riferimento il numero di minori presenti in Italia all'1.1.2013, contestualizzando così i valori individuati senza però calcolare il tasso di copertura dei servizi;
- ▶ Analizzando dettagliatamente la famiglia dei problemi legati ai disagi psichici e utilizzando la stima proposta da Alonso et al. (2004), si osserva una significativa prevalenza annuale (che oscilla tra il 6,4% della fascia d'età 35-49 e l'8% della fascia 50-64) e, dunque, una frequenza diffusa dei disturbi mentali (2.653.162 individui stimati) nella popolazione adulta italiana (residenti con età compresa tra i 18 e i 64 anni);

⁴ Ad esempio ISTAT «Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi» o «Condizioni di salute, rischio e prevenzione»

- Il tema delle dipendenze riguarda, per definizione, un'ampia gamma di possibili sostanze il cui abuso porta all'assuefazione e la cui privazione conduce a malessere psichico e/o fisico. Dunque, dall'obiettivo di validare una stima del bisogno potenziale per tale target discende la necessità di operare alcuni distinguo, offrendo un quadro esaustivo dell'«epidemiologia» in essere. In particolare, consideratane la rilevanza, si è prestata particolare attenzione al tema della dipendenza da droghe e da alcool nella popolazione adulta (18-64 anni) arrivando ad una domanda potenziale stimata complessivamente pari a 2.850.683 individui adulti.

6.2.4 La dotazione della rete di offerta: tipologie di servizi e distribuzione degli interventi

Le diverse tipologie di servizi considerate, la cui capacità produttiva verrà trattata nelle pagine successive, vengono esposte in Tabella 6.3. I servizi vengono suddivisi in base ai target cui sono rivolti e per tipologia (sanitario, sociosanitario e sociale).

Si considerano qui, e nei successivi paragrafi, solo servizi reali, detti anche *in kind*. Non vengono quindi considerati i trasferimenti monetari, in quanto obiettivo della prima parte del presente capitolo è di determinare una stima il più possibile vicina alla reale copertura del bisogno assistenziale dei target in analisi. Tale calcolo richiede che le duplicazioni nel conteggio degli utenti (per esempio un anziano che ricorra sia al SAD sia a contributi economici di integrazione al reddito o assistenziali) vengano minimizzate. Per lo stesso motivo, oltre ad escludere dal conteggio i beneficiari di contributi economici, non vengono incluse nella stima le misure denominate di sostegno alla domiciliarità (come ad esempio assistenza sociale professionale, interventi per l'integrazione sociale, educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo), mantenendo nell'analisi esclusivamente l'assistenza domiciliare socio-assistenziale e integrata; tali interventi vengono trattati separatamente al termine del presente paragrafo.

Infine, per i target anziani non autosufficienti, disabilità e disagio minori non vengono riportati servizi di tipo sanitario, nonostante il sistema sanitario italiano sia naturalmente parte del sistema di offerta rivolto a soddisfare i bisogni di salute da essi manifestati, in forza del carattere universalistico che lo contraddistingue. Tale scelta è stata effettuata in quanto non è possibile individuare il numero totale dei posti letto dedicati ai target in analisi, poichè nel complesso delle unità di offerta del SSN solo alcune sono specificatamente indirizzate ai loro bisogni di cura. Esemplificando tale affermazione, è possibile notare che i posti letto in geriatria, una unità di offerta esplicitamente dedicata agli utenti anziani, rappresentano solo una piccola parte dei posti letto utilizzati da questo target, che sono distribuiti nei diversi reparti delle aziende sanitarie. Al contrario, nel caso di salute mentale e dipendenze è possibile individuare delle unità di offerta specifiche che rientrano pertanto nell'analisi.

Tabella 6.3 **Tipologie di servizi considerati**

TIPOLOGIE DI SERVIZI CONSIDERATI			
	SANITARIO	SOCIOSAN	SOCIALE
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	//	Strutture residenziali	Strutture comunitarie e altro (es. centri estivi) e misure per l'alloggio
		Centri diurni	Centri di aggregazione e altro semiresidenziale
		Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	Assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD)
DISABILITA'	//	Strutture residenziali	Strutture comunitarie e altro (es. centri estivi)
		Centri diurni, anche estivi	Ludoteche, laboratori e altre attività in strutture a ciclo diurno o semi-residenziale
		Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	Assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD)
DISAGIO MINORI	//	Strutture residenziali	Strutture comunitarie
			Centri diurni, centri per la famiglia, altri servizi diurni
			Assistenza domiciliare socio-assistenziale
SALUTE MENTALE	Dipartimento di Salute Mentale – Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)	Centro di Salute Mentale (CSM)	Centri a ciclo diurno
	Dipartimento di Salute Mentale – Day Hospital psichiatrico	Centri diurni (CD) / semiresidenziale	
	Specialistica ambulatoriale psichiatria	Strutture residenziali (SR)	
DIPENDENZE	Dipartimento dipendenze patologiche (ASL)	Assistenza domiciliare	Strutture comunitarie o a ciclo diurno
	Ser.T./Ser.D.	Strutture residenziali	Assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD)
	Centri/servizi di alcologia	Centri diurni (CD) / semiresidenziale	

Dalla lettura della Tabella 6.3 emerge un forte parallelismo fra i servizi indirizzati al target anziani non autosufficienti e al target disabilità. In entrambi i casi si identificano infatti, in ambito sociosanitario, servizi di tipo residenziale (come le residenze protette e le residenze sanitarie assistenziali o riabilitative per anziani e disabili – RSA, RSD), semiresidenziale e domiciliare (ADI). In ambito sociale, si ritrovano invece servizi di tipo residenziale che riproducono o agevolano le condizioni di vita tipiche di un contesto familiare (comunità alloggio, comunità

di tipo familiare, gruppi appartamento, intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi, accoglienza anziani o disabili presso famiglie); servizi semiresidenziali per la promozione e il coordinamento di attività ludico-ricreative, sociali, educative, culturali, sportive e per la socializzazione; il servizio di assistenza domiciliare dei comuni. All'interno dei servizi considerati vengono incluse anche prestazioni rivolte ad anziani parzialmente autosufficienti, così da rendere l'analisi il più completa possibile.

Relativamente al target disagio minori, i servizi sociosanitari censiti vedono la presenza di strutture residenziali, caratterizzate dalla presenza di un livello di assistenza sanitaria «basso», «medio» o «alto»⁵ (ISTAT, 2015a). Più numerosi risultano invece essere i servizi che rientrano nell'area sociale; in aggiunta a quanto già affermato per i due target precedenti, si riscontra la presenza di strutture di tipo comunitario come le case famiglia, le comunità di tipo familiare, le comunità e i centri di pronta accoglienza.

Rispetto al bisogno derivante da disagi di natura psichica, esiste una struttura organizzativa dipartimentale dei servizi definita a livello ministeriale, che trova continuità nelle diverse articolazioni della corrispondente rete territoriale. In particolare, questo modello prevede una logica estensiva e integrativa sotto il profilo sanitario e sociosanitario. Infatti, il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), il grande contenitore al cui interno operano le strutture e vengono svolte le attività nell'ambito del territorio definito dall'ASL, è, da disegno ministeriale⁶, caratterizzato da quattro tipologie di servizi:

- ▶ Ospedalieri: (i) Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), ubicato all'interno di strutture ospedaliere, è dotato al massimo di 16 posti letto ed eroga trattamenti psichiatrici in condizioni di ricovero; (ii) Day Hospital (DH) psichiatrico, area di assistenza per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine;
- ▶ Centro di Salute Mentale (CSM), primo riferimento per i cittadini con disagio psichico, che coordina interventi di prevenzione, cura, riabilitazione de-

⁵ La fonte di riferimento (ISTAT, 2015a) non specifica quanti posti siano dedicati a ciascuna tipologia di disagio minori da essa considerata (Disabilità e disturbi mentali, Tossicodipendenti/alcolisti e altro disagio, Nessuna problematica specifica, Non indicato) in relazione ai diversi livelli di assistenza sanitaria erogati. La suddivisione per tipologie di disagio è infatti presente solo in relazione agli utenti in carico. È possibile quindi che nel conteggio dei posti residenziali dedicati al target disagio minori siano considerati dei posti dedicati alla disabilità minori, che invece andrebbero considerati in corrispondenza del target disabilità.

Il livello «basso» di assistenza sanitaria fornisce prestazioni sanitarie di base. Il livello «medio» prevede trattamenti estensivi a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria (ad es. cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie, nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde, etc.). Il livello «alto» di assistenza sanitaria comprende trattamenti intensivi, essenziali per il supporto delle funzioni vitali (ISTAT, 2015a).

⁶ http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=168&area=salute%20mentale&menu=rete

gli individui che presentano patologie psichiatriche nell'ambito del territorio di riferimento;

- ▶ Strutture Residenziali (SR), strutture extra-ospedaliere che erogano prestazioni di tipo terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo ai cittadini con disagio psichiatrico inviati dal CSM;
- ▶ Centro Diurno (CD), struttura semiresidenziale inserita nel contesto territoriale che svolge attività di tipo terapeutico-riabilitativo e direttamente gestito dal DSM o dal privato sociale.

In aggiunta, sotto il profilo dell'offerta di natura sociale, si segnala l'importante ruolo ricoperto dai centri diurni comunali, che svolgono attività di sostegno, socializzazione e recupero per soggetti con disagio mentale.

Infine, anche l'offerta di servizi rivolti agli individui con dipendenze di natura patologica abbraccia le tre categorie di servizi considerati. Anche in questo caso, si segnala la presenza di un grande contenitore che fornisce continuità e integrazione lungo la filiera, il Dipartimento delle dipendenze patologiche dell'ASL. Esso si occupa di erogare assistenza agli utenti e alle loro famiglie per problemi di abuso di sostanze illegali (droghe) e legali (alcol), mediante interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento psico-sociale, sia presso le proprie strutture sanitarie che sul territorio. Da un punto di vista meramente sanitario, si segnalano le attività svolte (i) dai Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) e le Tossicodipendenze (Ser.T.)⁷, servizi pubblici del Servizio Sanitario Nazionale, cui sono demandate le attività di prevenzione primaria, cura, prevenzione delle patologie correlate e riabilitazione; (ii) dai Centri e Servizi di Alcolologia, in genere collocati nell'ambito di un Ser.T. o Ser.D., che erogano servizi ambulatoriali gestiti da équipe multi-professionali e che si occupano di accoglienza, diagnosi e trattamento dei soggetti che presentano problemi di dipendenza alcolica; (iii) dai Centri Antifumo e i Centri per la Cura della dipendenza da gioco d'azzardo⁸, i quali accompagnano i dipendenti da tabacco e gli individui affetti da ludopatia che abbiano manifestato l'intenzione a liberarsi dalla dipendenza. A livello socio-sanitario, si segnala un'importante offerta legata alla presenza di strutture residenziali, semiresidenziali e all'assistenza domiciliare. Sotto il profilo sociale, invece, di estremo rilievo risulta l'offerta a livello comunale rappresentata, da un lato, dalle strutture comunitarie e da quelle a ciclo diurno e, dall'altro, dall'assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale.

⁷ Si segnala che non sempre Ser.T e Ser.D afferiscono (o prevedono) un Dipartimento delle dipendenze. In alcune regioni e aziende sono inclusi all'interno del DSM.

⁸ Si specifica che l'inserimento in tale elenco dei servizi relativi a ludopatia e dipendenza da tabacco è dovuto all'obiettivo di offrire un quadro completo dell'organizzazione dell'offerta a livello nazionale. Tuttavia, come già segnalato, l'analisi che segue si concentrerà sulle dipendenze patologiche legate esclusivamente a droghe e alcool.

L'assetto dell'offerta di servizi dedicati ai cinque target analizzati assume quindi configurazioni differenti, in cui la presenza di interventi sanitari, sociosanitari e sociali, ma anche residenziali, semiresidenziali e domiciliari, ha un peso, un significato e una funzione molto diversi. La capacità produttiva del sistema di offerta, intesa come la disponibilità di posti nei servizi residenziali e semiresidenziali (oltre alle ore di assistenza domiciliare erogate) verrà esposta nel successivo paragrafo 6.2.5, mentre il numero di utenti in carico al sistema verrà affrontato nel paragrafo 6.2.6.

6.2.5 La capacità produttiva del sistema di offerta

La capacità produttiva del sistema di offerta: classificazione complessiva

La Tabella 6.4 riporta il quadro a livello nazionale della capacità produttiva complessiva della rete di offerta rivolta ai cinque target in analisi. 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 6.5.

La Tabella 6.4 evidenzia chiaramente il primato della dotazione della rete di offerta dedicata agli anziani non autosufficienti, i cui posti rappresentano circa il 68,8% della disponibilità dei servizi rivolti a tutti i target analizzati (369.739 posti in totale). La capacità produttiva del sistema di offerta appare inoltre maggiormente orientata alla fornitura di servizi di tipo sociosanitario rispetto a servizi di tipo sociale; i primi rappresentano infatti l'89,2% 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 254.321 unità, che per il

Tabella 6.4 **Quadro della capacità produttiva del sistema di offerta per target d'utenza**

Target	CAPACITÀ PRODUTTIVA COMPLESSIVA DEL SISTEMA		
	SAN	SOCIOSAN	SOCIALE
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	//	233.317	21.004
DISABILITÀ	//	52.867	2.402
DISAGIO MINORI	//	6.498	12.262
SALUTE MENTALE	5.755	25.834	2.968
DIPENDENZE	n.d.	6.189	643

Fonti: (a) Ministero della Salute (2015) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; (b) ISTAT (2015) *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*; (c) Ministero della Salute (2015) *Rapporto SDO 2014*; (d) ISTAT (2015) *Spesa Sociale dei Comuni*; (e) Dipartimento Politiche Antidroga (2015) *Relazione Annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*

91,7% si trovano all'interno di strutture che offrono, in unione a servizi di tipo sociale, anche un'assistenza di tipo sanitario. Tale quota aumenta ulteriormente se si considerano i servizi rivolti a disabili: se infatti il numero di posti complessivi a disposizione è inferiore, pari a 55.269, il 95,7% di essi è inserito in strutture di afferenza sociosanitaria. Si distingue invece dagli altri il caso dei minori in condizioni di disagio che, in relazione alla composizione del target descritto nel precedente paragrafo 6.2.1, presentano minori necessità di ricevere cure di tipo sanitario; i posti letto totali (18.760) si distribuiscono infatti per il 34,6% in servizi residenziali e semiresidenziali di tipo sociosanitario e per il restante 65,4% in servizi residenziali e semiresidenziali di tipo sociale. Per quanto riguarda, invece, la dotazione infrastrutturale per individui affetti da patologie psichiatriche o disagio psichico, si contano complessivamente 34.557 posti letto, di cui 5.755 (16,7%) in strutture ospedaliere, 25.834 (74,7%) in strutture residenziali e semiresidenziali di natura socio-sanitaria e 2.968 (8,6%) di natura sociale. Rispetto al bisogno derivante da dipendenza patologica, si contano complessivamente 6.832 posti letto, di cui 6.189 (90,6%) relativi a servizi socio-sanitari e 643 (9,4%) a servizi di natura sociale.

La capacità produttiva del sistema di offerta: classificazione per tipo di servizio

La Tabella 6.5 illustra la capacità complessiva del sistema di offerta, approfondendo le informazioni precedentemente riportate e integrandole con i dati a disposizione sui servizi di tipo domiciliare. Date le diverse modalità di lettura che essa offre, si segnala che di seguito se ne privilegerà una che evidenzia l'assetto dei servizi per ogni target.

Relativamente al target anziani non autosufficienti, è possibile verificare che solo una minima parte dei servizi è di tipo semiresidenziale (il 5,6% sul totale dato dalla somma di semiresidenziale e residenziale) e che, fra i servizi di tipo residenziale, il 91,2% è rappresentato da strutture che prevedono una componente sanitaria nell'attività di assistenza⁹, perlopiù RSA, in cui quindi solitamente non vengono ricreate condizioni di vita familiare.

Diversa è invece la capacità produttiva dedicata al target disabilità, in cui i servizi semiresidenziali rappresentano il 41,9% dei posti disponibili complessivi semiresidenziali e residenziali; questi ultimi si dividono per il 92,5% in posti letto a integrazione sanitaria e per il restante 7,5% in posti letto di natura sociale.

A differenza dei target già citati, nel caso del disagio minori non sono presenti fonti informative che riportino dati relativi al numero di posti disponibili all'interno di servizi semiresidenziali; se tuttavia è conosciuta una vasta presenza

⁹Il 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 (ISTAT, 2015a). Tale suddivisione è stata adottata anche per i target successivamente trattati.

Tabella 6.5 **Capacità produttiva complessiva del sistema per target d'utenza e tipo di servizio erogato**

Target	Tipo di servizio	CAPACITÀ PRODUTTIVA COMPLESSIVA DEL SISTEMA		
		SAN	SOCIOSAN	SOCIALE
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	Residenziale	//	218.965 ⁽¹⁾	21.004
	Semiresidenziale	//	14.352	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	n.d.	11.126.598*	n.d.
DISABILITÀ	Residenziale	//	29.717 ⁽¹⁾	2.402
	Semiresidenziale	//	23.150	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	n.d.	1.017.8523 ^{(2)*}	n.d.
DISAGIO MINORI	Residenziale	//	6.498 ⁽¹⁾	12.262
	Semiresidenziale	//	//	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	n.d.	//	n.d.
SALUTE MENTALE	Ospedaliero	5.755	//	//
	Residenziale	//	12.573 ⁽¹⁾	2.968
	Semiresidenziale	//	13.261	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	n.d.	//	n.d.
DIPENDENZE	Ospedaliero	n.d.	//	//
	Residenziale	//	6.189 ⁽¹⁾	643
	Semiresidenziale	//	n.d.	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	n.d.	//	n.d.

*ore erogate

(1) Livello di assistenza sanitaria «basso», «medio» e «alto», come già anticipato nella nota n° 5; il livello denominato «assente» viene conteggiato come sociale (ISTAT, 2015a)

(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.

Fonti: (a) Ministero della Salute (2015) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; (b) ISTAT (2015) *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*; (c) Ministero della Salute (2015) *Rapporto SDO 2014*; (d) ISTAT (2015) *Spesa Sociale dei Comuni*; (e) Dipartimento Politiche Antidroga (2015) *Relazione Annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*

di servizi di questo tipo in ambito sociale, viste le caratteristiche e i bisogni propri del target in oggetto è immaginabile che i servizi diurni sociosanitari siano estremamente limitati. Sono invece accessibili i dati riguardanti i posti letto in strutture residenziali; essi sono in totale 18.760 e si distribuiscono per il 34,6% in strutture di tipo sociosanitario e per il 65,4% in strutture di tipo sociale.

Rispetto al target «Salute mentale», oltre ai 5.755 posti letto presenti a livello ospedaliero, si registrano 15.541 posti letto in strutture residenziali, di cui 12.573(80,9%) dedicati a servizi di natura socio-sanitaria, mentre 2.968(19,1%) hanno una funzione di protezione prettamente sociale. A questi si aggiungono, inoltre, 13.261 in strutture semiresidenziali che erogano servizi di natura socio-sanitaria.

Di maggior complessità, invece, appare la definizione di un quadro esaustivo per quanto concerne le dipendenze patologiche. Dalla Tabella 6.4, infatti, emerge come una chiara e puntuale definizione della capacità produttiva del sistema sia realizzabile solo rispetto alle strutture residenziali, che contano complessivamente 6.832 posti letto, di cui 6.189 (90,6%) dedicati a servizi di natura sociosanitaria e 643 (9,4%) a servizi di tipo sociale. Si segnala che, sul piano infrastrutturale, si contano 432 strutture ospedaliere con Dipartimenti per le dipendenze patologiche, 581 Ser.D. e 620 sedi ambulatoriali erogatrici di prestazioni.

6.2.6 Gli utenti in carico ai servizi

Gli utenti in carico ai servizi: classificazione complessiva

La Tabella 6.6 riporta gli utenti in carico ai servizi secondo una suddivisione per target; nella successiva Tabella 6.7 tali valori vengono approfonditi tramite un'ulteriore suddivisione per tipologia di servizio.

Anche in questo caso, per i motivi già esposti in relazione alla Tabella 6.3, per i target anziani non autosufficienti, disabilità e disagio minori non sono riportati valori nella colonna dedicata ai servizi sanitari.

Come mostrato in Tabella 6.6, il numero di utenti anziani non autosufficienti in carico ai servizi risulta essere superiore, in termini assoluti, rispetto a quelli degli altri target; gli anziani in carico risultano infatti rappresentare il 48,0% del totale degli utenti che fanno complessivamente riferimento ai cinque target considerati (2.756.831 persone). Ciò è coerente con la numerosità del target secondo quanto già esposto nel paragrafo 6.2.3. I servizi per anziani, inoltre, appaiono essere maggiormente focalizzati sull'area sociosanitaria rispetto all'area sociale (questi ultimi

Tabella 6.6 **Utenti in carico alla rete di offerta per target d'utenza**

Target	UTENTI IN CARICO		
	SAN	SOCIOSAN	SOCIALE
NON AUTOSUFFICIENZA anziani		759.707	564.158
DISABILITÀ		195.380	
DISAGIO MINORI		758.713	
SALUTE MENTALE	212.691	87.370	3.966
DIPENDENZE	141.528	19.645	13.673

(1) Il numero di utenti fa riferimento ai soli ricoveri per «disturbi mentali» registrati presso le strutture ospedaliere (Ministero della Salute, 2015).

(2) Il numero di utenti fa riferimento ai ricoveri ospedalieri per «abuso di alcool e droghe» (Ministero della Salute, 2015) e agli utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. (Relazione Annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia).

Fonti: (a) Ministero della Salute (2015) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; (b) ISTAT (2015) *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*; (c) Ministero della Salute (2015) *Rapporto SDO 2014*; (d) ISTAT (2015) *Spesa Sociale dei Comuni*; (e) Dipartimento Politiche Antidroga (2015) *Relazione Annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*

rappresentano infatti il 42,6% del totale dei servizi per anziani analizzati). Gli utenti in carico ai servizi per la disabilità (adulti e minori) risultano essere 195.380, mentre quelli in carico ai servizi per disagio minori 758.713; come si può notare non è possibile distinguere gli utenti in base alla tipologia di servizio cui fanno riferimento (sanitario, sociosanitario o sociale): ciò accade in quanto le fonti informative da cui tali dati sono stati tratti (ISTAT, 2015) non presentano un sufficiente livello di approfondimento. Complessivamente, la prevalenza annuale di utenti presi in carico dai servizi territoriali del Dipartimento di Salute Mentale (ossia per i quali è stato definito un piano terapeutico) registra una forte variabilità interregionale, variando tra l'11,9 per 1.000 abitanti del Lazio e il 18,2 per 1.000 abitanti della Campania (Laboratorio Management e Sanità, 2013; dati riferiti al 2010). Applicando tali valori alla popolazione nazionale, si stima pertanto un numero di utenti presi in carico dal sistema compreso tra le 590.000 e le 904.000 unità¹⁰. Invece, il numero di individui presi in carico dal sistema attraverso il setting del ricovero ospedaliero presso strutture sanitarie è pari a 212.691. Per quanto concerne gli individui con dipendenza patologica, invece, gli utenti raggiunti dal sistema attraverso ricoveri ospedalieri e Ser.D. (per le sole tossicodipendenze) è pari a 141.528.

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 6.7).

Approfondendo l'analisi a partire dal target anziani non autosufficienti, è possibile notare che il 57,4% degli utenti appartenenti a tale categoria sono in carico a servizi di tipo sociosanitario. Tale prevalenza è da imputarsi ai servizi di tipo residenziale, dove il 98,1% degli utenti risulta essere inserito in strutture che prevedono un'integrazione sanitaria (206.636 utenti), e ai servizi di tipo domiciliare, dove l'ADI coinvolge il 77,1% degli utenti (529.838; il SAD invece si attesta su 157.364 utenti ovvero il restante 22,9%). Gli utenti anziani in carico ai servizi di tipo semi-residenziale si distinguono invece dai precedenti in quanto solo il 5,5% di essi risulta frequentare centri diurni che prevedono un'assistenza di tipo sociosanitario, mentre il restante 94,5% frequenta centri sociali finalizzati alla socializzazione e allo svolgimento di attività ludico-ricreative, sociali, educative, culturali, sportive.

Relativamente al caso della disabilità, emerge invece un minor sbilanciamento a favore dei servizi di tipo sociosanitario. Mentre infatti gli utenti dei servizi semiresidenziali afferiscono per il 39,9% (23.205) a tale tipologia di attività, nel caso dei servizi domiciliari tale valore aumenta per giungere sino al 54,4% (46.266), comunque inferiore rispetto a quanto registrato per il target precedente. Come già affermato in relazione alla Tabella 6.6, non è stato possibile definire quanti utenti afferiscano a servizi residenziali sociosanitari e sociali.

¹⁰ Si specifica che in tal caso, la stima ha a oggetto l'intera popolazione over18, senza distinzione tra «adulti» e «anziani over65».

Tabella 6.7 **Utenti presi in carico dal sistema di offerta per target d'utenza e tipo di servizio**

Target	Tipo di servizio	UTENTI IN CARICO		
		SAN	SOCIOSAN	SOCIALE
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	Residenziale	//	206.636	4.084
	Semiresidenziale	//	23.233	402.710
	Domiciliare (ADI e SAD)		529.838	157.364
DISABILITÀ	Residenziale	//		52.194
	Semiresidenziale	//	23.205	34.882
	Domiciliare (ADI e SAD)		46.266 ⁽¹⁾	38.833
DISAGIO MINORI	Residenziale	//		14.928
	Semiresidenziale	//	n.d.	723.998
	Domiciliare (ADI e SAD)		//	19.787
SALUTE MENTALE	Ospedaliero	212.691	//	//
	Residenziale	//	n.d.	n.d.
	Semiresidenziale	//	n.d.	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	n.d.	//	n.d.
DIPENDENZE	Ospedaliero	141.528	//	//
	Residenziale	//	n.d.	n.d.
	Semiresidenziale	//	n.d.	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	n.d.	//	n.d.

(1) 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.

(2) Il numero di utenti fa riferimento ai soli ricoveri per «disturbi mentali» registrati presso le strutture ospedaliere (Ministero della Salute, 2015).

(3) Il numero di utenti fa riferimento ai ricoveri ospedalieri per «abuso di alcool e droghe» (Ministero della Salute, 2015) e agli utenti tossicodipendenti trattati nei Ser.D. (Relazione Annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia).

Fonti: (a) Ministero della Salute (2015) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; (b) ISTAT (2015) *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*; (c) Ministero della Salute (2015) *Rapporto SDO 2014*; (d) ISTAT (2015) *Spesa Sociale dei Comuni*; (e) Dipartimento Politiche Antidroga (2015) *Relazione Annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*

Ancora diversa risulta essere la situazione dei minori in condizioni di disagio. Per questo gruppo oggetto d'analisi non è stato possibile identificare né la suddivisione degli utenti in carico ai servizi residenziali, né il numero di utenti in carico ai servizi sociosanitari di tipo semiresidenziale; tali informazioni non sono infatti presenti nelle fonti primarie di riferimento. Interessante è notare l'elevato numero di minori in carico a servizi semiresidenziali di tipo sociale (723.998); tale risultato rispecchia i bisogni di assistenza propri di questo target ed è influenzato dalla presenza di attività di tipo promozionale e preventivo, come per esempio quelle che vengono svolte nei centri di aggregazione sociale giovanile e nelle ludoteche/laboratori per bambini.

Per quanto concerne il disagio mentale, sotto il profilo sanitario, nel corso del 2014, sono stati effettuati 212.691 ricoveri, considerando sia il regime ordinario

(169.790; 79,8%) che il Day Hospital (42.901; 20,2%). Più in particolare, 153.385 (72,1%) ricoveri sono stati erogati da soggetti pubblici, mentre 59.306 (27,9%) da erogatori privati.

Approfondendo il target «dipendenze», invece, emerge come, sotto il profilo sanitario, nel corso del 2014 siano stati presi in carico 141.528 utenti. In particolare, si registrano 17.624 (12,5%) ricoveri ospedalieri, di cui 16.618 (94,3%) in regime ordinario e 1.006 in *day hospital* (5,7%), mentre 123.904 (87,5%) sono stati gli individui intercettati dai Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) dislocati lungo il territorio di pertinenza delle singole ASL.

6.2.7 Stima della copertura del bisogno

Dopo aver presentato la stima del bisogno potenziale, la mappatura della dotazione della rete di offerta a livello nazionale e gli utenti in carico ai diversi servizi, nella Tabella 6.8 viene riportato il tasso di copertura del bisogno dei target considerati; esso è stato ottenuto come rapporto tra il numero di utenti in carico ai servizi considerati e la stima del bisogno potenziale. Dove possibile, il tasso di copertura è stato distinto fra servizi sociosanitari e servizi sociali; tale suddivisione è stata operata così da 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 6.8 Tassi di copertura del bisogno per target di riferimento

Target	Descrizione target	Pop. di riferimento	Stima bisogno potenziale	Utenti in carico ai servizi	Tasso di copertura servizi sociosanitari	Tasso di copertura servizi sociali
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	Anziani (≥ 65 anni) con limitazioni funzionali	12.639.829	2.713.406	1.323.865	28,0%	20,8%
DISABILITÀ	Alunni con disabilità + persone 15-64 anni con limitazioni funzionali	43.744.524	699.000	195.380	28,0%	
DISAGIO MINORI	Minori i cui diritti sono a rischio	10.022.928	Non è possibile raggiungere una stima	758.713	//	//
SALUTE MENTALE	Prevalenza annuale negli adulti	37.022.470	2.653.162	//	//	//
DIPENDENZE	Droga + Alcool negli adulti	37.022.470	2.850.683	//	//	//

Relativamente al target anziani non autosufficienti, il tasso di copertura si attesta al 28,0% del bisogno potenziale per i servizi sociosanitari, e al 20,8% per i servizi sociali. È possibile che anche all'interno di questi valori 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 eliminare tramite le informazioni disponibili. Due situazioni molto diverse si configurano relativamente al tasso di copertura del bisogno proprio delle persone con disabilità e dei minori in situazione di disagio: il primo è complessivamente pari al 28%, mentre il secondo non viene calcolato in quanto risultano di difficile identificazione sia la stima del bisogno potenziale sia la corretta stima degli utenti in carico al sistema a causa della frammentazione dei servizi e delle fonti informative. Rispetto a individui con disagio mentale e con dipendenza patologica, invece, non è stato possibile determinare il tasso di copertura del bisogno. È importante sottolineare, comunque, che se si considera la presa in carico sanitaria sotto il profilo dei ricoveri e dei Ser.D. si registra una copertura per i due target rispettivamente pari all'8,0% e al 5,0%. D'altro canto, approfondendo il solo target degli utenti con disagio psichico, se venisse utilizzata la stima del numero di utenti presi in carico dal DSM proposta nel paragrafo 6.2.6, il tasso di copertura farebbe registrare dei valori compresi tra il 22,3% e il 34,1%.

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

La Tabella 6.9 riporta il numero di utenti in carico e il valore economico (i) dei servizi di supporto alla persona finalizzati a favorirne la permanenza presso il domicilio e (ii) 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 servizi¹¹. In aggiunta a tali trasferimenti, è opportuno ricordare che fanno parte delle erogazioni a favore dei target anziani non autosufficienti e disabilità i contributi INPS per interventi non pensionistici e assistenziali, che nel 2012 raggiungevano un valore complessivo di € 41.116.000; fra essi un ruolo fondamentale viene giocato dalle Indennità di Accompagnamento (INPS, 2013). La Tabella 6.9 viene trattata separatamente rispetto alle precedenti in quanto il rischio di sovrapposizioni è molto elevato, elemento che porterebbe a una sovrastima delle per-

¹¹ Per approfondimenti è possibile consultare il Glossario ISTAT relativo all'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati (ISTAT, 2015b).

Tabella 6.9 **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)	1.362.867	310.254.509
	Contributo economico	222.549	351.990.348
DISABILITÀ	Supporto alla persona per la permanenza al domicilio (escluso SAD e ADI)	452.861	601.198.354
	Contributo economico	122.442	419.464.168
DISAGIO MINORI	Supporto alla persona per la permanenza al domicilio (escluso SAD e ADI)	1.367.969	402.615.758
	Contributo economico	435.868	560.450.149
SALUTE MENTALE	Supporto alla persona per la permanenza al domicilio (escluso SAD e ADI)	10.327	11.595.356
	Contributo economico	6.609	16.211.238
DIPENDENZE	Supporto alla persona per la permanenza al domicilio (escluso SAD e ADI)	103.415	16.571.410
	Contributo economico	9.570	11.769.217

Fonte: ISTAT (2015b) *Spesa Sociale dei Comuni*

sone in carico al sistema pubblico (possiamo infatti immaginare che un anziano non autosufficiente che si trovi a domicilio ricorra sia ad attività proprie di un servizio sociale professionale, sia alla consegna dei pasti a domicilio, oltre che a SAD o ADI).

Inoltre, è possibile specificare quali siano i servizi di supporto alla domiciliarietà più rilevanti per ciascun target:

- ▶ Relativamente al target anziani non autosufficienti, il 43,7% e il 23,5% degli utenti sembra polarizzarsi rispettivamente sui c.d. «Servizio sociale professionale» e «Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio»; al terzo posto si trovano i servizi di trasporto sociale che coinvolgono il 7,2% del target in analisi (98.128 anziani);
- ▶ Anche nel caso delle persone con disabilità, un numero molto elevato di utenti (46,5% del totale) fa ricorso alle prestazioni proprie del servizio sociale professionale; altri servizi particolarmente rilevanti appaiono essere il sostegno socio-educativo scolastico e il servizio di trasporto sociale (che rispettivamente coinvolgono il 12,4% e il 12,2% degli utenti);
- ▶ Il target minori in condizioni di disagio si concentra invece sul «Servizio sociale professionale» (45,0% degli utenti in carico) e su «Attività ricreative, sociali, culturali» (22,6%). Più in generale, è possibile osservare una particolare rilevanza dei servizi per l'integrazione sociale;

- ▶ I servizi di supporto alla persona per individui colpiti da disagio psichico coinvolgono un numero limitato di utenti (16.936) e si articolano in servizi educativo-assistenziali e inserimento lavorativo (10.327; 61,0%) e trasferimenti in denaro (6.609; 39,0%). Coerentemente con la diversa tipologia di supporto fornita, la spesa media per utente è rispettivamente pari a € 1.123 e € 2.453;
- ▶ Più diffusi, invece, i servizi di supporto per individui con sindrome da dipendenza che complessivamente coinvolgono 112.985 utenti. Di questi, 9.570 (8,5%) fruisce di trasferimenti in denaro per un importo medio di € 1.230; la maggior parte (103.415; 91,5%), invece, a fronte di una spesa media per utente pari a € 160, beneficia di attività di servizio sociale professionale (27.932), integrazione sociale (48.611), servizi educativo-assistenziali e di inserimento lavorativo (12.240), servizi di supporto alla domiciliarità (1.277), pronto intervento sociale (13.355).

6.2.9 La spesa pubblica e privata per il settore sociosanitario e sociale.

Dopo aver analizzato il valore economico associato agli interventi promossi per i cinque target in esame, si ritiene rilevante approfondirne le relative fonti. La spesa pubblica per interventi sociali e sociosanitari è data principalmente da quattro componenti, ovvero:

- ▶ La spesa sociale dei Comuni, ovvero la spesa dedicata a interventi di natura sociale o di supporto alla partecipazione dei cittadini per servizi di natura sociosanitaria. Queste risorse, deducibili dai bilanci comunali, sono state nel 2012 (dato Istat, ultima rilevazione disponibile) pari a circa 7 miliardi di euro.
- ▶ La spesa delle Aziende Sanitarie Locali per interventi sociosanitari rivolti ai target citati nei paragrafi precedenti. Questa spesa, che non include quella per interventi di natura prettamente sanitaria quali ricoveri ospedalieri ed erogazione di farmaci o dispositivi medici, include solamente la spesa sostenuta per interventi e servizi residenziali o domiciliari. La spesa per questa tipologia di interventi¹² è stata stimata nel 2014 pari a circa lo 0,9% del PIL del paese, ovvero pari a circa 14 miliardi di euro (MEF, 2014).
- ▶ La spesa derivante dallo stanziamento di fondi nazionali da parte del ministero delle politiche sociali e riferiti a interventi di tipo sociale e sociosanitario¹³.

¹² È inclusa in questo valore la spesa per «assistenza territoriale rivolta agli anziani e ai disabili (articolata in assistenza ambulatoriale e domiciliare, assistenza semi-residenziale ed assistenza residenziale), l'assistenza psichiatrica, l'assistenza rivolta agli alcolisti e ai tossicodipendenti e l'assistenza ospedaliera erogata in regime di lungodegenza» (MEF, 2014).

¹³ Ad esempio FNNA, Fondo Nazionale Non Autosufficienza; FNPS, Fondo Nazionale Politiche Sociali; Fondo Intesa Famiglia; Fondo Nazionale Infanzia e Adolescenza.

Questi fondi presentano una ampia variabilità di anno in anno, utilizzando i dati medi del periodo 2012-2014 il valore complessivo annuo può essere stimato intorno ai 750 milioni di euro (Camera dei Deputati, 2015).

A queste fonti sono da aggiungere altre tre categorie. La prima è di fondamentale rilevanza e riguarda la spesa INPS per interventi non pensionistici e assistenziali (su tutti le Indennità di Accompagnamento). Il complesso della spesa INPS per interventi di questo tipo è stato nel 2012 pari a circa 41 miliardi di euro (INPS, 2013). Considerare questa fonte è fondamentale per avere un quadro completo delle risorse allocate su questo capitolo del welfare, anche se completamente al di fuori da qualsiasi meccanismo di governo pubblico al livello locale di gestione dei servizi e degli interventi (Fosti, Larenza et al. 2012).

La seconda fonte, di dimensione presumibilmente piuttosto limitata, riguarda i fondi che le singole regioni stanziavano per le politiche sociali utilizzando risorse proprie e che non transitano tramite i sistemi sanitari regionali.

La terza riguarda invece la spesa che privatamente viene sostenuta dalle famiglie: questa in parte coincide con le risorse erogate tramite INPS, che vengono re-impiegate nel sistema per la fruizione di servizi; in parte invece deriva dall'utilizzo dei risparmi delle famiglie. Questa seconda componente è di difficile stima ma di indubbia rilevanza: basti solo pensare che se l'importo mensile di Indennità di Accompagnamento è di circa 512 euro nel 2016, il costo per la famiglia di una badante con presenza settimanale di 54 ore non convivente (come da Contratto Collettivo Nazionale) è di circa 1.495 euro, mentre quello di una badante convivente è di 1.350 euro (come da Contratto Collettivo Nazionale 2016)¹⁴.

6.2.10 Considerazioni sul livello di presa in carico dei 5 target analizzati

Gli interventi di welfare rivolti agli anziani non autosufficienti, alle persone con disabilità, ai minori in condizioni di disagio, alle persone con disagio mentale o alle persone affette da dipendenze non sono facilmente riconducibili a una prospettiva unitaria, perché fanno riferimento a problemi e bisogni differenti, che vengono 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. Tale eterogeneità deriva inoltre dal fatto che gli interventi sociali e sociosanitari non sono frutto di una progettazione unitaria di un unico regolatore (come nel caso del

¹⁴ Lo stesso tema è stato affrontato anche all'interno del Rapporto OCPS 2015 (Del Vecchio *et al.*, 2015).

Tabella 6.10 **Composizione della spesa pubblica per interventi sociosanitari e sociali**

	In migliaia
Spesa sociale dei Comuni, anno 2012	€ 6.982.392
Spesa delle ASL per interventi sociosanitari, anno 2014	€ 13.820.131
Fondi nazionali destinati a interventi sociali e sociosanitari, valori medi anni 2012-2014	€ 755.621
Spesa INPS per prestazioni sociali (Invalidità, indennità, ecc..) 2014	€ 41.116.000
Totale spesa pubblica	€ 62.674.144

SSN) ma, al contrario, sono esito emergente di un insieme di decisioni e politiche assunte da molteplici attori.

Nelle pagine precedenti, con i limiti sopra citati, si è cercato di offrire una lettura il più possibile unitaria degli interventi in ambito sociale e sociosanitario, assumendone come principali destinatari i cinque target individuati. Infine, dopo avere dato conto dei servizi e degli utenti, il testo ha proposto una ricognizione della spesa. La spesa pubblica complessiva per l'insieme dei target e dei servizi risulta pari a circa 62 miliardi di euro, di cui due terzi sono rappresentati da risorse trasferite alle famiglie da parte dell'INPS. A questa spesa si aggiunge una componente rilevante di spesa privata, le cui dimensioni non sono tuttavia note. La copertura del bisogno che emerge dall'analisi è estremamente parziale: per ognuno dei cinque target considerati la componente prevalente dei potenziali utenti non è in carico al sistema di offerta di servizi pubblici di tipo sociale o sociosanitario. In alcuni ambiti (dipendenze e salute mentale) una significativa presa in carico è di tipo sanitario; tuttavia, anche considerando questa componente di utenza, i tassi di copertura del fabbisogno rimangono estremamente limitati.

Complessivamente, a fronte di tassi di copertura parziali del bisogno, il vuoto di offerta apre a due opposte alternative: la definitiva assenza di presa in carico o la compensazione tramite una rilevante spesa privata. Prendendo ad esempio il target anziani non autosufficienti, una componente di tale spesa oggetto di una «ragionevole» e credibile stima, è quella relativa all'acquisizione di prestazioni da parte delle cosiddette «badanti».

Cosa davvero accada nel perimetro dell'offerta e nella relazione tra offerta e bisogni nei cinque ambiti considerati è di difficile comprensione: i differenti attori in campo conoscono i propri utenti, mentre la conoscenza complessiva dell'articolazione dell'offerta o della consistenza del fabbisogno non appartiene a nessuno di essi. Di conseguenza, i sistemi conoscitivi sono parziali e orientati prevalentemente dalle dinamiche organizzative o dai fabbisogni amministrativi correlati ai trasferimenti di risorse pubbliche. In questo contesto di as-

senza di dati certi, una ragionevole e diffusa convinzione assume che in assenza di una presa in carico in ambito sociale o sociosanitario vi sia una transizione degli utenti in altri ambiti di intervento di natura sanitaria. Potremmo aspettarci quindi che, in un quadro di offerta caratterizzato da una significativa frammentazione istituzionale, organizzativa, finanziaria e conoscitiva, gli utenti, in relazione ai propri fabbisogni, vengano presi in carico nei diversi setting assistenziali in misura più o meno appropriata in relazione alla più o meno coerente articolazione della filiera, migrando verso servizi caratterizzati da minore appropriatezza rispetto ai bisogni qualora servizi più appropriati non siano disponibili in misura sufficiente. In relazione a questa dinamica, una maggiore dotazione di servizi sociali e sociosanitari dovrebbe contenere il ricorso inappropriato a servizi sanitari.

Ai fini di verificare questa ipotesi, il paragrafo successivo sviluppa un approfondimento della filiera degli interventi per anziani over 75 in condizioni di non autosufficienza nelle regioni italiane.

6.3 La filiera della presa in carico per gli anziani non autosufficienti

6.3.1 Perché parlare di filiera della presa in carico?

Dopo aver presentato i dati generali riguardanti il settore sociosanitario e sociale con riferimento ad alcuni target di bisogno, si presenta in questa parte di capitolo un approfondimento riguardante la filiera della presa in carico degli anziani non autosufficienti. Parliamo in questa sede di filiera della presa in carico per evidenziare come la risposta ai bisogni delle famiglie che affrontano una situazione di non autosufficienza passi attraverso una molteplicità di servizi, luoghi e istituzioni funzionali all'evolversi del bisogno, complementari nelle loro caratteristiche, ma anche «supplementari» nei potenziali vuoti di offerta del sistema pubblico. Compongono questa filiera ideale diversi setting, a intensità assistenziale crescente. A partire dall'intensità assistenziale più alta si trovano:

- ▶ L'ospedale per acuti;
- ▶ L'ospedale con funzione di riabilitazione o lungodegenza post-acuta;
- ▶ La rete territoriale delle cure intermedie;
- ▶ La rete delle strutture residenziali e semiresidenziali sociosanitarie e sociali (su tutte, le Residenze Sanitarie Assistenziali o RSA);
- ▶ La casa d'origine con assistenza al domicilio tramite servizi comunali o Assistenza Domiciliare Integrata, o ancora assistenza informale prestata da assistenti familiari, più o meno formalizzate e più o meno specializzate (le cosiddette «badanti»).

L'insieme di questi setting assistenziali rappresenta idealmente una rete a disposizione delle famiglie e degli anziani, i cui nodi dovrebbero attivarsi in modo differenziato a seconda dell'evolversi dei bisogni e alternandosi nel tempo.

Le diverse Regioni definiscono nel loro insieme un panorama molto variegato ed eterogeneo in termini di geografia dell'offerta e copertura del bisogno, di cui la rete dei servizi sociosanitari rappresenta solo la punta dell'iceberg. Alla base di questo iceberg la letteratura (Gori e Rusmini, 2015) è concorde nell'individuare due fenomeni che insieme consentono nei fatti la tenuta del sistema italiano: da un lato l'auto-organizzazione delle famiglie e il ricorso a servizi di «badantato» o altri servizi più o meno formalizzati di assistenza al domicilio; dall'altro il ricorso a servizi sanitari (per acuti e cure intermedie) per tamponare situazioni di emergenza o di temporanea gravità assistenziale che rende impossibile l'autogestione delle famiglie e che porta a fenomeni di ricovero ripetuto e lungodegenze (talvolta improprie).

Per questi motivi si è tentato di ricostruire l'insieme dei servizi fruiti dagli anziani non autosufficienti con l'obiettivo di comprendere cosa accade nelle diverse Regioni italiane rispetto al mix complessivo dell'assistenza pubblica di cui fruiscono gli anziani non autosufficienti e come questa entri in relazione anche con la presenza di altre modalità assistenziali, quali quella del badantato e quella indiretta garantita da INPS tramite Indennità di Accompagnamento.

6.3.2 Metodo di lavoro e dati analizzati

Similmente a quanto già spiegato nei paragrafi precedenti rispetto alla prima parte del capitolo, si è proceduto in tre fasi:

1. Una prima fase di ricognizione dei dati necessari e delle fonti disponibili per la definizione della filiera della presa in carico;
2. Una seconda fase di reperimento ed elaborazione dei dati riferiti ai singoli setting assistenziali;
3. Una terza fase di analisi comparativa dei dati per i diversi setting assistenziali per le Regioni italiane.

Le analisi hanno riguardato sette dimensioni, che illustriamo di seguito definendo le stime utilizzate e le fonti dei dati:

1. Punto di partenza è la definizione della **popolazione target di riferimento**, ovvero della popolazione degli over 65 e over 75 non autosufficienti¹⁵ sulla base delle rilevazioni ISTAT. È stata considerata la popolazione al 01 Gennaio

¹⁵ La popolazione non autosufficiente è stata definita sulla base dei parametri già presentati nel paragrafo 6.2.3 più sopra.

- 2013 per coerenza rispetto agli altri dati utilizzati (tutti i dati sono riferiti al 2012 o 2013¹⁶).
2. Sono stati considerati poi i **ricoveri ordinari in medicina**, distinguendo per ricoveri per acuti, lungodegenza e riabilitazione degli over 75enni (utilizzando le SDO 2012 fornite dal Ministero della Salute). Sono stati considerati in questo caso i cittadini over 75 e i soli ricoveri ordinari e in medicina al fine di includere nell'analisi solo quei ricoveri che possono essere considerati legati alla condizione di non autosufficienza, eliminando quindi tutti i ricoveri chirurgici riconducibili a episodi acuti di tipo sanitario, e restringendo la popolazione considerata tramite il criterio dell'età per escludere le casistiche di ricovero più vicine a episodi sanitari non legati alla non autosufficienza.
 3. Sono stati considerati i volumi di attività della **riabilitazione extra – ospedaliera** (la cosiddetta «ex articolo 26»), sia di tipo residenziale che diurna (dati del Ministero della Salute, 2015).
 4. È stata considerata la **dotazione di offerta delle strutture residenziali per anziani (le citate RSA)**. In questo caso, in mancanza di dati sui volumi erogati, sono stati considerati i posti letto delle diverse Regioni (Ministero della Salute, 2015) considerando che il tasso di occupazione medio dei posti letto in questo tipo di strutture è molto vicino all'unità e il tasso di saturazione al 100% (Fosti, Longo et al., 2013).
 5. È stata considerata l'**assistenza domiciliare integrata (ADI)** erogata a cittadini over65 (Ministero della Salute, 2015) al fine di cogliere gli interventi al domicilio più coerenti con la condizione di non autosufficienza.
 6. Per includere la dimensione della cura informale è stata considerata una stima del numero delle **badanti** presenti nelle diverse Regioni italiane. La stima è stata elaborata riprendendo il metodo¹⁷ già utilizzato da Pasquinelli e Rusmini (2008) ed è riferita all'anno 2012.
 7. È stata considerata poi l'**Indennità di Accompagnamento** erogata da INPS, considerando il numero di beneficiari over65 per l'anno 2012.

I dati analizzati verranno presentati in tre modalità: come prima cosa le diverse dimensioni sono state confrontate tra loro adottando una prospettiva regionale, per arrivare a una fotografia della filiera della presa in carico nelle diverse Regioni e del mix erogato; si è poi ragionato in termini di copertura del bisogno

¹⁶ Anno più recente che permette di confrontare i dati per tutte le sette dimensioni citate con dettaglio regionale.

¹⁷ Il metodo di stima prevede di sommare il dato sui collaboratori domestici regolarmente presenti nelle diverse regioni italiane e ipotizzati come dedicati alla cura delle persone anziane, alla stima delle «badanti» irregolari presenti nelle diverse regioni. Il numero dei collaboratori domestici regolari dedicati alla cura degli anziani è dedotto dal totale dei collaboratori domestici e stimato pari al 50%. Sulla base del procedimento di calcolo di Pasquinelli e Rusmini, adattato per l'anno 2012, il numero dei lavoratori regolari è stato considerato pari al 40% dei caregiver familiari di ogni regione. In modo indiretto sono stati quindi calcolati il totale dei caregiver familiari e la componente irregolare.

tramite i servizi pubblici tradizionali e tramite cura informale; sono poi stati realizzati dei confronti per coppie di dimensioni per comprendere se esistono delle ricorrenze regionali o gruppi di regioni simili.

6.3.3 La filiera dell'offerta assistenziale: dall'ospedale all'indennità di accompagnamento.

Guardando alla composizione dell'offerta per i diversi setting assistenziali per le diverse Regioni italiane emergono alcune caratteristiche ricorrenti e alcune peculiarità (Figura 6.1). Immaginando di considerare pari a 100 la filiera complessiva di ogni Regione (le singole barre del grafico) emergono due fenomeni: (i) in tutte le Regioni le Indennità di Accompagnamento (IdA) corrispondono a circa il 30% dell'offerta complessiva, così come i ricoveri ordinari (nelle tre accezioni considerate) e (ii) nella rete sociosanitaria (rappresentata nella zona centrale delle barre) e di assistenza informale (data da INPS e da stima delle badanti) emergono le differenze più importanti.

Per un gruppo di Regioni (Calabria, Campania, Lazio, Marche, Sardegna, Toscana, Umbria) la quota dell'assistenza informale raggiunge circa il 60% della filiera complessiva: sono Regioni dove le IdA sono molto numerose e il numero delle badanti stimate è più alto che altrove (se rapportato alla popolazione). Un secondo gruppo di Regioni, all'opposto, raggiunge una quota superiore al 55% tramite offerta di servizi pubblici (sia appartenenti alla rete ospedaliera che socio-sanitaria): sono Regioni dove rispetto ai cittadini over75 sono presenti un maggior numero di servizi di diverso tipo, il numero delle badanti stimate è più basso, così come la diffusione dell'IdA (Provincia Autonoma di Bolzano, Provincia Autonoma di Trento, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Molise, Veneto). Le Regioni restanti presentano un'articolazione interna molto frammentata e variegata.

Guardando ai valori assoluti in termini di dotazione di offerta ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti, emergono in modo più chiaro le differenze regionali (Figura 6.2). Se il numero di IdA sembra essere sufficientemente omogeneo nelle diverse Regioni, grande variabilità appare se si considerano tutte le altre dimensioni. Alcune Regioni (Lombardia, Provincia Autonoma di Bolzano, Provincia Autonoma di Trento, Val d'Aosta, Liguria, Piemonte) presentano tassi di ricovero ordinario in medicina vicini o superiori al 100 ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti. La composizione della rete sociosanitaria è allo stesso modo molto variabile: in alcune Regioni è quasi irrilevante (Val d'Aosta, Lazio, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana); in altre vede una netta prevalenza delle strutture residenziali (posti letto in RSA) (Provincia Autonoma di Bolzano, Provincia Autonoma di Trento, Lombardia, Piemonte); in altre ancora una netta prevalenza dell'assistenza domiciliare (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Abruzzo, Basilicata). In tutte le regioni il grafico mostra barre superiori a 100: ciò accade perché gli anziani fruiscono contemporaneamente di più setting assistenziali.

Figura 6.1 **Presenza in carico della non autosufficienza nelle Regioni italiane: distribuzione dell'offerta di servizi, dati 2012**

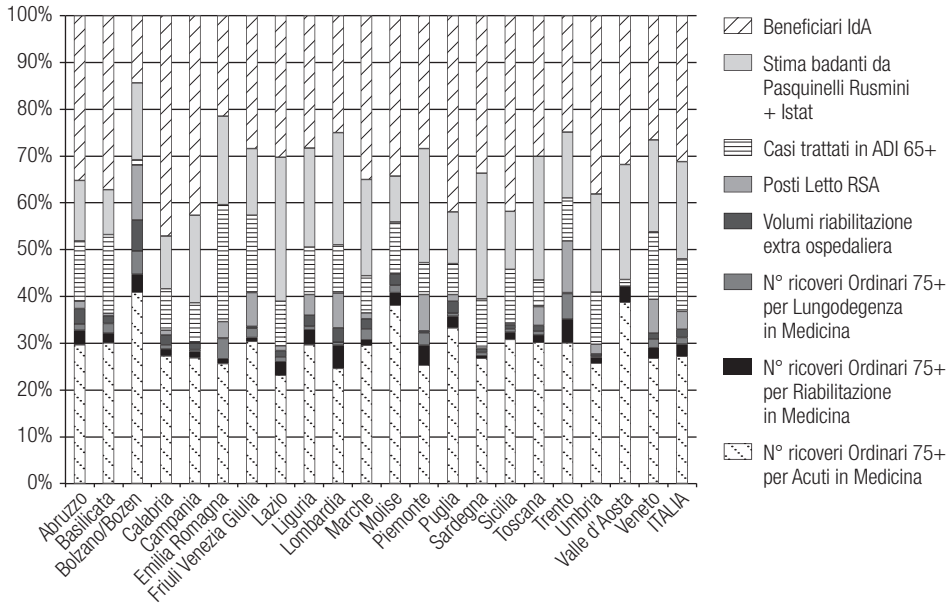
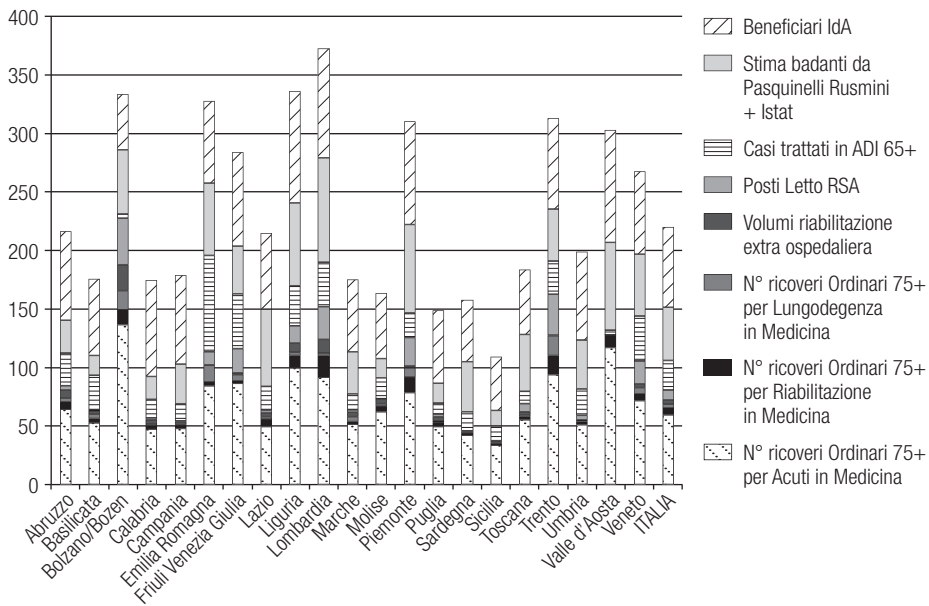


Figura 6.2 **Presenza in carico della non autosufficienza nelle Regioni italiane: dotazione dell'offerta ogni 100 abitanti over75 non autosufficienti, dati 2012**



6.3.4 La copertura del bisogno della filiera pubblica e privata o informale

Dopo aver osservato la composizione delle diverse filiere di presa in carico regionali, gli stessi dati sono stati utilizzati per stimare il tasso di copertura del bisogno riferito ai cittadini over75 non autosufficienti delle Regioni. In questo caso abbiamo considerato solo due delle tipologie di offerta osservate, ovvero la dotazione di strutture residenziali per anziani (le RSA) e la stima delle badanti presenti nei diversi territori. Queste due modalità assistenziali sono state isolate dalle altre perché rappresentano le due alternative di risposta assistenziale di lungo periodo più appropriate essendo le due, di fatto, più direttamente attinenti alla condizione di non autosufficienza. Sono stati esclusi dall'analisi gli interventi di ADI e SAD in virtù della loro bassa intensità assistenziale (in tutte le Regioni infatti il numero medio di ore garantite ai cittadini in carico è estremamente basso). Considerando la dotazione di RSA delle diverse Regioni possiamo stimare la copertura del bisogno tramite sistema pubblico; considerando la stima delle badanti arriviamo al tasso di copertura del bisogno tramite assistenza informale. Il vantaggio di considerare queste due tipologie in modo isolato deriva anche dal fatto che si tratta di due modalità assistenziali completamente alternative, non sovrapponibili, cosa che invece non è verificata per gli altri setting assistenziali. Questo ci ha permesso di sommare i due tassi di copertura (Tabella 6.11) per poter comprendere a livello regionale, quale livello di risposta complessiva al bisogno è possibile presupporre.

La Tabella 6.11 mostra l'emergere di quattro distinti gruppi di Regioni (distinte anche in base alla colorazione in tabella). Il primo gruppo vede un tasso di copertura del bisogno complessivo entro il 22%: sono Regioni dove sia la rete di RSA che la stima delle badanti è molto bassa. Questo ci segnala che in questi territori i non autosufficienti non inclusi in una qualche modalità di lungo assistenza sono almeno i tre quarti della popolazione di riferimento; essi probabilmente ricorrono in modo improprio e continuo ad altri setting assistenziali o alla autogestione da parte delle famiglie. Un secondo gruppo è rappresentato da Regioni che ancora una volta presentano un tasso di copertura tramite RSA molto basso ma che, differentemente dal primo gruppo, vedono una presenza di badanti più massiccia, elemento che nel complesso fa salire il tasso di copertura complessivo portandolo a valori tra il 30 e il 45%. In ogni caso la copertura del bisogno rimane comunque molto alta. Un terzo gruppo di Regioni è caratterizzato da un tasso di copertura complessivo più alto (tra il 55% e il 75%) raggiunto o tramite una maggiore presenza di posti in RSA o di badanti. Il quarto gruppo, che include solo cinque regioni, presenta il tasso di copertura più alto, molto vicino al 100%, raggiunto grazie ad un mix tra RSA e badanti. Una Regione, la Lombardia, presenta un tasso di copertura del bisogno superiore al 100%: questo risultato può essere motivato dal fatto che le badanti presenti in Regione possono essere state sovrastimate o, più verosimilmente, che in questa Regione la rete di offerta considerata viene fruita anche da over65 (e non solo dal target considerato).

Tabella 6.11 **Tassi di copertura del bisogno tramite lungo assistenza pubblica o informale e relativo tasso di «scopertura» del bisogno**

Per la popolazione non autosufficiente over75:	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi pubblici (RSA)	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi informali (badanti)	Tasso di copertura del bisogno tramite servizi pubblici + informali
Sicilia	0,45%	13,49%	13,94%
Molise	0,29%	16,08%	16,37%
Basilicata	0,95%	16,89%	17,84%
Puglia	2,21%	16,43%	18,64%
Calabria	1,92%	19,54%	21,47%
Abruzzo	3,30%	27,94%	31,24%
Campania	0,44%	33,49%	33,92%
Marche	2,11%	35,90%	38,01%
Sardegna	0,13%	42,49%	42,62%
Umbria	4,17%	41,75%	45,92%
Toscana	7,36%	48,46%	55,82%
Friuli-Venezia Giulia	20,38%	40,51%	60,88%
Lazio	2,33%	66,03%	68,36%
Veneto	19,35%	52,65%	72,00%
Emilia-Romagna	11,25%	61,85%	73,10%
Valle d'Aosta	0,19%	74,64%	74,83%
Trento	34,78%	43,98%	78,75%
Liguria	14,89%	71,03%	85,92%
Bolzano/Bozen	39,31%	54,82%	94,13%
Piemonte	24,22%	75,51%	99,73%
Lombardia	27,83%	89,20%	117,03% ⁽¹⁾

(1) Avendo calcolato il dato di copertura del bisogno sulla popolazione non autosufficiente over75 e non over65 come nella prima parte del capitolo, i tassi di copertura presentati in questa tabella risultano più alti rispetto a quelli precedentemente commentati. In particolari valori molto vicini o addirittura superiori al 100% devono essere interpretati avendo presente che sebbene la popolazione di riferimento sia stata ristretta a quella over75, la dotazione della rete di offerta così come il ricorso alle badanti può avvenire anche per gli over65.

Nonostante l'aver considerato la popolazione non autosufficiente over75, un criterio molto stringente rispetto al tradizionale dato demografico (i non autosufficienti over75 sono stimati in Italia pari a 2.131.570 mentre il dato puro demografico è pari a 6.305.738¹⁸), la maggior parte delle Regioni presenta tassi di copertura del bisogno tramite servizi di lungo assistenza pubblici (RSA) tra lo 0 e il 30%. Questo valore sale se consideriamo la copertura del bisogno tramite badanti. In ogni caso rimangono in tutto il territorio nazionale

¹⁸ Dati sulla popolazione tratti da I.Stat, la banca dati delle statistiche correntemente prodotte dall'Istituto nazionale di statistica (<http://dati.istat.it/>)

delle ampie zone di «scopertura» presumibilmente gestite o tramite autoorganizzazione delle famiglie, o tramite ricorso ad altri setting assistenziali, o tramite l'assenza completa di assistenza. Le analisi presentate nel paragrafo successivo contengono alcuni elementi a supporto di una maggiore comprensione di questo fenomeno.

6.3.5 Modelli assistenziali e pattern regionali

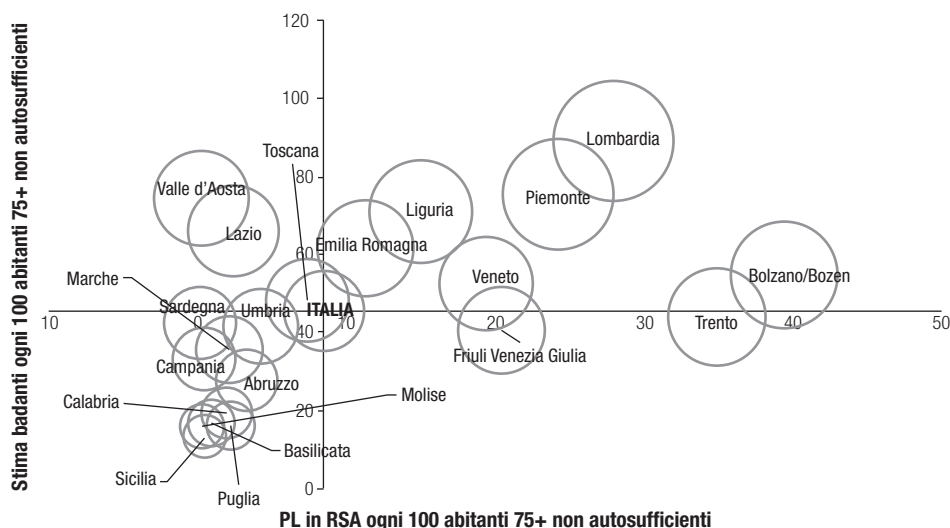
Per comprendere se esistano pattern o modelli ricorrenti considerando l'intera filiera assistenziale nelle diverse Regioni, sono state realizzate alcune rappresentazioni grafiche che mostrano in modo chiaro tre dimensioni:

- ▶ la dimensione della bolla rappresenta il tasso di copertura del bisogno tramite RSA e badanti in quella Regione (come spiegato sopra): più la bolla è grande più il tasso di copertura del bisogno di quella regione è alto.
- ▶ I due assi cartesiani rappresentano due setting assistenziali alternativi, utilizzati per posizionare le Regioni. Gli assi sono centrati sui valori medi a livello nazionale, in modo da posizionare le Regioni rispetto al dato nazionale.

6.3.5.1 Mix lungo-assistenza pubblica vs. informale

Il primo confronto (Figura 6.3) riguarda il posizionamento delle Regioni rispetto alla modalità di copertura del bisogno e conferma quanto già osservato dai dati forniti in Tabella 6.11: le Regioni con una minor copertura complessiva del bisogno sono caratterizzate per una scarsa dotazione di offerta in strutture residenziali e contemporaneamente da uno scarso ricorso alle badanti.

Figura 6.3 **Mix lungo assistenza pubblica vs informale, con copertura complessiva del bisogno**

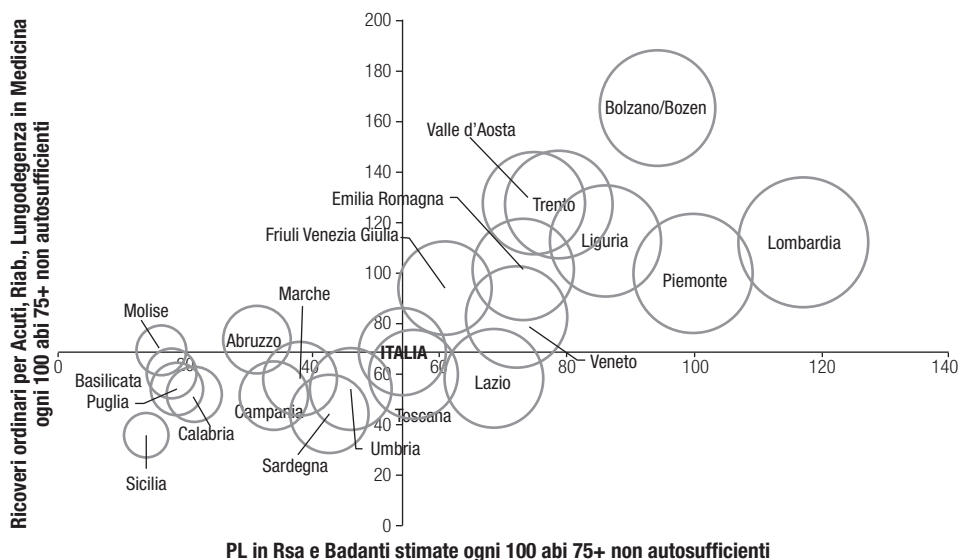


6.3.5.2 Mix lungo-assistenza vs. ricovero ospedaliero

Il secondo confronto riguarda il posizionamento delle Regioni rispetto al mix tra dotazione di servizi di lungo-assistenza (sempre definiti come dotazione di RSA o badanti stimate) in rapporto al ricorso a ricoveri ospedalieri ordinari in medicina da parte di cittadini over75 che, come precedentemente riportato, possono rappresentare una alternativa di emergenza a un bisogno assistenziale legato alla non autosufficienza (Figura 6.4).

Dal grafico a bolle si nota un trend (che sarà confermato anche dagli altri confronti proposti) che mostra una chiara dicotomia tra le Regioni con un posizionamento nel 1° quadrante (che presenta i valori più alti su entrambi gli assi e contemporaneamente le bolle di dimensioni maggiori) e il 3° quadrante (che presenta i valori più bassi per entrambi gli assi e contemporaneamente le bolle di dimensioni minori). Le Regioni che hanno una più alta dotazione di posti letto in RSA e una più alta stima di badanti (quindi quelle con tasso di copertura del bisogno maggiore) sono quelle che presentano anche dati di maggior ricorso da parte degli over75 a ricoveri ospedalieri ordinari, siano essi per acuti, riabilitazione o lungodegenza. Il fenomeno ipotizzato, per il quale in assenza di rete di servizi di lungo-assistenza è possibile immaginare un maggior ricorso alla rete ospedaliera come modalità sostitutiva di presa in carico, non è quindi stato verificato dai dati disponibili. Al contrario emerge che il tasso di copertura del bisogno degli over75 è più basso, sia in termini di servizi pubblici che di cura informale, anche il ricorso ai ricoveri ospedalieri è più basso.

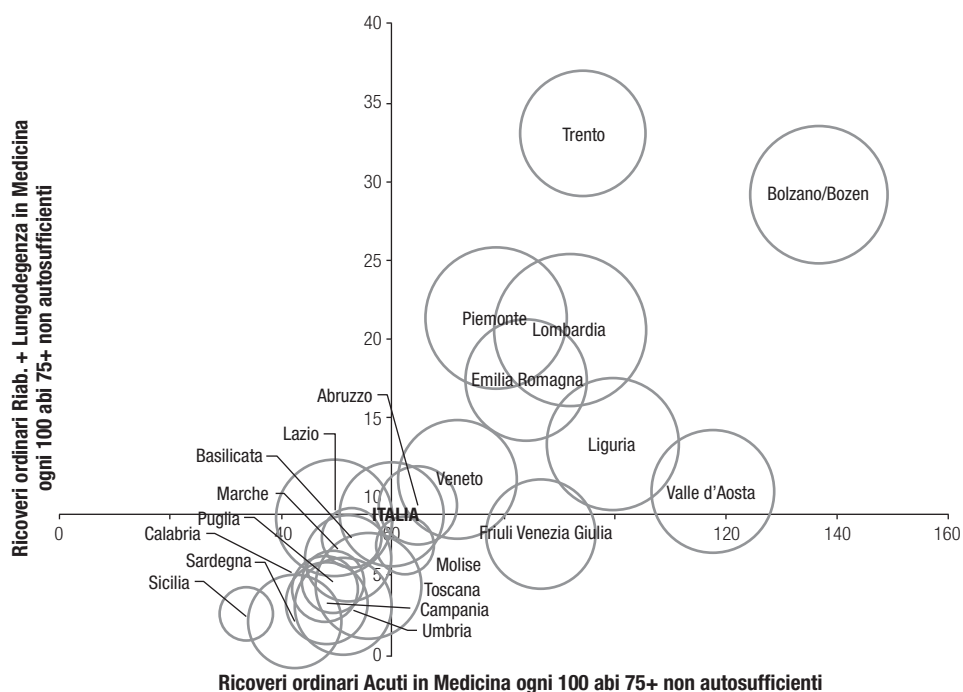
Figura 6.4 **Mix lungo assistenza pubblica e informale vs ricovero ospedaliero, con copertura complessiva del bisogno**



6.3.5.3 Mix del ricorso a ricoveri ospedalieri: acuzie vs riabilitazione e lungodegenza

Il terzo confronto riguarda il fenomeno dei ricoveri ospedalieri dei cittadini over75 (nel 2012 sono stati complessivamente 1.465.289) (Figura 6.5). Considerando i soli ricoveri ordinari in medicina, per i motivi richiamati sopra, ovvero che sono quelli più facilmente considerabili come possibile risposta assistenziale ai bisogni derivanti dalla non autosufficienza, si è voluto indagare se esistessero differenze tra il ricorso a ricoveri per acuti oppure in riabilitazione o lungodegenza, dove i secondi potrebbero essere concettualmente più vicini alla rete della lungo-assistenza qui considerata. Dalla Figura 6.5 emerge che non esistono differenze sostanziali tra le diverse tipologie di ricovero e che nelle Regioni dove il numero di ricoveri per acuti è più alto e dove è più ampia la copertura del bisogno (dimensioni della bolla maggiore) anche il ricorso a ricoveri in riabilitazione o lungodegenza è maggiore.

Figura 6.5 **Mix ricoveri in acuzie vs ricoveri in lungodegenza o riabilitazione, con copertura complessiva del bisogno**

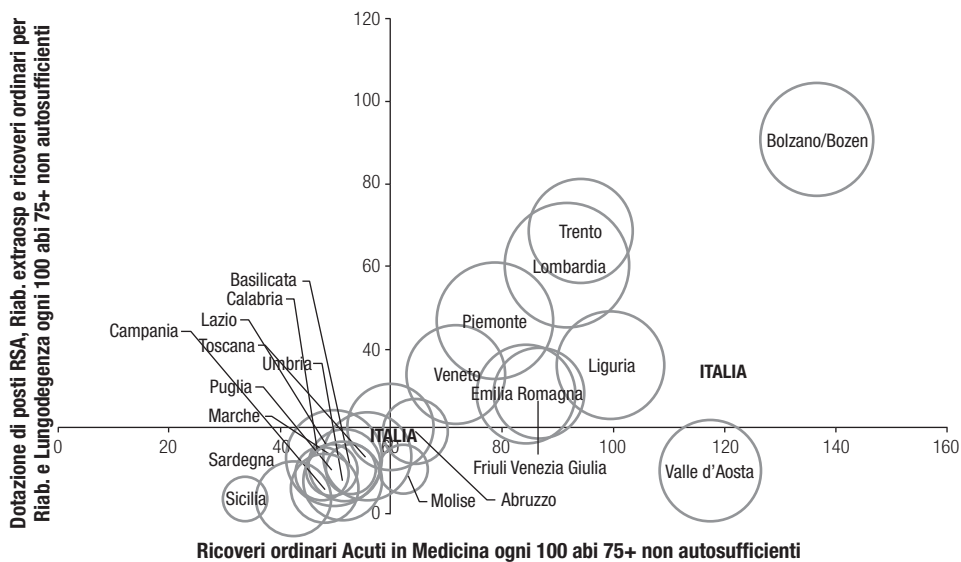


6.3.5.4 Mix del ricorso a ricoveri per acuti vs lungo-assistenza e post-acuzia

Come accennato nel paragrafo precedente, ci si aspettava che il ricorso ai ricoveri ordinari per acuti (in medicina) potesse essere la modalità assistenziale con più margini per possibili inapproprietezze. Per questo motivo i dati riguardanti il ricor-

so a ricoveri per acuti sono stati confrontati con quelli riguardanti la lungo-assistenza e la filiera post-acuzie nel suo complesso (ricorso a RSA, a riabilitazione extra-ospedaliera e ospedaliera e lungodegenza ospedaliera) (Figura 6.6). Anche in questo caso, come in tutti i precedenti, emerge un chiaro effetto combinato e incrementale che posiziona le Regioni con maggiore dotazione e fruizione della rete della lungo-assistenza e post-acuzie tra quelle con più alto ricorso ai ricoveri per acuti.

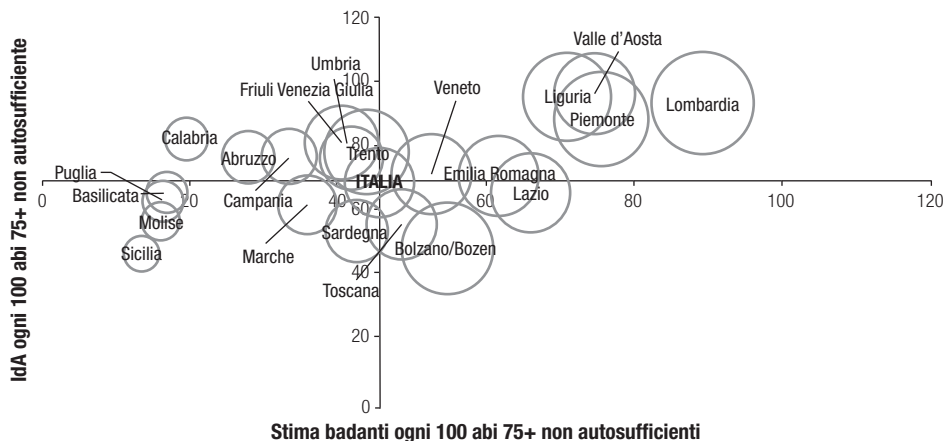
Figura 6.6 **Mix ricoveri in acuzie vs lungo-assistenza e post-acuzia, con copertura complessiva del bisogno**



6.3.5.5 *Mix tra badanti presenti sul territorio vs Indennità di accompagnamento erogate*

Un ultimo confronto è stato operato guardando solamente alla parte informale o non sanitaria della filiera della presa in carico della non autosufficienza, ovvero quella che include il ricorso alle badanti e la diffusione delle indennità di accompagnamento. Si è voluto evidenziare un eventuale legame tra i due fenomeni, ipotizzando che una maggior presenza di beneficiari di IdA possa anche portare a un maggior numero di badanti sul territorio regionale. Questa ipotesi è stata parzialmente confermata dai dati che suggeriscono una lieve associazione positiva tra le due dimensioni (Figura 6.7). È interessante osservare dai dati 2012 come non sia più vera la generale convinzione che le prestazioni di IdA abbiano una maggior diffusione tra le Regioni del sud Italia: i dati rapportati alla popolazione stimata non autosufficiente mostrano infatti una distribuzione più omogenea che in passato (il grafico sull'asse verticale è infatti abbastanza ben distribuito vicino al valore nazionale).

Figura 6.7 **Mix tra badanti presenti sul territorio vs Indennità di accompagnamento erogate, con copertura complessiva del bisogno**



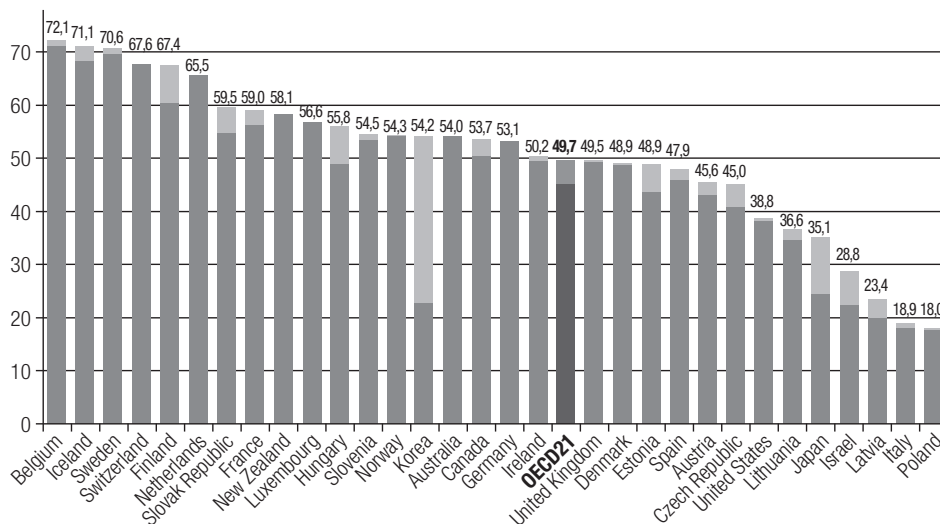
6.3.6 Considerazioni sulla filiera della presa in carico della non autosufficienza

Il tema delle correlazioni tra i diversi setting assistenziali è un tema caro ai programmatori sanitari, per i quali il «*Sacro Graal*» da trovare è sempre stato l'ambito assistenziale più costo-efficace per ogni fase e stadio di patologia, per poter espanderne l'offerta e, conseguentemente, poter svuotare tutti gli altri setting assistenziali correlati ma meno appropriati. Era possibile immaginare, a titolo d'esempio, che una maggiore presenza di RSA avrebbe diminuito le ospedalizzazioni o l'accesso a setting post-acuti o viceversa. Invece, le evidenze qui esposte smentiscono questa ipotesi rimettendola completamente in discussione. I dati mostrano che laddove l'offerta di servizi per anziani non autosufficienti è più ricca, lo è contemporaneamente in tutti gli ambiti; mentre laddove ci sono scarsi o pochi servizi, la loro esiguità è confermata in tutti i setting assistenziali. Se ci sono più posti letto in RSA, vi è anche una maggiore offerta di posti sub-acuti e di riabilitazione, di ricoveri ospedalieri e di badanti per anziani non autosufficienti. Laddove esiste un welfare sociosanitario più robusto esso è esteso a tutta la gamma dei servizi, laddove è povero lo è in tutti i setting. Come è possibile spiegare questi dati?

Il tasso di copertura per gli anziani non autosufficienti in Italia, con servizi specifici a intensità assistenziali diverse, è nella migliore delle ipotesi del 20%. La dotazione di servizi è significativamente bassa anche se confrontata con quella di altri Paesi (si veda la Figura 6.8, OECD 2015). L'80% degli anziani non autosufficienti non riceve infatti servizi formalizzati, strutturati e con una intensità assistenziale adeguata.

L'intensità assistenziale media dell'ADI nel Paese è di 2 ore la settimana, quindi lontana da una possibilità di assistenza robusta. Le badanti sono numerose e diffuse, ma non sempre hanno competenze specifiche, soprattutto sul versante più sanitario; inoltre «vanno in ferie», «si ammalano» e soprattutto, non sanno gestire i momenti di fibrillazione, riacutizzazione o di stress assistenziale delle famiglie. Pertanto, circa l'80% dei 2,7 milioni di non autosufficienti over65 (2,3 milioni di persone circa) sono *undertreated* (ovvero ricevono assistenza insufficiente rispetto ai loro bisogni), assistiti in modo informale, curati grazie all'auto-organizzazione delle famiglie. Essi non possono che cercare di «invadere» qualsiasi servizio sanitario o sociosanitario professionale disponibile, soprattutto se gratuito, pur di provare a trovare una qualche risposta formalizzata e strutturata. Dal punto di vista della programmazione sanitaria, questi accessi ai servizi possono essere classificati come inappropriati, ma il bisogno espresso è intenso e reale (e quindi per definizione «appropriato» in assenza di servizi di offerta specifici). Di fronte all'80% di bisogno non assistito e non preso in carico, è difficile cercare qualsiasi forma di razionalità o correlazione nelle forme o nei modi di consumo. Siamo di fronte a un gap così rilevante tra un bisogno estremamente intenso e l'assenza sostanziale di servizi, che l'invasione casuale e organica dei pochi servizi disponibili è da considerarsi un processo fisiologico di ricerca di dignità e di tutela di diritti. In questo quadro, le regioni che riescono a mettere in campo più servizi di welfare socio-sanitario per la non autosufficienza, non possono che vederli tutti immediatamente e indistintamente occupati; le altre regioni invece dovrebbero essere

Figura 6.8 **Disponibilità di posti letto per anziani in strutture residenziali o in ospedale ogni 1.000 abitanti over65, confronto tra paesi OCSE**



ancora più preoccupate nel verificare la quota dolorosamente prevalente di non autosufficienti non assistiti in alcun modo. In questo quadro di pesante *undertreatment*, discutere e riflettere sul mix più appropriato di servizi risulta davvero difficile.

Consideriamo come una buona notizia un progressivo allineamento geografico nell'accesso all'IdA tra le diverse regioni (INPS, 2013), il che stabilisce delle condizioni di partenza più eque nel meccanismo di auto-organizzazione delle famiglie. Questa maggiore equità distributiva, potrebbe essere un buon punto di partenza per ridisegnare il sistema, potendo utilizzare queste risorse in modo più ragionevole, effettuando una differenziazione tramite una valutazione delle possibilità delle famiglie (test dei mezzi) e individuando modalità in grado di legare o vincolare queste risorse all'erogazione di servizi reali o di supporto e counseling, invece che semplici contributi economici (Del Vecchio et al., 2015).

6.4 Conclusioni

Il presente capitolo sviluppa un'analisi d'insieme del sistema sociosanitario e sociale, in relazione a cinque target di utenza, e un approfondimento rispetto a uno specifico target: le persone in condizioni di non autosufficienza.

Il disegno complessivo che emerge è quello di un sistema sociale e sociosanitario che, per i cinque target analizzati, esprime tassi di copertura del bisogno bassi ed in alcuni casi estremamente limitati. Allo stesso tempo emergono ampie differenziazioni regionali.

L'approfondimento nell'ambito dei servizi per la non autosufficienza ha evidenziato modelli di intervento differenti nei singoli contesti regionali, con livelli di copertura dell'utenza molto differenti.

Tuttavia, in tutti i modelli regionali, i tassi di copertura con servizi specifici sono molto parziali. In ragione dei limitati tassi di copertura, emerge una diffusa tendenza da parte degli utenti a popolare in modo casuale i setting assistenziali disponibili, indipendentemente dai livelli teorici di appropriatezza.

Di conseguenza, emerge un quadro sorprendente: anche laddove i sistemi sociali e sociosanitari sono presenti in modo più ampio e più intenso, il ricorso a prestazioni in ambito sanitario è particolarmente elevato. Sistemi regionali caratterizzati da maggiore dotazione di offerta sociosanitaria e sociale sono popolati in tutti i setting assistenziali, così come sono popolati in ogni setting assistenziale i sistemi caratterizzati da minore offerta sociosanitaria e sociale.

L'ipotesi che tale maggiore dotazione contenga il ricorso «inappropriato» a prestazioni sanitarie viene quindi smentita. La ragione più plausibile è nella prevalente componente di popolazione che, anche in questi sistemi, «invade» gli altri servizi disponibili.

I comportamenti della popolazione che rimane estranea ai servizi sociosanitari e sociali divengono visibili nel momento in cui popolano altri servizi di tipo sanitario, mentre restano nell'oscurità negli altri casi.

Tali «altri casi» sono caratterizzati da un mix di cura informale da parte delle famiglie e di *undertreatment*, i cui confini non sono noti, e meriterebbero di essere oggetto di analisi per la progettazione di sistemi di offerta più trainati dal bisogno che dalla domanda emergente.

Anche il dibattito relativo all'impiego possibile delle risorse finanziarie trasferite alle famiglie, ed eventualmente trasformabili in risorse vincolate all'acquisizione di servizi, trarrebbe giovamento da una conoscenza più approfondita dei comportamenti degli utenti e delle famiglie che, pur avendone necessità, non sono stati in grado di accedere al sistema di offerta.

Bibliografia

- Bryman A. (2016) *Social Research Methods*, Oxford University Press, Oxford
- Camera dei Deputati (2015) Disponibile online http://www.camera.it/leg17/561?appro=app_fondi_per_le_politiche_sociali (ultima consultazione: 4 agosto 2016)
- Creswell J.W. (2014) *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*, SAGE Publications, Thousand Oaks
- Del Vecchio M., Mallarini E. e Rappini V. (2015) *Rapporto Ocps 2015 Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità*, Egea, Milano
- Dipartimento Politiche Antidroga (2014), *Relazione annuale al Parlamento 2014. Uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia – Anno 2013 e I semestre 2014*, disponibile online <http://www.politicheantidroga.gov.it/media/646882/relazione%20annuale%20al%20parlamento%202014.pdf>
- Dipartimento Politiche Antidroga (2015), *Relazione annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia – Anno 2014*, disponibile online <http://www.politicheantidroga.gov.it/attivita/pubblicazioni/relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2015/presentazione.aspx>
- Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T.S., Bryson H., de Girolamo G., et al.; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. (2004) «Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project». *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Suppl. 420, 21-27.
- Fosti G., Larenza O., Longo F. e Rotolo A. (2012) «Caratteristiche e criticità del settore sociosanitario italiano: quali prospettive di policy?» in Cantù E. (a cura di), (2012) *Rapporto OASI 2012: l'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, Milano.

- Fosti G., Longo F., Notarnicola E., Rotolo A. e Tasselli S. (2013) «Sistemi di Welfare in Europa: trend in atto e sfide per l'Italia», in CER GAS (a cura di), (2013) *Rapporto OASI 2013*, Egea, Milano.
- Gori C. e Rusmini G. (2015) «La rete dei servizi sotto pressione», in Network Non Autosufficienza (a cura di), *V Rapporto sulla Non Autosufficienza*, pp.57-86, Maggioli Editore, Bologna.
- INPS (2013) *Bilancio Sociale – Anno 2012*, disponibile online https://www.inps.it/docallegati/Mig/Doc/Bilanci/BilancioSociale2012/bilancio_inps_2012.pdf
- ISTAT (2014a), *L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di primo grado statali e non statali, Anni 2013-2014*, disponibile online <http://www.istat.it/it/files/2014/12/Alunni-con-disabilit%C3%A0.pdf?title=Integrazione+degli+alunni+con+disabilit%C3%A0++19%2Fdic%2F2014++Testo+integrale.pdf>
- ISTAT (2014b), *Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione*, disponibile online <http://www.istat.it/it/archivio/144093>
- ISTAT (2015a), *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari – Anno 2013*, disponibile online http://www.istat.it/it/files/2015/12/Presidi-residenziali_2013.pdf?title=Presidi+residenziali++17%2Fdic%2F2015++Testo+integrale+e+nota+metodologica.pdf
- ISTAT (2015b), *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati – Anno 2012*, disponibile online <http://www.istat.it/it/archivio/166482>
- ISTAT (2015c), *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%2Flug%2F2015++Testo+integrale.pdf
- ISTAT (2015d), *L'uso e l'abuso di alcol in Italia – Anno 2014*, disponibile online http://www.istat.it/it/files/2015/04/statistica_report_alcol_2014.pdf?title=Uso+e+abuso+di+alcol++16%2Fapr%2F2015++Testo+integrale.pdf
- ISTAT (2015e) *Natalità e fecondità della popolazione residente*, disponibile online <http://www.istat.it/it/archivio/174864>
- ISTAT (2015f) *Comportamenti offensivi e violenti tra i giovanissimi: bullismo*, disponibile online <http://www.istat.it/it/archivio/176335>
- ISTAT (2016), *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – Anni 2012-2013*, disponibile online <http://www.istat.it/it/archivio/5471>
- Laboratorio Management e Sanità (2013), Progetto Indicatori di Valutazione per percorso assistenziale, commissione parlamentare d'inchiesta del Senato della Repubblica sull'efficienza e l'efficacia del SSN, pp. 68-72.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2014), *Le tendenze di medio-lungo periodo del Sistema Pensionistico e Socio-Sanitario – Aggiornamento 2013*,

- disponibile online http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2013/Le-tendenze-dim_1-periodo-del-s_p_e-s_s-Rapporto_n14.pdf
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – Direzione generale dell’immigrazione e delle politiche di integrazione (2015) *I minori stranieri non accompagnati (msna) in Italia. Report di monitoraggio*, disponibile online <http://www.lavoro.gov.it/notizie/Documents/Repor-di-monitoraggio-31-dicembre-2015.pdf>
- Ministero della Salute (2013), *Assistenza a persone disabili e non autosufficienti*, disponibile online http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=163&area=Servizi_per_persono_o_situazioni_speciali (ultima consultazione: 4 agosto 2016)
- Ministero della Salute (2015), *Rapporto SDO 2014*, disponibile online http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2396_allegato.pdf
- Ministero della Salute (2015), *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN – Anno 2012*, disponibile online http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2370_allegato.pdf
- OECD (2015), *Health at a glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. Disponibile online http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
- Orimo H., Ito H., Suzuki T., Araki A., Hosoi T. e Sawabe M. (2006) Reviewing the definition of «elderly», *Geriatrics & Gerontology International*, (6)3: pp. 149-158.
- Pasquinelli S. e Rusmini G. (2013) *Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche*, Ediesse, Roma.
- UN General Assembly (1989) *Convention on the Rights of the Child*, 20 November 1989, United Nations, Treaty Series, vol. 1577, disponibile online in italiano: http://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/documenti/Convenzione_diritti_infanzia_adolescenza_autorita.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>