

Collana CERGAS

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

Rapporto OASI 2017

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

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

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2017:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, esiti, 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, le politiche farmaceutiche e il relativo impatto sulla spesa, i cambiamenti in atto che riguardano il mondo dell'HTA e degli acquisti; inoltre, presenta una mappatura nazionale delle Case della Salute, analizzandone le forme organizzative e i modelli di servizio;
- a livello aziendale, si focalizza sul rafforzamento del *middle management* e sui percorsi di carriera emergenti nella professione infermieristica; e approfondisce l'applicazione di strumenti di *transitional care* come le centrali operative per la continuità ospedale - territorio; analizza lo stato dell'arte della funzione di gestione operativa; inquadra i principali elementi definitivi, attori e impatti percepiti della lotta alla corruzione nelle Aziende sanitarie pubbliche.

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

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5147-4



9 788823 851474

www.egeaeditore.it



Rapporto OASI 2017

CERGAS-SDA Bocconi

a cura di
CERGAS-SDA Bocconi

Rapporto OASI 2017

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

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

SDA Bocconi
School of Management





7 Risposta al bisogno sociosanitario e sociale: rete dei servizi e relazione con l'assistenza ospedaliera per gli anziani non autosufficienti

di Giovanni Fosti, Francesco Longo, Elisabetta Notarnicola, Agnese Pirazzoli e Andrea Rotolo¹

7.1 Introduzione

Il capitolo propone un approfondimento sull'assistenza sociale e sociosanitaria con l'intento di fornire un quadro aggiornato della rete di offerta e del livello di presa in carico dei cittadini rispetto a tre target di bisogno sociale. Attraverso una ricostruzione dettagliata dei servizi assistenziali esistenti e del portafoglio di offerta e assistenza erogata, il capitolo si pone a completamento di quanto già illustrato in altre parti del Rapporto sul tema delle interdipendenze tra diversi setting assistenziali; il fine è di ampliare la lettura di quanto accade nel sistema pubblico al confine tra il mondo sanitario e sociosanitario.

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 tre target di intervento: anziani non autosufficienti, persone con disabilità e interventi per i minori in condizioni di disagio. Attraverso una sistematizzazione di che cosa si intenda a livello nazionale per questi interventi e tramite la raccolta di dati riguardanti la dotazione di offerta di servizi, l'erogazione di interventi, la stima del fabbisogno e dei cittadini presi in carico si intende fornire 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 e, in particolare, sul tema del ricorso «inappropriato» alla rete ospedaliera in risposta a bisogni originati nella sfera socio-assistenziale. Partendo dai dati sui ricoveri ospedalieri per cittadini over65, si indaga il fenomeno dei ricoveri multipli in un orizzonte temporale di breve periodo per comprenderne le ca-

¹ Nonostante il capitolo sia frutto del lavoro congiunto degli autori, i §§ 6.1 e 6.2 sono da attribuirsi ad Agnese Pirazzoli e Andrea Rotolo; il § 6.3 Elisabetta Notarnicola; il § 6.4 a Giovanni Fosti e Francesco Longo. Gli autori desiderano ringraziare tutti coloro che hanno collaborato alla raccolta dei dati ed in particolare il Ministero della Salute per i dati SDO e ISTAT per il supporto fornito.

ratteristiche e le origini e quindi verificare un legame con l'assistenza socio-sanitaria e sociale.

Il capitolo è strutturato come segue: nel par. 7.2 viene presentata la fotografia del sistema sociosanitario e sociale; nel par. 7.3 l'approfondimento sui ricoveri per anziani non autosufficienti; nel par. 7.4 si presentano alcune riflessioni sui dati e alcune raccomandazioni di policy.

7.2 Il sistema sociosanitario e sociale italiano: anziani, disabili e minori

7.2.1 L'analisi dei tre target di intervento: metodo di lavoro

La prima parte del capitolo approfondisce le caratteristiche del sistema socio-sanitario e sociale declinando l'analisi attraverso tre prospettive corrispondenti ai tre target di utenza selezionati: anziani non autosufficienti, persone con disabilità e minori in condizioni di disagio. L'obiettivo è quello di definire una stima della copertura del bisogno assistenziale per ciascuno dei tre target, ricostruendo a tal fine i dati relativi alla rete dei servizi e degli interventi sociosanitari e sociali loro indirizzati, nonché una stima dei fabbisogni che emergono all'interno della popolazione italiana.

Per condurre l'analisi sono state replicate per ognuno dei target sei fasi di lavoro:

1. Definizione del fabbisogno assistenziale di ciascun target e delle sue caratteristiche;
2. Stima del fabbisogno per ciascuno dei target in analisi tramite l'utilizzo di fonti primarie di dati, quali:
 - a. Condizioni di salute, rischio e prevenzione, 2014, ISTAT, anni di riferimento 2012-2013.
 - b. Dati sulla popolazione tratti da I.Stat.
 - 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.
3. Ricostruzione dei servizi e degli interventi indirizzati a ciascun target. Questi sono stati suddivisi nelle categorie sociosanitario e sociale in base alla categorizzazione fornita da ISTAT rispetto al livello di assistenza sanitaria: se «basso», «medio» o «alto» i servizi e gli interventi sono stati classificati come sociosanitari, se «assente» come sociali. I servizi e gli interventi individuati sono stati di seguito ulteriormente suddivisi in residenziali, semiresidenziali e domiciliari (SAD e ADI);

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, 2016, Ministero della Salute, anno di riferimento 2013.
 - b. Presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari, Dati I.Stat, anno di riferimento 2014.
 - c. Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari, Dati I.Stat, anno di riferimento 2014.
 - d. Spesa per interventi e servizi sociali, Dati I.Stat, anno di riferimento 2013.
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.

Poiché il sistema sociosanitario e sociale non dispone di un sistema informativo integrato che permetta di associare univocamente a ciascun beneficiario il numero e la tipologia di prestazioni di cui usufruisce, nello svolgere l'analisi si è fatto ricorso ad alcuni accorgimenti di carattere metodologico. L'obiettivo è infatti quello di determinare una stima il più possibile vicina alla reale copertura del bisogno assistenziale dei target in analisi.

A tal fine, sono stati considerati nell'analisi solo servizi reali, detti anche *in kind*. Non vengono quindi considerati i trasferimenti monetari, dal momento che tale calcolo richiede che le duplicazioni nel conteggio degli utenti (per esempio un anziano che benefici sia del SAD, sia di contributi economici di integrazione al reddito o assistenziali) vengano minimizzate.

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

Una breve trattazione di queste misure è contenuta nel par. 7.2.6.

7.2.2 La definizione dei target di bisogno

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

Anziani non autosufficienti

Il target comprende le persone di età superiore o uguale a 65 anni, con limitazioni funzionali secondo la definizione di disabilità proposta con la classificazione *International classification of functioning, disability and health* (ICF). Tali limitazioni riguardano specifiche dimensioni, individuate come segue: la costrizione a letto, su sedia o in abitazione (confinamento); le limitazioni nelle funzioni della vita quotidiana, incluse le attività di vita quotidiana (Activities of Daily Living, ADL); problemi nel camminare, usare le scale e raccogliere oggetti da terra (limitazioni nel movimento); difficoltà della comunicazione (limitazioni di vista, udito e parola). Per semplicità, nelle tabelle si definirà questo target «Non autosufficienza anziani».

Persone con disabilità

Si considerano parte di questo target gli adulti (compresi tra i 18 e i 64 anni d'età) e i minori (di età compresa tra 0 e 17 anni) che presentano limitazioni funzionali, secondo la stessa definizione proposta per gli anziani non autosufficienti con la classificazione ICF. Per semplicità, nelle tabelle si definirà questo target «Disabilità».

Minori in condizioni di disagio

Vengono considerati minori in condizioni di disagio tutti i minori (da 0 anni al compimento del diciottesimo anno d'età) i cui diritti, sanciti dalla Convenzione internazionale 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 all'ampia gamma di servizi offerti dalle pubbliche amministrazioni italiane ai minori ed alle loro famiglie. Per semplicità, nelle tabelle si definirà questo target «Disagio minori».

Per poter giungere alla stima del grado di copertura del bisogno fornita dai servizi per i target in analisi, è necessario stimare il numero complessivo di persone

Tabella 7.1 **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>

potenzialmente appartenenti a ciascuna categoria; la procedura seguita e il risultato ottenuto vengono illustrati nella Tabella 7.2. I valori relativi alla popolazione di riferimento sono aggiornati all'1.1.2014 mentre le percentuali applicate afferiscono a vari anni a seconda della disponibilità delle fonti informative da cui sono state tratte; per ognuna di esse è stato utilizzato l'anno più vicino al 2014.

Tabella 7.2 **Stima del bisogno potenziale**

Target	Descrizione target	Fonte	Modalità di calcolo	Pop. di riferimento (1.1.2014)	Stima
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	Anziani (≥ 65 anni) con limitazioni funzionali	ISTAT (2014b), Anno di riferimento: 2013	19,8% della popolazione di riferimento	≥ 65 anni	2.519.619
		Dati I.Stat <i>Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari</i> , Anno di riferimento: 2014	anziani residenti permanentemente in istituzioni	≥ 65 anni	289.592
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 (2015): 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	0-17 anni	10.158.005

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

- Il numero complessivo degli anziani non autosufficienti è pari a 2.809.211. Tale valore è determinato dalla somma: (i) della percentuale di anziani con limitazioni funzionali che vivono in famiglia, individuata da ISTAT, moltiplicata per il numero di cittadini anziani non ospitati permanentemente in istituzioni all'1.1.2014 tratto da I.Stat e (ii) del numero di residenti permanentemente in istituzioni, esclusi dalla rilevazione citata, tratto dai dati I.Stat relativi agli ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari. È opportuno specificare che il numero complessivo degli anziani non autosufficienti riportato potrebbe essere una stima per difetto, in quanto l'indagine ISTAT utilizzata consente di cogliere solo in modo parziale le limitazioni funzionali connesse a patologie psichiatriche o a disagio mentale;

- ▶ La stima dei minori e degli adulti con disabilità è ricavata a partire dai valori relativi agli alunni con disabilità nella scuola primaria e secondaria di primo grado e alle persone di età compresa fra 15 e 64 anni con limitazioni funzionali. Si è scelta questa modalità di calcolo così da intercettare, almeno in parte, una porzione dei minori con disabilità che altre rilevazioni² escludono. Si segnala inoltre che, come per il target precedente, questa stima coglie in modo parziale le limitazioni funzionali connesse a patologie psichiatriche e a insufficienze mentali.
- ▶ Rispetto ai minori in condizione di disagio le fonti primarie disponibili non affrontano la materia in modo organico, presentando rapporti frammentati focalizzati ciascuno su tematiche molto diverse fra loro (es. consumo di alcool e droga, prostituzione minorile, abusi su minori, minori stranieri non accompagnati, etc.). Per tale motivazione, non essendo possibile ricostruire con un sufficiente grado di solidità metodologica la stima complessiva del target di riferimento, si è deciso di utilizzare come parametro di riferimento il numero di minori presenti in Italia all'1.1.2014, con la consapevolezza di non poter parlare propriamente di «tasso di copertura del bisogno».

7.2.3 La capacità produttiva del sistema di offerta

La capacità produttiva del sistema di offerta: classificazione complessiva

La Tabella 7.3 riporta il quadro a livello nazionale della capacità produttiva complessiva della rete di offerta rivolta ai tre 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 7.4.

La Tabella 7.3 mette subito in evidenza alcune caratteristiche della rete di servizi analizzata.

In primo luogo, è possibile osservare la prevalenza di dotazione di posti letto dedicati agli anziani non autosufficienti, i cui posti rappresentano circa l'80,2% della disponibilità dei servizi rivolti a tutti i target analizzati (381.896 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 (con l'eccezione dei servizi rivolti ai minori, dove prevale la componente sociale); i primi rappresentano infatti il 90,6% 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 306.249 unità, che per il

² Ad esempio ISTAT «Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi» o «Condizioni di salute, rischio e prevenzione».

Tabella 7.3 **Quadro della capacità produttiva del sistema di offerta per target d'utenza, valori totali**

	CAPACITÀ PRODUTTIVA COMPLESSIVA DEL SISTEMA: Posti disponibili	
	SOCIOSAN	SOCIALE
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	283.992	22.257
DISABILITÀ	54.167	2.504
DISAGIO MINORI	7.702	11.274

Fonti: (a) Ministero della Salute (2016) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; (b) Dati I.Stat riferiti all'anno 2014, *Presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari*

Tabella 7.4 **Capacità produttiva complessiva del sistema per target d'utenza e tipo di servizio erogato, dettaglio**

Target	Tipo di servizio	CAPACITÀ PRODUTTIVA COMPLESSIVA DEL SISTEMA: POSTI DISPONIBILI	
		SOCIOSAN	SOCIALE
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	Residenziale	269.065 ¹	22.257
	Semiresidenziale	14.927	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	10.401.812*	n.d.
DISABILITÀ	Residenziale	30.130 ¹	2.504
	Semiresidenziale	24.037	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	936.493 ^{2*}	n.d.
DISAGIO MINORI	Residenziale	7.702 ¹	11.274
	Semiresidenziale	n.d.	n.d.
	Domiciliare (ADI e SAD)	n.d.	n.d.

*ore erogate

(1) Il numero di posti letto relativo ai servizi residenziali sociosanitari e sociali, è stato individuato con riferimento al livello di assistenza sanitaria previsto: i posti letto con livello di assistenza sanitaria «basso», «medio» e «alto» sono stati assegnati ai servizi residenziali sociosanitari; i posti letto con livello di assistenza sanitaria «assente» ai servizi residenziali sociali (Dati I.Stat riferiti all'anno 2014).

(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 (2016) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; (b) Dati I.Stat riferiti all'anno 2014, *Presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari*

92,7% si trovano all'interno di strutture che offrono, in unione a servizi di tipo sociale, anche un'assistenza di tipo sanitario. Tale percentuale non è variata in modo rilevante rispetto al valore registrato nella rilevazione precedente, contenuto all'interno del capitolo 6 del Rapporto Oasi 2016, pari al 91,7%; risulta invece significativamente aumentato il numero di posti dedicato al target, che dalla rilevazione precedente segna un +20,4%, meglio approfondito nel paragrafo successivo. La quota di posti afferenti a servizi di tipo sociosanitario aumenta ulteriormente se si considerano i servizi rivolti a persone con disabilità: il

95,6% del totale, pari a 56.671, è inserito in strutture di afferenza sociosanitaria. Si distingue invece dagli altri il caso dei minori in condizioni di disagio; presentando infatti minori necessità di ricevere cure di tipo sanitario, i posti letto totali (18.976) si distribuiscono per il 40,6% in servizi residenziali e semiresidenziali di tipo sociosanitario e per il restante 59,4% in servizi residenziali e semiresidenziali di tipo sociale. Anche in questo caso si registra un considerevole scostamento rispetto alla rilevazione riportata nel Rapporto OASI 2016: il numero di posti sociosanitari risulta infatti essere aumentato del 18,5% mentre quello dei posti sociali diminuito dell'8,1%.

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

La Tabella 7.4 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 4,9% sul totale, dato dalla somma di semiresidenziale e residenziale) e che, fra i servizi di tipo residenziale, il 92,4% è rappresentato da strutture che prevedono una componente sanitaria nell'attività di assistenza³. La tabella permette di scomporre l'aumento dei posti dedicati agli anziani non autosufficienti già citato nel paragrafo precedente nelle tre diverse componenti: si riscontra infatti rispetto alla rilevazione effettuata dagli autori nel 2016 un incremento (i) del 22,9% dei posti letto residenziali di tipo sociosanitario, (ii) del 6% dei posti letto residenziali di tipo sociale e (iii) del 4% nei servizi semiresidenziali di tipo sociosanitario. Tale incremento è da attribuirsi alla riclassificazione delle strutture per target di utenza prevalente effettuata da ISTAT; molte strutture infatti, che nel 2013 erano state classificate come strutture con target multiutenza pur avendo esclusivamente ospiti anziani, sono state riclassificate nel 2014 come strutture per anziani. Le ore di ADI erogate agli anziani non autosufficienti sono state 10.401.812 nel corso dell'anno 2013, valore diminuito rispetto all'anno precedente del 6,5%.

Diversa è invece la capacità produttiva dedicata al target disabilità, in cui i servizi semiresidenziali rappresentano il 42,4% dei posti disponibili complessivi semiresidenziali e residenziali; questi ultimi si dividono per il 92,3% in posti letto residenziali a integrazione sanitaria e per il restante 7,7% in posti letto residenziali di natura sociale. Come nel caso degli anziani non autosufficienti le ore di ADI erogate risultano essere diminuite rispetto all'anno precedente: con un valore di 936.493 ore la riduzione risulta essere stata dell'8,0%.

³ Livello di assistenza sanitaria «basso», «medio» e «alto» (Dati IStat riferiti all'anno 2014).

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; tuttavia, 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 18.976 e si distribuiscono per il 40,6% in strutture di tipo sociosanitario e per il 59,4% in strutture di tipo sociale. Questi valori si discostano in modo consistente da quelli dell'anno precedente, rispettivamente 34,6% e 65,4%.

7.2.4 Gli utenti in carico ai servizi

Gli utenti in carico ai servizi: classificazione complessiva

La Tabella 7.5 riporta gli utenti in carico ai servizi secondo una suddivisione per target; nella successiva Tabella 7.6 tali valori vengono approfonditi tramite un'ulteriore suddivisione per tipologia di servizio.

Dall'analisi della Tabella 7.5 emerge che il numero di utenti anziani non autosufficienti in carico ai servizi risulta essere superiore a quelli degli altri target sia in termini assoluti che in termini relativi; gli anziani in carico risultano infatti rappresentare il 61,1% del totale degli utenti che fanno complessivamente riferimento ai tre target considerati (2.238.682). Gli utenti che usufruiscono dei servizi per anziani, coerentemente con la distribuzione dei servizi illustrata nei paragrafi precedenti, appaiono principalmente in carico all'area sociosanitaria rispetto all'area sociale, rappresentando rispettivamente il 66,3% e il 33,7% del totale dei servizi per anziani analizzati. Gli utenti in carico ai servizi per la disabilità (adulti e minori) risultano essere 205.401, mentre quelli in carico ai servizi per disagio minori 666.180; come si può notare non è possibile distinguere gli utenti in base alla tipologia di servizio cui fanno riferimento (sociosanitario o sociale): ciò accade dal momento che la fonte informativa dalla quale tali dati sono stati tratti (ISTAT, 2015) non presenta un sufficiente livello di approfondimento.

Tabella 7.5 **Utenti in carico alla rete di offerta per target d'utenza**

Target	UTENTI IN CARICO	
	SOCIOSAN	SOCIALE
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	907.034	460.067
DISABILITÀ	205.401	
DISAGIO MINORI	666.180	

Fonti: (a) Ministero della Salute (2016) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; (b) Dati I.Stat riferiti all'anno 2014, *Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari*; (c) ISTAT (2015) *I presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari*

Tabella 7.6 **Utenti presi in carico dal sistema di offerta per target d'utenza e tipo di servizio**

Target	Tipo di servizio	UTENTI IN CARICO	
		SOCIOSAN	SOCIALE
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	Residenziale	271.052	18.540
	Semiresidenziale	24.111	291.532
	Domiciliare (ADI e SAD)	611.871	149.995
DISABILITÀ	Residenziale	54.740	
	Semiresidenziale	23.758	34.177
	Domiciliare (ADI e SAD)	52.027 ¹	40.699
DISAGIO MINORI	Residenziale	16.808	
	Semiresidenziale	n.d.	630.194
	Domiciliare (ADI e SAD)	n.d.	19.178

(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.

Fonti: (a) Ministero della Salute (2016) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*; (b) Dati I.Stat riferiti all'anno 2014, *Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari*; (c) ISTAT (2015) *I presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari*

Da ultimo, appare interessante notare che, rispetto alla rilevazione riferita all'anno precedente contenuta nel Capitolo 6 del Rapporto Oasi 2016, il numero di utenti anziani in carico ai servizi sociosanitari è aumentato dell'11,6%, mentre il numero di anziani in carico ai servizi sociali è diminuito del 20,5%. Rispetto alle altre due categorie di beneficiari in analisi, è possibile verificare che il numero di utenti in carico ai servizi è aumentato del 5,1% nel caso delle persone con disabilità mentre è diminuito del 12,2% nel caso dei minori in condizioni di disagio. Tali valori vengono meglio approfonditi nel paragrafo successivo, in cui sono riportate le variazioni più significative per singola tipologia di servizio.

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 7.6).

Approfondendo l'analisi a partire dal target anziani non autosufficienti, è possibile notare che il 66,3% 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 93,6% degli utenti risulta essere inserito in strutture che prevedono un'integrazione sanitaria (271.052 utenti, +4,2% in più rispetto alla rilevazione precedente), e ai servizi di tipo domiciliare, dove l'ADI coinvolge l'80,3% degli utenti (611.871; il SAD invece si attesta su 149.995 utenti ovvero il restante 19,7%). Gli utenti anziani in carico ai servizi di tipo semiresidenziale si distinguono invece dai precedenti in quanto solo il 7,6% di essi risul-

ta frequentare centri diurni che prevedono un'assistenza di tipo sociosanitario, mentre il restante 92,4% frequenta centri sociali finalizzati alla socializzazione e allo svolgimento di attività ludico-ricreative, sociali, educative, culturali, sportive. Quest'ultima tipologia di servizi semiresidenziali ha registrato una variazione considerevole rispetto alla rilevazione precedente, segnando un -27,6% di utenti.

Relativamente al caso delle persone con disabilità, emerge invece un minor sbilanciamento a favore dei servizi di tipo sociosanitario. Mentre infatti gli utenti dei servizi semiresidenziali afferiscono per il 41,0% (23.758) a tale tipologia di attività, nel caso dei servizi domiciliari tale valore aumenta per giungere sino al 56,1% (52.027), valore comunque di molto inferiore rispetto a quanto registrato per il target precedente. Come già affermato in relazione alla Tabella 7.5, non è stato possibile scorporare anche in questo caso quanti utenti afferiscano a servizi residenziali sociosanitari e sociali, che risultano aumentati del 4,9% rispetto all'anno precedente.

È interessante notare che il numero di utenti che usufruiscono del servizio di ADI è aumentato rispetto all'anno precedente sia per il target degli anziani non autosufficienti (+15,5%), sia per il target delle persone con disabilità (+12,5%). Ciò ha comportato una riduzione delle ore medie pro-capite erogate, da 21 a 17 nel caso degli anziani e, più in generale, da 22 a 18 per la totalità degli utenti.

La situazione dei minori in condizioni di disagio risulta invece differente. Per questo gruppo oggetto d'analisi non è stato possibile identificare né la suddivisione fra sociosanitario e sociale 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. Si rileva innanzitutto l'elevato numero di minori in carico a servizi semiresidenziali di tipo sociale (630.194): 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. I minori che beneficiano del SAD risultano invece essere 19.178. Entrambi i valori risultano essere diminuiti fra il 2013 e il 2012, registrando rispettivamente un -13,0% e un -3,1%; al contrario risulta aumentato il numero di utenti che usufruiscono dei servizi residenziali, cresciuto del 12,6%.

7.2.5 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, la Tabella 7.7 riporta 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

Tabella 7.7 Tassi di copertura del bisogno per target di riferimento

Target	Descrizione target	Pop. di riferimento	Stima bisogno potenziale	Utenti in carico al servizio	Tasso di copertura servizi sociosanitari	Tasso di copertura servizi sociali
NON AUTOSUFFICIENZA anziani	Anziani (≥ 65 anni) con limitazioni funzionali	13.014.942	2.809.211	1.367.101	32,3%	16,4%
DISABILITÀ	Alunni con disabilità + persone 15-64 anni con limitazioni funzionali	44.466.845	699.000	205.401	29,4%	
DISAGIO MINORI	Minori i cui diritti sono a rischio	10.158.005	Non è possibile raggiungere una stima	666.180		

distinto fra servizi sociosanitari e servizi sociali; tale suddivisione è stata operata al fine di ridurre il rischio di sovrapposizioni naturalmente presenti in tali ambiti (è infatti probabile che una stessa persona ricorra sia a servizi di tipo sociale che di tipo sociosanitario, ad esempio di ADI e di SAD, integrandoli fra loro).

Relativamente al target anziani non autosufficienti, il tasso di copertura si attesta al 32,3% del bisogno potenziale per i servizi sociosanitari, e al 16,4% per i servizi sociali. È probabile che anche in queste misure siano presenti dei doppi conteggi di utenti (per esempio un anziano che ricorra contestualmente ad ADI e centri diurni integrati), che non è però possibile ridurre o eliminare del tutto sulla base delle informazioni disponibili. Rispetto alla rilevazione precedente la copertura del bisogno tramite servizi sociali e sociosanitari per il target anziani risulta essere aumentata del 3,1% in ambito sociosanitario e diminuita del 4,4% in ambito sociale. Due situazioni molto diverse si configurano relativamente al tasso di copertura del fabbisogno proprio delle persone con disabilità e dei minori in situazione di disagio: il primo è complessivamente pari al 29,4% (contro il 28,0% dell'anno precedente), mentre il secondo non è stato calcolato dal momento che sono disponibili solo i dati sulla popolazione 0-17 anni e non quelli effettivi sulla stima del bisogno.

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

La seguente tabella riporta il numero di utenti in carico e il valore economico dei servizi di supporto alla persona finalizzati a favorirne la permanenza presso il domicilio e delle misure economiche erogate dai comuni. Nei primi si includono i servizi: sociali professionali, di intermediazione abitativa, per l'integrazio-

Tabella 7.8 **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)	1.290.925	282.822.757
	Contributo economico	175.123	331.711.126
DISABILITÀ	Supporto alla persona per la permanenza al domicilio (escluso SAD e ADI)	463.357	713.802.937
	Contributo economico	128.391	446.359.224
DISAGIO MINORI*	Supporto alla persona per la permanenza al domicilio (escluso SAD e ADI)	1.316.033	397.282.324
	Contributo economico	449.888	538.704.768

*Per maggiore coerenza rispetto al target vengono esclusi dall'analisi le voci riferite agli asilo nido, ai servizi integrativi per la prima infanzia e all'attività di sostegno alla genitorialità

Fonte: Dati I.Stat riferiti all'anno 2013, Spesa per interventi e servizi sociali

ne 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 servizi⁴. 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 2013 raggiungevano un valore complessivo di 41.116.000 euro; fra essi un ruolo fondamentale viene giocato dalle Indennità di Accompagnamento. La tabella viene trattata separatamente rispetto alle precedenti in quanto il rischio di sovrapposizioni è molto elevato, elemento che porterebbe ad una sovrastima delle persone in carico al sistema pubblico (possiamo infatti immaginare che un anziano non autosufficiente che si trovi al domicilio ricorra sia ad attività proprie di un servizio sociale professionale, sia alla consegna dei pasti a domicilio, oltre che a SAD o ADI).

Con riferimento ai soli servizi di supporto alla domiciliarità, esclusi ADI e SAD, già inclusi nelle analisi precedenti, è possibile specificare quali di essi siano più rilevanti per ciascun target:

- Relativamente al target anziani non autosufficienti, il 45,7% e il 22,3% degli utenti sembra polarizzarsi rispettivamente sui c.d. «Servizio sociale professionale» e «Attività ricreative, sociali, culturali»; al terzo posto si trovano i

⁴ Per approfondimenti è possibile consultare il Glossario ISTAT relativo all'Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati.

servizi di trasporto sociale che coinvolgono 108.037 anziani, ossia l'8,4% del target in analisi;

- ▶ Anche nel caso delle persone con disabilità, un numero molto elevato di utenti (48,1% del totale) fa ricorso alle prestazioni proprie del servizio sociale professionale; altri servizi particolarmente rilevanti appaiono essere il servizio di trasporto sociale e il sostegno socio-educativo scolastico (che rispettivamente coinvolgono il 13,2% e il 11,9% degli utenti);
- ▶ Il target minori in condizioni di disagio si concentra invece sul «Servizio sociale professionale» (49,5% degli utenti in carico) e su «Attività ricreative, sociali, culturali» (19,9%). Più in generale, è possibile osservare una particolare rilevanza dell'intera categoria dei servizi per l'integrazione sociale.

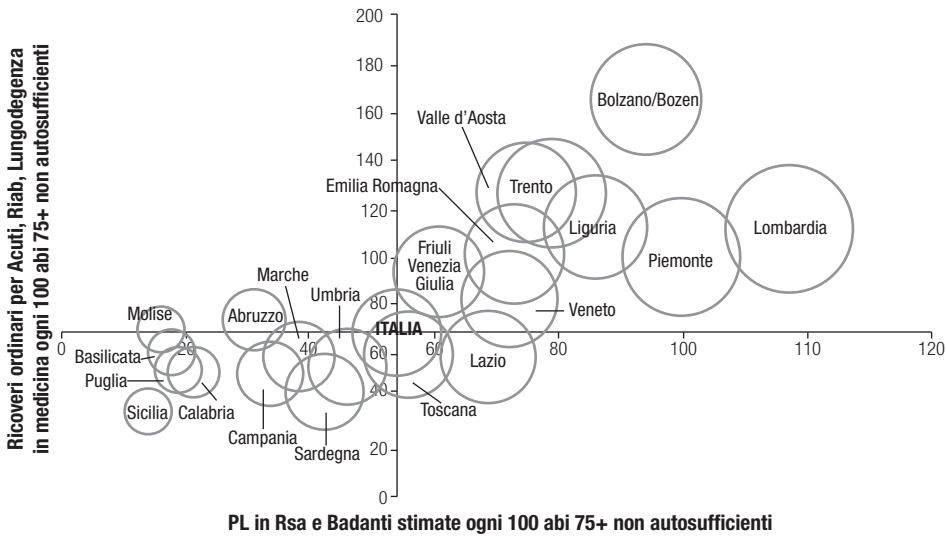
7.2.7 Considerazioni sul livello di presa in carico dei 3 target analizzati

I dati presentati fino a qui riguardano gli interventi di welfare rivolti agli anziani non autosufficienti, alle persone con disabilità e ai minori in condizioni di disagio. Questi presentano numerose criticità nel computo e nella stima in quanto non facilmente riconducibili a una prospettiva unitaria, facendo essi riferimento a problemi e bisogni differenti affrontati con ipotesi e modelli di intervento necessariamente diversi. Questa eterogeneità rende complesso individuare elementi comuni che permettano di ricomporre il quadro dei servizi in un'analisi complessiva. Nonostante tali limiti, sono stati presentati i dati riguardanti gli interventi in ambito sociale e sociosanitario con l'ambizione di fornire una stima della copertura del bisogno. Questa appare limitata con riferimento a tutti i target analizzati, evidenziando alcuni importanti vuoti di offerta. Per fare fronte a tale carenza di risposte assistenziali formalizzate i cittadini trovano soluzioni rivolgendosi ad altri setting di cura, informali (come le cosiddette «badanti») o formali ma inappropriati (come ad esempio nel caso del ricorso alla rete ospedaliera per bisogni sociosanitari da parte degli anziani non autosufficienti). Questo fenomeno è analizzato nel proseguito del capitolo.

7.3 Anziani over65 e modalità di fruizione della rete ospedaliera

Dopo aver riportato alcuni dati generali riguardanti il settore sociosanitario e sociale, si presenta in questa parte di capitolo un approfondimento riguardante i cittadini anziani e il ricorso ai ricoveri ospedalieri. Già nel rapporto OASI 2016 era stato riscontrato che i modelli regionali oggi esistenti definiscono nel loro insieme un panorama molto variegato ed eterogeneo in termini di assetti di *governance*, portafoglio dell'offerta e modalità di presa in carico dell'utenza anziana non autosufficiente. Inoltre, i dati disponibili sulla dotazione dei servizi sociosanitari e sociali confermano una situazione a macchia di leopardo a li-

Figura 7.1 **Mix lungo assistenza pubblica e informale vs ricovero ospedaliero, con copertura complessiva del bisogno**



Fonte: Fosti et al., 2016

vello nazionale ma anche all'interno degli stessi territori regionali, con livelli di copertura della popolazione molto eterogenei e in alcuni casi molto bassi rispetto alla domanda potenziale. Si è evidenziato inoltre come nelle diverse regioni si siano consolidati pattern di ricorso ai servizi ospedalieri da parte degli anziani che contraddicono le aspettative della programmazione sanitaria, smentendo l'atteso effetto sostitutivo tra setting assistenziali; era infatti emersa la presenza di regioni dove gli anziani non ricorrono a nessun tipo di assistenza e altre dove ricorrono in modo massiccio sia al ricovero ospedaliero, che alle cure intermedie, che alla rete sociosanitaria e della cura informale (Fosti et al., 2016). Come si vede in Figura 7.1 (tratta da Fosti et al., 2016) le regioni con i più alti tassi di ospedalizzazione corrispondono infatti a quelle dove è maggiormente sviluppata una rete di lungo assistenza formale (tramite residenze sanitarie assistenziali, RSA) e/o informale (tramite ricorso ad assistenti familiari, «badanti»). Questo modello emergente di ricorso ai servizi, dove chi più accede a uno dei possibili nodi del sistema accede con più frequenza anche agli altri, può essere interpretato seguendo l'ipotesi classica in sanità «dell'offerta che genera domanda», oppure immaginando che i nodi deputati all'orientamento dei cittadini e alle prese in carico «intermedie» siano ancora poco sviluppati, o ancora che il bisogno degli anziani non autosufficienti non accolto sia ancora tale da ricercare risposta in qualsiasi setting, purché espressivo di una qualche forma di assistenza.

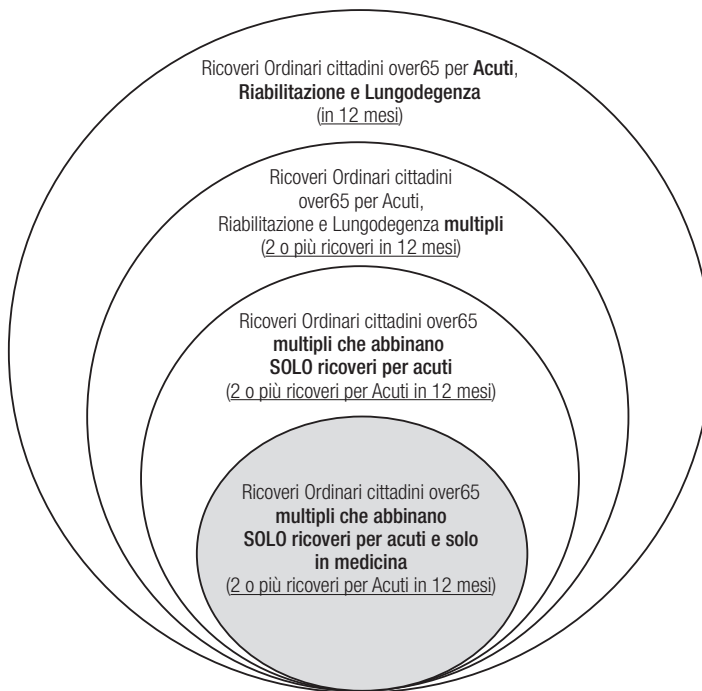
Le interpretazioni possibili sono quindi molteplici e lungi dall'essere esaustive. Per meglio comprendere il rapporto tra fruizione di servizi sanitari ospe-

dalieri e risposta a bisogni derivanti da non autosufficienza, si approfondisce in questa seconda parte del capitolo il fenomeno del ricorso ai ricoveri ospedalieri da parte degli anziani. Si vuole indagare nello specifico il fenomeno dei ricoveri ospedalieri multipli, ovvero di quelle situazioni che vedono gli anziani over65 ricorrere al ricovero in modo ravvicinato e ripetuto nel corso di uno stesso periodo di tempo. Queste situazioni vengono infatti ricollegate a bisogni sanitari e assistenziali non necessariamente caratterizzati da acuzia o emergenza, ma piuttosto derivanti da condizioni di cronicità o non autosufficienza. Definiscono quindi un bacino di prestazioni sanitarie ospedaliere che potenzialmente vanno a colmare un'assenza di alternative sociosanitarie o di cure intermedie, spostando nel perimetro degli interventi sanitari casi che teoricamente non dovrebbero trovare in questo setting una risposta in termini di presa in carico. Si vuole meglio comprendere quali siano le situazioni che più frequentemente portano a ricoveri multipli e quali elementi caratterizzino questi ricoveri in modo da proporre interpretazioni e soluzioni. Si specifica che tali ricoveri in numerosi casi possono derivare da condizioni conclamate di cronicità o con riferimento a specifiche patologie. Tramite alcune ipotesi restrittive si è cercato di escludere tali ricoveri, espressivi al contrario di una presa in carico ospedaliera appropriata. Si analizzano come prima cosa i ricoveri multipli effettuati in un orizzonte temporale di un anno da cittadini over65, esaminandone le caratteristiche e profilando le diverse situazioni. Si estende poi l'analisi ad un orizzonte temporale più ampio, che include il periodo 2012-2013-2014-2015, in modo da osservare l'esistenza di situazioni di ricovero multiplo nel medio periodo e la loro incidenza sul totale dei ricoveri. In ultima analisi si approfondisce il rapporto tra ricovero ospedaliero e strutture di lungo-assistenza sociosanitarie esaminando le caratteristiche dei ricoveri che si concludono con una dimissione verso questo tipo di strutture.

7.3.1 Analisi dei ricoveri ospedalieri degli anziani over65: metodologia e ipotesi

Le analisi presentate nei prossimi paragrafi sono state effettuate sulla base dei dati SDO⁵, Schede di Dimissione Ospedaliera, per i cittadini over65 (che hanno compiuto il loro 65imo anno di età nel 2015 o più anziani). Sulla base di questi dati è stato possibile analizzare i ricoveri effettuati da cittadini over65 distinguendo per classi di età, tipologia di ricovero, provenienza, modalità di dimissione e caratteristiche del ricovero rispetto ai DRG, agli interventi e alle diagnosi principali e alle MDC più frequenti. L'obiettivo di tali analisi è quello di approfondire il fenomeno del ricorso all'ospedale come potenziale sostituto

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

Figura 7.2 **Gruppi e sottogruppi di ricoveri considerati nelle analisi**

di altri setting assistenziali, in risposta a bisogni di lungo assistenza o derivanti da cronicità, escludendo quindi i ricoveri che sono riconducibili alla «tipica» casistica ospedaliera, legati ad episodi acuti o a interventi chirurgici. Per questo motivo sono state adottate delle ipotesi e delle restrizioni alle analisi, che vengono presentate di seguito e rappresentate in Figura 7.2:

- ▶ ***Sono stati considerati solo i ricoveri ordinari***, non includendo nell'analisi i day hospital in quanto non espressivi del fenomeno di ricerca di setting alternativi che si vuole indagare.
- ▶ ***Sono stati analizzati i ricoveri ordinari multipli con riferimento a uno specifico arco temporale***: in questo caso l'ipotesi assunta è che gli anziani over65 che ricorrono al ricovero ospedaliero come setting sostitutivo o di emergenza lo facciano con sistematicità nel tempo. Dato il profilo medio di salute della popolazione over65, i cittadini che riportano un unico ricovero ordinario (singolo) in un arco temporale di medio periodo (12 mesi) possono essere verosimilmente ricondotti ad un ricorso appropriato all'ospedale. I ricoveri multipli sono stati analizzati osservando per ogni anziano over65 il periodo di 12 mesi precedenti la data di dimissione dell'ultimo ricovero effettuato, e includendo tutti i ricoveri ordinari effettuati in questo periodo.

All'analisi su un singolo anno si aggiunge quella su un triennio (2014-2103-2012), che osserva il fenomeno a 36 mesi dall'ultimo ricovero ordinario effettuato nel 2015.

- ▶ ***Tra le possibili combinazioni di ricoveri ordinari in una sequenza di ricoveri multipli, quella che abbina solo ricoveri per acuti è stata considerata come quella che mostra con maggiore probabilità il fenomeno del ricorso all'ospedale come setting di cura sostitutivo.*** I ricoveri multipli che vedono susseguirsi ricoveri per acuti, per lungodegenza e/o riabilitazione possono essere infatti interpretati come percorsi di presa in carico che fanno seguire all'episodio acuto una presa in carico in riabilitazione o lungodegenza, quindi espressivi di una presa in carico appropriata.
- ▶ ***Tra i ricoveri ordinari multipli per acuti si opera una distinzione tra quelli che includono almeno un ricovero chirurgico nella sequenza e quelli che presentano solo ricoveri medici.*** I primi infatti, sulla base della presenza di un evento di natura chirurgica, possono essere interpretati ancora una volta come ricoveri multipli «maggiormente appropriati» in quanto derivanti da una situazione clinica sfociata nella necessità di un ricovero chirurgico.
- ▶ ***Tra i ricoveri multipli si indagano quelli che si ripetono presentando una stessa MDC.*** Questo è indicativo di un ricorso al ricovero ospedaliero per intervenire su una stessa patologia o condizione sanitaria, senza che il ricovero sia risolutivo del bisogno espresso.

I dati sono presentati di seguito seguendo due diverse tre diverse classificazioni:

- ▶ Per classi di età: 65-74enni; 75-84enni; over85enni.
- ▶ Per numero di ricoveri multipli nell'orizzonte temporale di riferimento. Per i 12 mesi a partire dal 2015: 2 ricoveri, 3 ricoveri, 4 ricoveri, 5 o più ricoveri.
- ▶ Per «abbinamenti» di ricoveri: solo Acuti; Acuti e Riabilitazione; Acuti e Lungodegenza; Acuti, Riabilitazione e Lungodegenza; Riabilitazione e Lungodegenza.

Si presentano di seguito le analisi svolte, partendo dalla rappresentazione generale del fenomeno e caratterizzando via via i ricoveri multipli che segnalano un ricorso inappropriato all'ospedale, utilizzato come setting sostitutivo in presenza di bisogni di lungo assistenza o legati a condizione di cronicità. Da ultimo si presentano dati che illustrano il rapporto tra ricovero ospedaliero e inserimento in strutture sociosanitarie residenziali (RSA).

7.3.2 Il fenomeno dei ricoveri multipli degli anziani over65

Nel panorama dei ricoveri ospedalieri in Italia, quelli che riguardano cittadini over65 costituiscono circa il 46% del totale. Nel 2015 infatti, su 6.827.050 rico-

Tabella 7.9 **Il fenomeno dei ricoveri multipli dei cittadini over65 nell'arco di 12 mesi (2015)**

	Pazienti	Ricoveri ordinari	GG totali	GG medie per paziente	GG medie per ricovero
Ricoveri singoli 65+ anno 2015	1.421.712	1.421.712	11.395.190	8,02	8,02
Ricoveri multipli 65+ avvenuti nell'anno 2015 (01.01-31.12)	680.731	1.747.542	19.535.122	28,69	11,17
Totale ricoveri tot 65+ anno 2015	2.102.443	3.169.254	30.930.312	14,71	9,76
Ricoveri multipli 65+ definiti come ricoveri avvenuti nel 2015 e nell'arco dei 12 mesi precedenti la data di dimissione dell'ultimo ricovero 2015 (tra 01.01.2014 e 31.12.2015)	881.361	2.402.892	25.933.628	29,42	10,79

veri ordinari (di cui 6.398.034 per acuti e i restanti in riabilitazione o lungodegenza) ben 3.169.254 hanno riguardato cittadini over65. Di questi circa il 37% ha riguardato cittadini tra i 65 e i 74 anni, il 41% cittadini tra i 75 e gli 85 anni e il 22% cittadini over85. In valori assoluti i cittadini anziani che hanno effettuato ricoveri sono stati 2.102.443, pari al 16% della popolazione anziana italiana e al 4% della popolazione totale⁶.

Guardando al numero di ricoveri nell'anno 2015 emerge che il 68% degli anziani ha svolto nel 2015 solo un ricovero (d'ora in poi «ricovero singolo») per un totale di 1.421.712 ricoveri e pazienti anziani. Nello stesso anno, 680.731 ulteriori (pari al 32% del totale) anziani hanno svolto invece più di un ricovero ordinario (almeno due), aggiungendo quindi al totale altri 1.747.542 ricoveri per una media di 2,6 ricoveri a testa. Ampliando l'orizzonte temporale e indagando i 12 mesi precedenti all'ultimo ricovero del 2015, emerge che gli anziani che hanno effettuato ricoveri multipli a cavallo tra il 2014 e il 2015 sono 881.361 per un totale di 2.402.892 ricoveri. Si conferma quindi che, tra gli anziani over65 che hanno effettuato almeno un ricovero ordinario in un periodo di 12 mesi, 1 ogni 3 ha svolto ricoveri multipli. In Tabella 7.9 si presentano ulteriori dati descrittivi del fenomeno.

Indagando il fenomeno nelle diverse regioni italiane, si conferma quanto già riportato precedentemente nel capitolo, ovvero che il ricorso al ricovero ospedaliero da parte dei cittadini over65 è in termini generali più alto in quelle regioni dove è più alta è anche la dotazione di servizi (come si vede in Figura 7.1). Lo stesso vale per il fenomeno dei ricoveri multipli. La Figura 7.3 mostra i tassi di ospedalizzazione complessivi, per ricoveri singoli e per ricoveri multipli in tutte le regioni italiane. La Figura 7.4 mostra invece la distribuzione tra ricoveri

⁶ Al 01.01.2015 la popolazione italiana over65 era pari a 13.219.074 di cui il 49% tra i 65 e i 74 anni, il 36% tra i 75 e gli 84 anni e il 15 oltre gli 85 anni. Gli anziani over65 corrispondono al 22% della popolazione totale (Istat, 2017).

Figura 7.3 **Tasso di ospedalizzazione ogni 1000 cittadini over65, anno 2015**

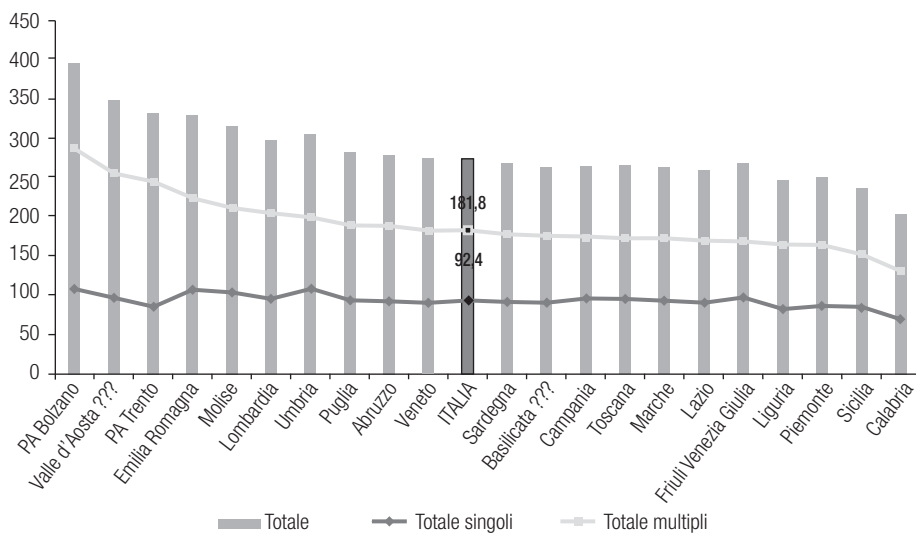


Figura 7.4 **Distribuzione dei ricoveri singoli e multipli per over65 sul totale dei ricoveri over65, anno 2015**

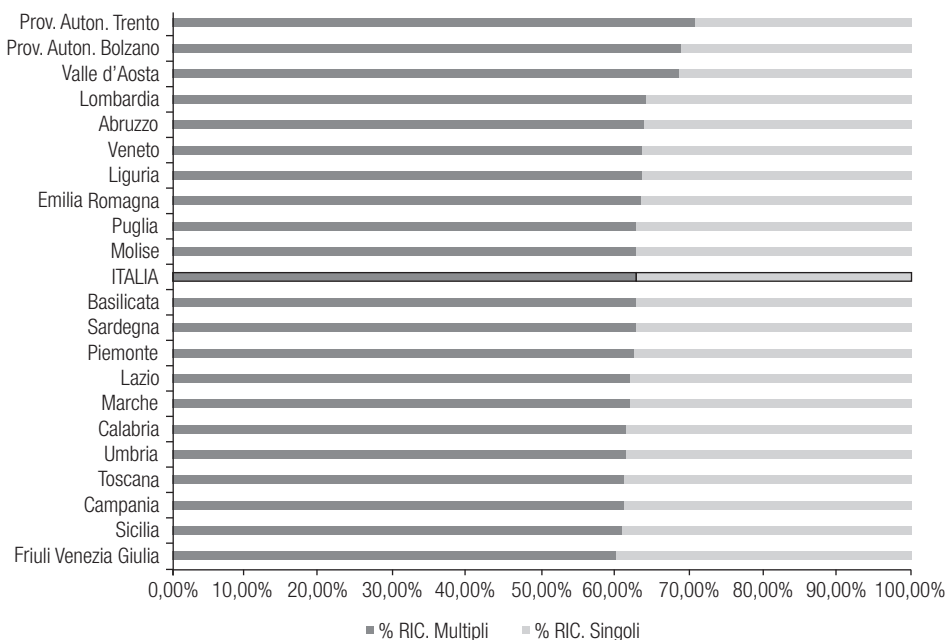


Tabella 7.10 Volumi e casistica caratterizzante i ricoveri multipli degli over65, 2015

	Pazienti	Ricoveri	% su tot. ricoveri	Giornate	GG medie per paziente	GG medie per ricovero
2 ricoveri nei 12 mesi	526.937	1.053.874	43,86%	11.006.580	20,89	10,44
3 ricoveri nei 12 mesi	202.589	607.767	25,29%	6.635.769	32,75	10,92
4 ricoveri nei 12 mesi	84.650	338.600	14,09%	3.860.381	45,60	11,40
5 o più ricoveri nei 12 mesi	67.185	402.651	16,76%	4.430.898	65,95	11,00

Tabella 7.11 Distribuzione per fasce di età dei ricoveri multipli degli over65, 2015

	65-74 anni	75-84 anni	85+
2 ricoveri nei 12 mesi	35,7%	41,5%	22,8%
3 ricoveri nei 12 mesi	33,8%	43,1%	23,0%
4 ricoveri nei 12 mesi	34,1%	44,1%	21,8%
5 o più ricoveri nei 12 mesi	37,5%	44,3%	18,2%
Ricoveri multipli totali	35,3%	42,3%	22,4%

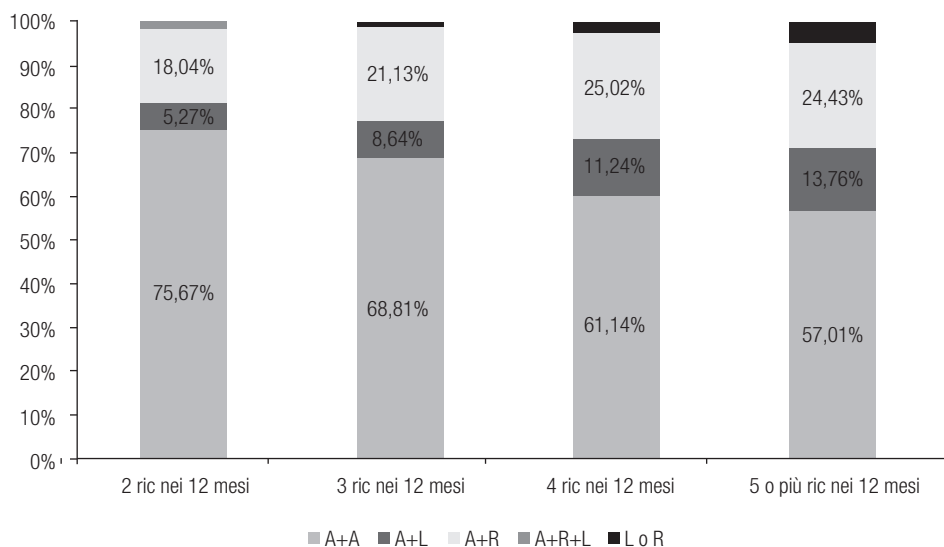
singoli e multipli. Le differenze interregionali tra tassi di ospedalizzazione degli over65⁷ sono spiegate in gran parte dal tasso di ospedalizzazione per ricoveri multipli, mentre il tasso di ospedalizzazione per ricoveri singoli risulta omogeneo e in linea con la media italiana pari a 10,76 ricoveri ogni 100 cittadini over65. In estrema sintesi è possibile affermare quindi che le regioni che mostrano tassi di ospedalizzazione dei cittadini over65 più elevati lo devono ad una maggiore frequenza di ricoveri multipli rispetto alle altre.

Il dato medio di 2,6 ricoveri per ogni anziano fautore di ricoveri multipli è sostanziato dal fatto che la maggior parte della casistica (il 43,86%, pari a 1.053.874 ricoveri complessivi) è composta da coppie di ricoveri e un ulteriore 25% della casistica (pari a 607.767 ricoveri complessivi) da serie di tre ricoveri. Per la restante parte nel 14% dei casi si tratta di serie di quattro ricoveri in 12 mesi e per il 16% di cinque o più ricoveri in 12 mesi (Tabella 7.10). Per ognuna di queste fattispecie la fascia di età più rappresentata è quella degli anziani tra i 75 e gli 84 anni (in Tabella 7.11).

Guardando alle tipologie di ricovero («Acuti», indicati con A nelle figure seguenti; «Riabilitazione», indicati con R nelle figure seguenti e «di Lungodegenza», indicati con L nelle figure seguenti), il 75% dei ricoveri multipli è rappresentato da serie di ricoveri che includono solo la tipologia per acuti. Questa percentuale tende a diminuire all'aumentare del numero di ricoveri multipli in 12 mesi; in particolare i ricoveri multipli che prevedono quattro, cinque o più ricoveri in 12 mesi presentano un mix interno di tipologie più articolate e assu-

⁷ Calcolato come (Totale ricoveri della tipologia analizzata) / (Popolazione residente over65 2015) * 100.

Figura 7.5 **Distribuzione delle tipologie di ricovero per numero di ricoveri multipli, 2015**

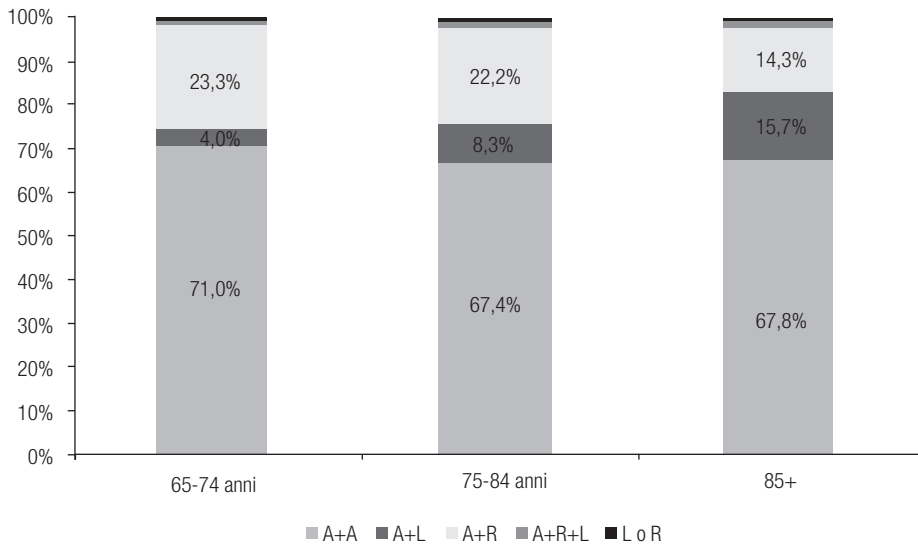


mono maggior rilievo le casistiche che abbinano a ricoveri per acuti anche ricoveri per riabilitazione (25% di casi circa) o lungodegenza (11 o 13%), entrambi meno rilevanti nel caso di due o tre ricoveri multipli.

La prevalenza di ricoveri multipli tutti per acuti è confermata a prescindere dalla fascia di età (Figura 7.6): per tutte e tre infatti risulta essere la casistica maggiormente presente. Unica differenza rimarcabile è quella che segnala che tra i 65-74enni e i 75-84enni la seconda situazione più frequente è quella che abbinava a ricoveri per acuti quelli per riabilitazione, mentre per gli over85 è decisamente più rilevante la casistica che abbinava a ricoveri per acuti quelli in lungodegenza.

Con riferimento alle motivazioni dei ricoveri multipli sono stati analizzati i DRG, gli interventi principali, le diagnosi principali e le MDC più frequenti (riportate in Tabella 7.12). Complessivamente circa il 55% dei ricoveri multipli è riferito a «Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio, del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo e dell'apparato respiratorio». Le prime tre diagnosi per frequenza sono «insufficienza respiratoria acuta», «insufficienza cardiaca congestizia non specificata», «insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)» (complessivamente 18% dei ricoveri). I primi tre DRG sono invece «insufficienza cardiaca e shock», «edema polmonare e insufficienza respiratoria» e «sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori» (complessivamente 15% dei ricoveri).

Al fine di valutare se il fenomeno dei ricoveri multipli fosse significativo anche con un orizzonte temporale più lungo, l'analisi è stata estesa da 12 a 36 mesi.

Figura 7.6 Distribuzione delle tipologie di ricovero per fasce di età, 2015

Tabella 7.12 Prime 10 MDC per frequenza tra i ricoveri multipli, 2015

Classifica MDC	N. ricoveri	%
Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	552.907	23,01%
Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	365.973	15,23%
Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	327.296	13,62%
Malattie e disturbi del sistema nervoso	233.856	9,73%
Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	185.874	7,74%
Malattie e disturbi dell'apparato digerente	181.270	7,54%
Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	122.317	5,09%
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	72.086	3,00%
Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	56.376	2,35%
Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	46.237	1,92%
Altro	258.700	10,77%

Si è voluto verificare quindi se gli anziani che hanno effettuato ricoveri multipli (due o più) in un periodo di 12 mesi a partire dal 2015, ne avessero effettuati altri precedentemente e più precisamente nel triennio precedente (2014-2013-2012). L'analisi ha mostrato che il 17% degli anziani che ha svolto ricoveri multipli nel 2015 ne aveva già svolto uno ulteriore nel periodo precedente, il 9% ne aveva svolti altri due e il 5% altri tre per un totale di ulteriori 457.065 ricoveri (Tabella 7.13). Un altro 6,5% ne ha svolti un numero maggiore, da tre fino a oltre 16 ricoveri (in questo ultimo caso parliamo di 338 cittadini, pari allo 0,04% del totale). Guardando alle caratteristiche di tali ricoveri questi sono per la maggior parte ricoveri acuti (in media il 92%) e in medicina (in media il 70%).

Tabella 7.13 **Volumi e caratteristiche dei ricoveri ulteriori effettuati nel triennio 2012-2013-2014 da parte di over65 che avevano già effettuato ricoveri multipli nel 2015¹**

Ricoveri ulteriori precedenti i ricoveri multipli 2015	Pazienti	Ricoveri	% pazienti che hanno effettuato ricoveri multipli nel 2015 e precedentemente sul totale 2015	A	L	R	M	C
1 ricoveri	155.028	155.028	17,59%	97,58%	0,89%	1,53%	61,06%	38,94%
2 ricoveri	84.462	168.924	9,58%	91,57%	1,90%	6,53%	65,20%	34,79%
3 ricoveri	44.371	133.113	5,03%	91,53%	2,11%	6,36%	68,39%	31,60%
4 ricoveri	24.767	99.068	2,81%	90,78%	2,34%	6,88%	71,07%	28,92%
5 ricoveri	13.385	66.925	1,52%	90,58%	2,64%	6,78%	73,35%	26,63%
6 ricoveri	7.428	44.568	0,84%	90,29%	2,89%	6,83%	75,18%	24,81%
7 ricoveri	4.358	30.506	0,49%	90,31%	2,69%	6,99%	77,26%	22,74%
8 ricoveri	2.615	20.920	0,30%	90,94%	2,56%	6,50%	78,69%	21,28%
9 ricoveri	1.554	13.986	0,18%	90,48%	2,97%	6,55%	80,36%	19,62%
10 ricoveri	951	9.510	0,11%	90,80%	2,92%	6,28%	82,71%	17,29%
11-15 ricoveri	1.563	19.184	0,18%	92,22%	2,64%	5,14%	85,27%	14,72%
16+ ricoveri	338	6.817	0,04%	95,76%	1,82%	2,42%	93,84%	6,15%
Totale	340.820	768.549	38,67%	92,47%	2,01%	5,52%	69,06%	30,93%

(1) In tabella: A sta per Acuti, L per Lungodegenza, R per Riabilitazione, M per Medici e C per Chirurghi

I ricoveri multipli per acuti in medicina: quale interpretazione?

L'analisi si concentra ora sui ricoveri multipli che presentano esclusivamente una sequenza di ricoveri per acuti nei 12 mesi precedenti all'ultimo ricovero effettuato nel 2015. Come già presentato nella metodologia, si assume l'ipotesi che è proprio in questo gruppo di ricoveri multipli che si configura il ricorso all'ospedale come setting sostitutivo di altre forme di assistenza e cura funzionali a bisogni di lungo assistenza e cronicità. I ricoveri multipli che mixano invece ricoveri acuti, di riabilitazione e di lungodegenza segnalano probabilmente una presa in carico articolata lungo la filiera dei diversi setting assistenziali, sebbene tutti ospedalieri. I ricoveri multipli per acuti sono stati nel 2015 1.652.187, ovvero il 68% del totale. Di questi il 68% è costituito da ricoveri medici (1.130.667) mentre il 32% da ricoveri chirurgici. Stringendo ancora il campo si escludono dall'analisi anche i ricoveri in chirurgia: l'ipotesi è che se il ricovero ha avuto come oggetto un intervento chirurgico questo era sicuramente espressivo di un bisogno clinico e quindi non riconducibile a quella fattispecie di ricerca di setting assistenziali che qui si sta indagando. Queste ipotesi restrittive ridefiniscono il campione di analisi in un bacino di 960.642 ricoveri⁸ pari al 39%

⁸ Avendo escluso i ricoveri chirurgici, tutte quelle coppie di ricoveri multipli che erano formati da un ricovero per acuti in medicina e uno in chirurgia o da più ricoveri per acuti tutti in chirurgia sono stati esclusi dal campione. Questi ammontano a 170.025 e sono pari al 15% dei ricoveri multipli per acuti.

Tabella 7.14 **Distribuzione dei ricoveri multipli per numero di MDC, 2015**

	1 MDC	2 MDC	3 MDC	4 MDC	Più di 4 MDC
2 ricoveri nei 12 mesi	40,93%	59,07%			
3 ricoveri nei 12 mesi	25,72%	47,45%	26,83%		
4 ricoveri nei 12 mesi	19,47%	39,14%	31,88%	9,50%	
5 o più ricoveri nei 12 mesi	16,06%	32,45%	30,34%	15,24%	5,90%
Ricoveri multipli totali	31,23%	50,19%	14,52%	3,24%	0,82%

Tabella 7.15 **Distribuzione dei ricoveri multipli per numero di strutture di ricovero, 2015**

	1 struttura	2 strutture	3 strutture	4 strutture	Più di 4 strutture
2 ricoveri nei 12 mesi	62,5%	37,5%			
3 ricoveri nei 12 mesi	50,3%	39,3%	10,4%		
4 ricoveri nei 12 mesi	43,7%	38,5%	15,0%	2,9%	
5 o più ricoveri nei 12 mesi	44,4%	34,3%	15,4%	4,7%	1,2%
Ricoveri multipli totali	54,78%	37,60%	6,45%	0,99%	0,17%

dei ricoveri multipli del 2015 considerati a inizio capitolo⁹. Osservando questo campione ci si trova di fronte ad una casistica di over65enni che nell'arco di 12 mesi hanno effettuato due o più ricoveri, tutti per acuti e tutti in reparti medici.

Quali sono state le motivazioni che hanno portato a questo comportamento? Alcune analisi specifiche sono state condotte per comprendere il fenomeno. In prima istanza si è cercato di capire se la motivazione alla base dei ricoveri multipli fosse sempre la stessa o cambiasse nel tempo tra un ricovero e il successivo. Si è guardato quindi alle MDC (ovvero alla classe di diagnosi, poiché nel caso di stessa MDC essa è riconducibile a un'unica patologia) dei singoli ricoveri facenti parte del gruppo dei multipli di un singolo anziano e se ne è analizzata la variazione (Tabella 7.14). Nel 31% dei casi la MDC è la stessa per tutti ricoveri multipli. Nel caso di quattro o cinque o più ricoveri in 12 mesi anche la presenza di due MDC è ritenuta significativa (in media 36%). Ad ogni modo, nella gran parte dei casi i ricoveri si ripetono con riferimento a una stessa MDC. Lo stesso vale per la struttura di ricovero (Tabella 7.15): indagando la struttura per i singoli ricoveri di un gruppo di multipli emerge infatti che nel 55% dei casi questi vengono effettuati tutti in una stessa struttura e nel 38% in due strutture differenti.

⁹ I ricoveri multipli definiti in modo più esteso, sia medici che chirurgici, sia per acuti che in riabilitazione o lungodegenza.

Tabella 7.16 **Distribuzione delle provenienze di ricovero tra ricoveri multipli, 2015**

	Senza proposta del medico	Programmato o con proposta del medico	Trasferito da altro istituto	Traferito dallo stesso istituto
2 ricoveri nei 12 mesi	57,44%	19,35%	4,54%	18,67%
3 ricoveri nei 12 mesi	58,07%	18,40%	4,53%	19,00%
4 ricoveri nei 12 mesi	58,11%	18,49%	4,52%	18,88%
5 o più ricoveri nei 12 mesi	50,96%	27,69%	3,50%	17,85%
Ricoveri multipli totali	56,80%	20,17%	4,39%	18,64%

Rispetto all'origine e all'esito dei ricoveri si è guardato alle provenienze e alle modalità di dimissione dei ricoveri parte di ricoveri multipli per acuti e in medicina degli over65. Rispetto alla provenienza emerge con chiarezza che la maggior parte di questi ricoveri è al di fuori di un percorso di presa in carico di qualsiasi tipo: il 57% di questi infatti avviene senza proposta del medico. Dei restanti 43%: il 20% è un ricovero che deriva da proposta del medico; il 19% su trasferimento dallo stesso istituto e il 4% da trasferimento da altro istituto. Particolarmente significativo è il dato sui trasferimenti da uno stesso istituto: essi infatti sono ricoveri che si originano da trasferimenti interni tra reparti. Si osserva poi che è presente una certa variabilità tra provenienze per ricoveri multipli di due, tre, quattro o cinque o più ricoveri. Ad esempio, per quest'ultima categoria, l'incidenza dei ricoveri programmati o su proposta del medico sale al 27%.

Il 6,7%¹⁰ dei ricoveri multipli indagati si conclude con il decesso dell'anziano. Nel restante 92,3% dei casi la modalità di dimissione più frequente è quella al domicilio senza alcun tipo di presa in carico (circa il 90% dei ricoveri). Negli altri rari casi si realizza invece una dimissione verso il domicilio con l'attivazione di una presa in carico (ADI o ospedale a domicilio; 2,5% dei casi), oppure una dimissione verso RSA (3,8%) o altro istituto (2,9%). Se fossero stati considerati anche i ricoveri in chirurgia il dato sarebbe stato significativamente diverso rispetto alle dimissioni verso RSA e verso altri istituti, con un aumento della quota dei secondi (dimissioni verso altri istituti) a svantaggio dei primi (dimissioni verso RSA). Anche in questo caso resterebbe comunque il dato molto significativo della predominanza delle dimissioni verso domicilio senza alcuna presa in carico. Con riferimento alle dimissioni al domicilio con ADI già nel par. 7.2.5 si segnalava come l'intensità assistenziale dell'assistenza domiciliare fosse molto bassa e pari a 17 ore medie per utente

¹⁰ Il dato è leggermente più alto del tasso di decesso dei ricoveri per over65 totali, per i quali è pari al 6,18% (anno 2015).

Tabella 7.17 **Distribuzione delle modalità di dimissioni per ricoveri multipli, 2015**

	Verso domicilio, senza presa in carico	Al domicilio, con presa in carico	Verso RSA	Verso stesso istituto	Verso altro istituto
2 ricoveri nei 12 mesi	90,85%	2,06%	3,60%	0,89%	2,60%
3 ricoveri nei 12 mesi	89,50%	2,61%	4,00%	1,07%	2,82%
4 ricoveri nei 12 mesi	88,96%	2,95%	4,02%	1,11%	2,97%
5 o più ricoveri nei 12 mesi	89,80%	2,96%	3,40%	1,12%	2,72%
Ricoveri multipli totali	89,88%	2,45%	3,79%	0,99%	2,89%

anziano: da questo punto di vista si ritiene che la distinzione tra dimissione al domicilio con o senza presa in carico è di scarso rilievo. La limitatezza della presa in carico domiciliare contribuisce probabilmente a spiegare perché la modalità di dimissione al domicilio prevalente sia quella senza alcuna presa in carico domiciliare.

7.3.3 Dimissioni ospedaliere e inserimento in strutture sociosanitarie

L'ultima parte dell'analisi approfondisce il tema delle dimissioni ospedaliere verso strutture sociosanitarie e, in particolare, verso RSA. Questo approfondimento è utile per comprendere l'altra faccia del fenomeno, ossia quali ricoveri danno origine a una dimissione verso RSA. Guardando a tutti i ricoveri ordinari per over65 avvenuti nel 2015, quelli che hanno originato una dimissione verso RSA sono il 2,5%. È interessante osservare che questo dato medio (che include tutti i ricoveri 2015) è inferiore rispetto a quello osservato per i ricoveri multipli per acuti in medicina (per i quali era pari al 3,8%). A supporto di questa osservazione si aggiunge che le dimissioni verso RSA si originano per il 60,5% dei casi da ricoveri che nel 2015 sono inseriti in gruppi di ricoveri multipli, mentre per il 39,5% da ricoveri che sono singoli nel 2015. Il dato è poi più alto (comprensibilmente) per i ricoveri acuti rispetto a quelli in riabilitazione e lungodegenza, mentre è omogeneo per fasce di età e leggermente crescente (ovvero aumenta all'aumentare dell'età). Sono dimessi verso RSA il 2,29% dei 65-74enni, il 2,55% dei 75-84enni e il 2,39% degli over85. Rispetto alla caratterizzazione delle motivazioni di ricovero poi sfociato in inserimento verso RSA, le MDC più frequenti sono le «malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo», le «malattie e disturbi dell'apparato respiratorio», le «malattie e disturbi del sistema nervoso» e le «malattie e i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio». Le diagnosi più frequenti sono invece: «insufficienza respiratoria acuta», «fratture in sezione trocanterica», «insufficienza cardiaca congestizia non specificata», «trombosi cerebrale con infarto cerebrale», «broncopolmonite», «polmonite», «insufficienza renale acuta». I DRG più frequenti

sono invece: «edema polmonare e insufficienza respiratoria», «emorragia intracranica o infarto cerebrale», «insufficienza cardiaca e shock», «sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori», «polmonite semplice e pleurite», «setticemia».

7.4 Conclusioni

Nella prima parte del capitolo si è analizzato il livello di offerta e presa in carico della rete sociale e sociosanitaria per anziani non autosufficienti, disabili adulti e minori. Rispetto alle analisi già svolte nel Rapporto OASI 2016 e qui aggiornate, si confermano bassi tassi di copertura del bisogno tramite servizi sociosanitari e sociali per tutti i target di utenza. In alcuni casi si è registrata una inattesa diminuzione dell'offerta di servizi e quindi un probabile arretramento della capacità di presa in carico e del sistema di welfare pubblico. È il caso dell'assistenza domiciliare ADI, che nel corso di un anno ha visto diminuire il numero di ore erogate per cittadino in carico da 22 nel 2012 a 18 nel 2013¹¹. Se tale arretramento è facilmente individuabile e attuabile da parte del programmatore pubblico data la flessibilità della spesa per assistenza domiciliare, lo stesso non si può dire nel caso dei servizi residenziali per i quali la presenza di dotazioni infrastrutturali rende la spesa più rigida e vincolata ai livelli storici. Si intravede in questo primo dato un segnale della mancanza di una chiara visione di policy sul settore sociosanitario e sociale e di una coerenza tra gli obiettivi dichiarati delle politiche e gli interventi erogati a livello locale nei servizi. Non si vede tuttavia una possibilità nel breve periodo di maggiore chiarezza nello sviluppo di una strategia per il settore: date le sue caratteristiche e in particolar modo il livello di frammentazione che lo caratterizza, non esiste a oggi un attore istituzionale sufficientemente forte da promuovere una visione in grado di indirizzare l'agenda di policy e orientare il sistema nel suo complesso.

Tale contesto produce effetti non solo sul sistema sociosanitario e sociale e sui cittadini che manifestano bisogni assistenziali, ma si allarga con un effetto «alone» anche su altri comparti pubblici, sui quali si riversano gli effetti della mancata o debole presa in carico nei settori citati. Ne sono esempio il settore sanitario (sul quale sono state svolte analisi specifiche in questo capitolo), il settore dei servizi pubblici comunali erosi dal drenaggio di risorse verso gli interventi sociali, e gli interventi socioassistenziali di INPS, in costante aumento negli ultimi anni¹².

¹¹ Tali valori si riferiscono alla popolazione nella sua interezza. Facendo invece riferimento ai soli anziani over65 si nota che il numero medio di ore ADI erogate è diminuito da 21 nel 2012 a 17 nel 2013.

¹² La spesa Inps per prestazioni sociali nel 2014 è stata di 280 milioni, con un incremento di 66

Con riferimento al settore sanitario, nel capitolo si è mostrato come l'effetto «alone» prodotto dallo sconfinamento di alcuni bisogni assistenziali generi un sovraccarico nel comparto ospedaliero, in particolare si è analizzato il caso specifico dei ricoveri effettuati da persone non autosufficienti che si rivolgono all'ospedale come setting di presa in carico in mancanza di altre risposte.

Il fenomeno dei ricoveri multipli presentato nel par. 7.3 mette in luce una potenziale sacca di ricoveri inappropriati.

I ricoveri multipli, nel corso di almeno un anno, riguardano un terzo dei ricoverati over65, e si concentrano prevalentemente tra i ricoveri per acuti (non, come sarebbe lecito aspettarsi, tra i ricoveri che integrano in una filiera acuto, lungodegenza, riabilitazione). Tra i ricoveri multipli, il 39% riguarda una casistica di over65enni che nell'arco di 12 mesi hanno effettuato due o più ricoveri, tutti per acuti e tutti in reparti medici, al di fuori quindi di un percorso di filiera o di un ricovero chirurgico che in modo differente evidenziano una linea di appropriatezza.

L'analisi dei ricoveri multipli ha evidenziato come tali ricoveri siano presenti soprattutto nelle regioni con maggiore dotazione di offerta, come siano fuori da un percorso complessivo di presa in carico dell'anziano e come a loro volta le dimissioni diano vita in misura molto limitata a percorsi di presa in carico domiciliare.

Il citato concetto di «inappropriatezza» si colora di due significati contrapposti: si tratta con buona probabilità di ricoveri caratterizzati da inappropriatezza «tecnica», in quanto evitabili da un punto di vista prettamente clinico, ma non sono del tutto inappropriati nella prospettiva del paziente anziano non autosufficiente e della sua famiglia, per i quali il bisogno per cui cercano una risposta è talmente grave e urgente che riconoscono nel contesto ospedaliero la migliore risposta possibile in termini di tempo e risorse messe in campo. Lo scollamento tra il percepito della famiglia e quello dei professionisti o policy maker è molto ampio: se i secondi lamentano un dirottamento di risorse inappropriate e cercano di riorientare la presa in carico verso altri servizi riconoscendo un dispiego eccessivo di risorse per questo target di utenza, i primi lamentano invece una carenza rispetto alle cure ricevute. Il fenomeno genera poi due diversi effetti rispetto alla possibilità di accesso ai servizi pubblici. Il primo è legato al fatto che viene esasperata la differenziazione tra settore sanitario gratuito e universalistico (quindi facilmente accessibile) e settore sociosanitario per il quale vige compartecipazione e selezione dell'utenza (quindi «a numero chiuso», con barriere all'ingresso). Il secondo effetto è legato alla differenziazione territoriale: i dati regionali mostrano ancora una volta uno spaccato tra nord e sud del Paese,

milioni di euro rispetto al 2013 (di cui 122,1 milioni di euro per prestazioni a favore dei giovani, e 156,7 milioni di euro per prestazioni a favore di persone anziane non autosufficienti e disabili).
Fonte: welforum.it su dati INPS 2014.

dove nelle regioni del nord sembra emergere un tema di sovraccarico per la rete ospedaliera e per le regioni del sud un vuoto generalizzato nell'offerta di servizi.

I fenomeni descritti sono consistenti nei volumi e strutturali nella loro diffusione nel tempo e nelle regioni. Chiedersi come sciogliere questo nodo vuol dire decidere se rilanciare il settore socioassistenziale in modo che si strutturi e diventi in grado di prendere in carico gli utenti di sua competenza, oppure agire sul settore sanitario in modo da definire regole più stringenti per l'accesso ai servizi, che schermano il ricorso a servizi sanitari da parte di chi presenta bisogni socioassistenziali. La seconda opzione è sicuramente più complessa in quanto di fronte ad una tale urgenza e intensità del bisogno espresso dai cittadini il sistema sanitario nazionale non può agire facilmente un diniego alle cure, considerando anche che l'alternativa oggi in campo per buona parte dei casi è una totale assenza di presa in carico. Si pone una riflessione che ha implicazioni di etica pubblica e di equità nelle cure. Allo stesso tempo difficilmente si può immaginare che in breve tempo il settore sociosanitario e sociale riesca a espandersi e a crescere in modo tale da offrire quelle risposte oggi mancanti: il dilemma continuerà a pesare ancora sulle spalle del settore sanitario che dovrà chiedersi se continuare a offrire risposte, indebolendo però la sua capacità di investire sul suo *core business* (il bisogno sanitario puro) diluendo le risorse anche per altri tipi interventi o, all'opposto, attuare una separazione netta tra settori, costruendo esplicitamente sistemi di *gate keeping* che selezionino in modo più severo gli accessi al sistema.

Bibliografia

- Fosti G., Larenza O., Longo F., 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., Furnari A., Longo F., Notarnicola E., Pirazzoli A. (2016), «Il sistema sociosanitario e sociale: risposta al bisogno e filiera dei servizi» in Cergas Bocconi (a cura di), (2016), *Rapporto OASI 2016*, Egea, Milano.
- INPS (2014), *Bilancio Sociale – Anno 2013*, disponibile online https://www.inps.it/docallegatiNP/DatiEBilanci/bilanciosocialeinps/Documents/BS2013_Integrale.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 (2015), *Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi – Anno 2013*, disponibile online http://www.istat.it/it/files/2015/07/Inclusione-sociale-persone-con-limitazioni-funzionali_def_240715.pdf?title=Limitazioni+funzioni%2C+invalidit%C3%A0%2C+cronicit%C3%A0+gravi++21%2Fflug%2F2015++Testo+integrale.pdf
- ISTAT (2016), *I presidi residenziali socio-assistenziali e sociosanitari – Anno 2014*, disponibile online <http://dati.istat.it/Index.aspx>
- ISTAT (2016), *Spesa per interventi e servizi sociali – Anno 2013*, disponibile online <http://dati.istat.it/Index.aspx>
- Ministero della Salute (2016), *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN - Anno 2013*, disponibile online http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2536
- 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>

