

Indagine conoscitiva sullo stato di fragilità della popolazione anziana in Italia



in collaborazione con



Giugno 2014

INDICE

INTRODUZIONE

1. GLI SCENARI DEMOGRAFICI E LA CONDIZIONE DI SALUTE

2. L'OFFERTA DI ASSISTENZA CONTINUATIVA AGLI ANZIANI TRA INTERVENTO PUBBLICO, RETI INFORMALI E MERCATO

2.1 I servizi domiciliari pubblici e privati

2.2 I servizi residenziali

2.3 Le prestazioni monetarie

3. I RISULTATI DELLA RICERCA*

3.1 Il campione, l'analisi descrittiva

3.2 La cura familiare e l'autovalutazione dello stato di non autosufficienza

3.3 Il sostegno alla Non Autosufficienza

3.4 L'incidenza delle spese per l'assistenza

3.5 Conclusioni

4. INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO DI FRAGILITA' DELLA POPOLAZIONE ANZIANA ATTRAVERSO SCHEDA DI VALUTAZIONE S.VA.Fra.**

4.1 Introduzione

4.2 Obiettivi

4.3 Materiali e metodi

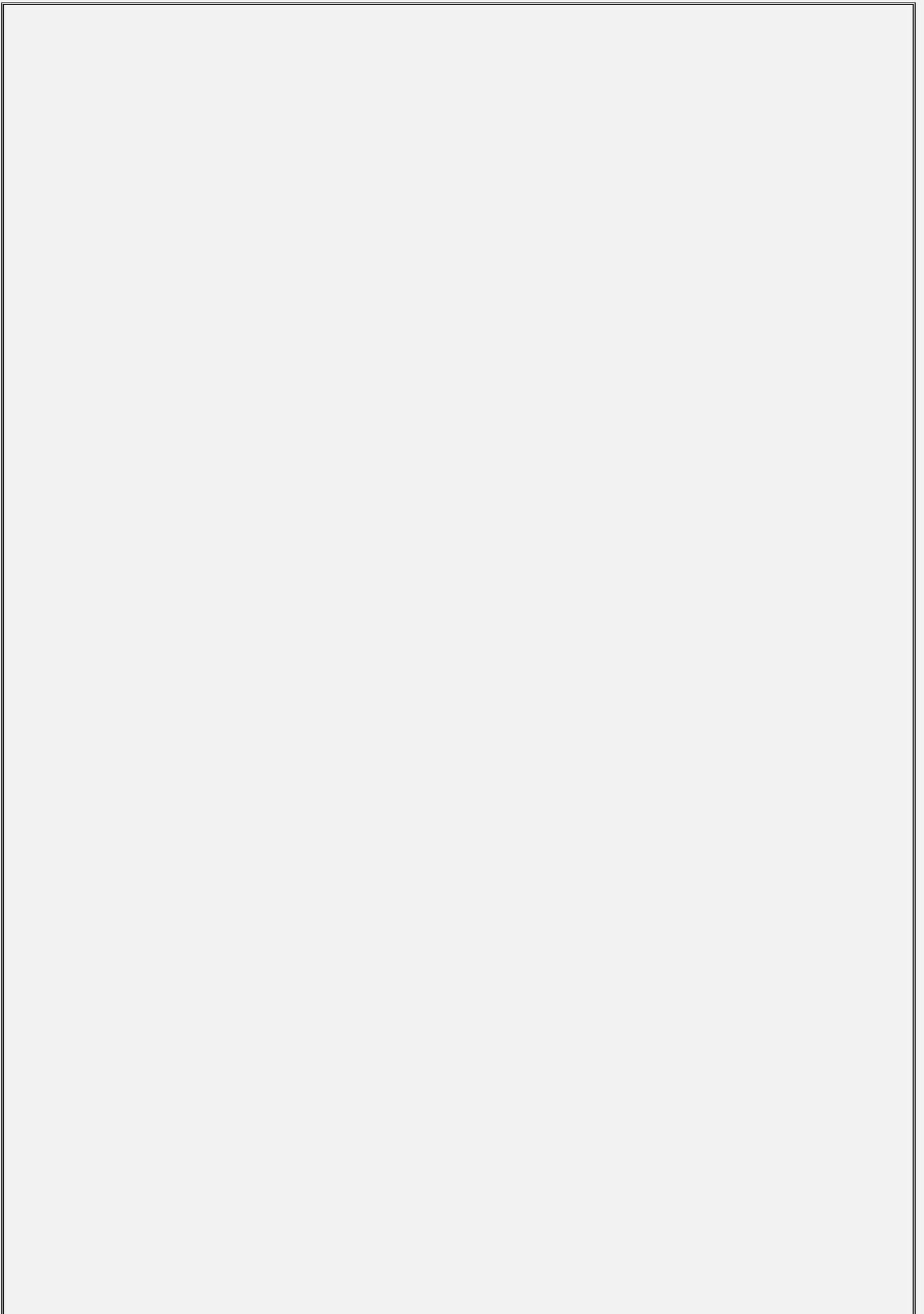
4.4 La scheda SVAFra

4.5 Risultati

4.6 Conclusioni

**L'indagine è stata realizzata con la collaborazione di Sara Picchi e Matteo Luppi
La Sapienza - Università di Roma*

***L'indagine è stata realizzata con la collaborazione delle F.I.M.M.G di Caltanissetta,
Padova e Roma*



INTRODUZIONE

Il sistema di assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti in Italia

La popolazione europea seguirà un processo di invecchiamento demografico destinato a durare per tutto il XXI secolo le cui conseguenze influenzeranno il modo con cui ci si prenderà cura della propria popolazione dipendente anziana. La gravità dello scenario che si va delineando interroga da tempo i singoli stati membri e l'Unione Europea.

L'Italia in particolare, dove la popolazione al di sopra dei 65 anni è tra le più numerose in Europa, è certamente uno dei paesi dove tali squilibri si presentano in forma più acuta. Il sistema di welfare italiano a differenza dei principali modelli europei, mantiene sulle famiglie un carico particolarmente importante nella cura e nelle tutele, quasi a rendere l'intervento pubblico "marginale" o "sussidiario" rispetto a quello domestico.

Il Censis ha rilevato che nel 2010 il 32% delle famiglie italiane ha dovuto affrontare gravi situazioni di disagio legate alla necessità di assistere persone non autosufficienti (anziani, malati terminali, portatori di malattie invalidanti, ecc). Si tratta di disagi gestiti principalmente dalle famiglie in totale autonomia (59%) o con il sostegno di amici o parenti (28%). L'assenza o lo scarso apporto sia pubblico sia privato si ripercuote direttamente sui timori dichiarati dai cittadini: l'85,7% degli intervistati ha una forte angoscia per la non autosufficienza (Censis, 2010).

Nel prossimo futuro, gli andamenti demografici incideranno con forza sulla capacità e la sostenibilità del sistema italiano di assistenza alla non autosufficienza. Secondo le proiezioni dell'OCSE¹ nel 2050 in Italia quasi una persona su sette avrà 80 anni, la più alta proporzione dopo Giappone, Germania e Corea. Anche se non ci sono chiari segni di miglioramento della salute e della disabilità della popolazione anziana, le proiezioni OCSE indicano chiaramente uno scenario in cui la domanda di assistenza a lungo termine crescerà sensibilmente.

In Italia inoltre si delinea un prossimo futuro in cui anche il sostegno familiare avrà maggiori difficoltà nel assicurare lo stesso livello di cura. Non solo la crescente partecipazione delle donne nel mercato del lavoro ma anche i cambiamenti che coinvolgono le strutture familiari e i processi migratori porranno delle serie sfide all'attuale sistema. Per il nostro Paese entro il 2050, il rapporto tra la popolazione in età

¹ L'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) o *Organisation for Economic Co-operation and Development* – OEC e *Organisation de coopération et de développement économiques* - OCDE, è un'organizzazione internazionale di studi economici per i paesi membri, paesi industrializzati aventi in comune un sistema di governo di tipo democratico ed un'economia di mercato.

lavorativa e quella totale sarà il terzo più basso tra i paesi OCSE. Tale processo di invecchiamento demografico, che vede da una parte crescere la componente più anziana della popolazione e dall'altra la progressiva riduzione dell'offerta di potenziali assistenti familiari e di lavoratori di cura, può travolgere un sistema dalle radici fragili.

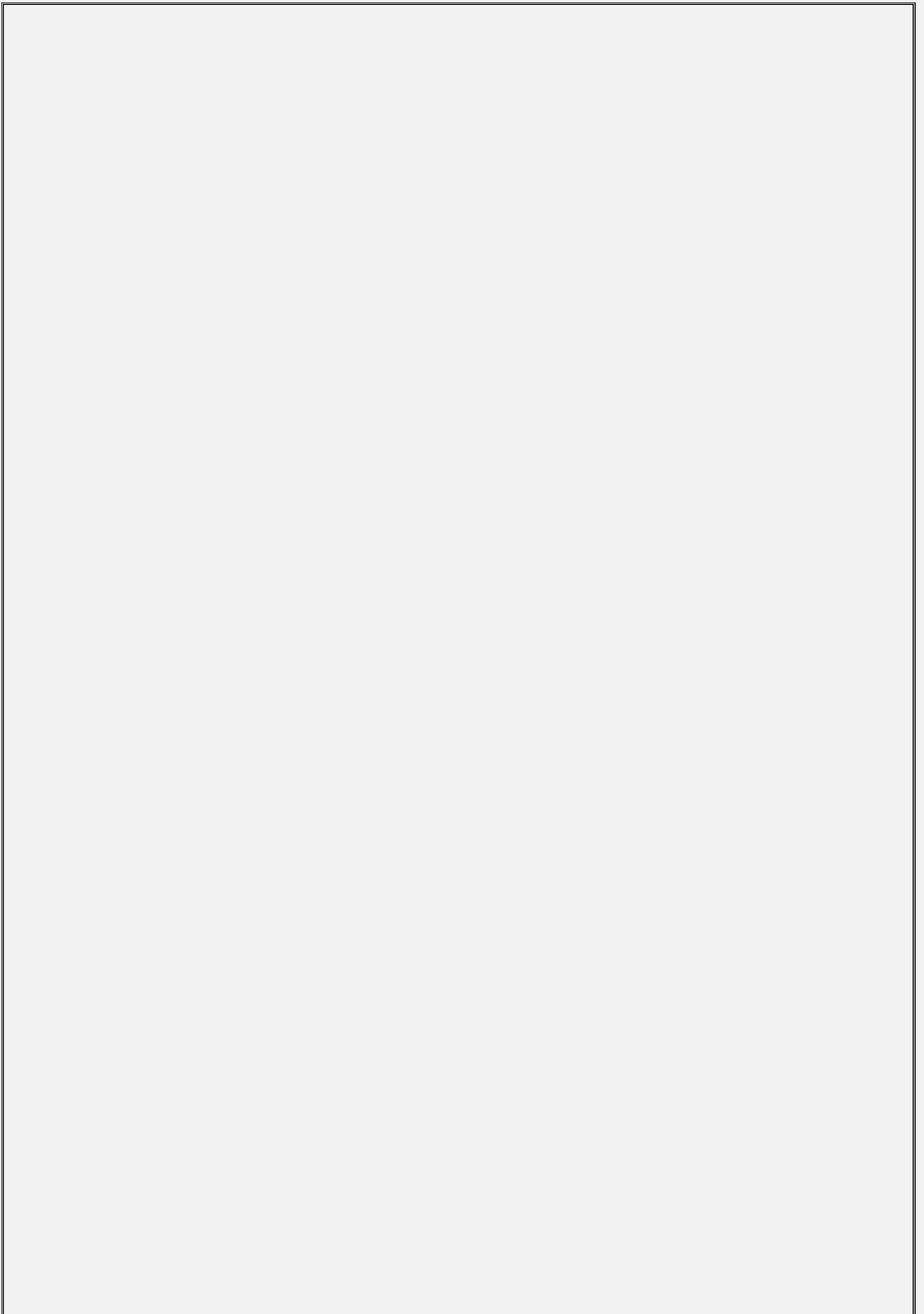
Lo scopo di questo capitolo è di fornire una breve panoramica dei processi socio demografici in corso e descrivere sinteticamente il sistema di assistenza continuativa (Long-Term Care, LTC) dedicata agli anziani non autosufficienti.

La condizione di non autosufficienza. Una definizione di Long Term Care

L'Organizzazione Mondiale della Salute definisce "non autosufficiente" una persona incapace di svolgere in modo presumibilmente permanente, anche con l'aiuto di speciali apparecchiature, un numero minimo (di solito fissato a tre) delle seguenti attività ordinarie della vita quotidiana dette Activities of Daily Living (ADL):

1. **lavarsi:** capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia) o lavarsi in modo soddisfacente in altro modo
2. **vestirsi:** capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed eventualmente, anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici
3. **alimentarsi:** capacità di ingerire senza aiuto il cibo preparato da altri
4. **andare in bagno:** capacità di andare in bagno o comunque di mantenere un livello di igiene personale soddisfacente
5. **mobilità:** capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra
6. **spostarsi:** capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa

Esistono numerosissime definizioni di assistenza a lungo termine. L'OCSE definisce Long Term Care (LTC) come quelle politiche volte a promuovere "ogni forma di cura fornita lungo un periodo di tempo esteso, senza data di temine predefinita", includendo servizi per le persone che necessitano di aiuto sia nelle attività quotidiane di base come mangiare, lavarsi, vestirsi, scendere dal letto (ADL) sia in attività quali prepararsi da mangiare, usare il telefono, fare shopping e gestire i soldi. L'insieme delle prestazioni di LTC è molto eterogeneo, includendo sia prestazioni di carattere sanitario ad alto contenuto specialistico, sia prestazioni di carattere assistenziale sia richiedono soltanto una modesta specializzazione, e contiene almeno quattro tipologie diverse di aiuto o supporto: supporto medico ed infermieristico; cura della persona; aiuto domestico; supporto sociale.

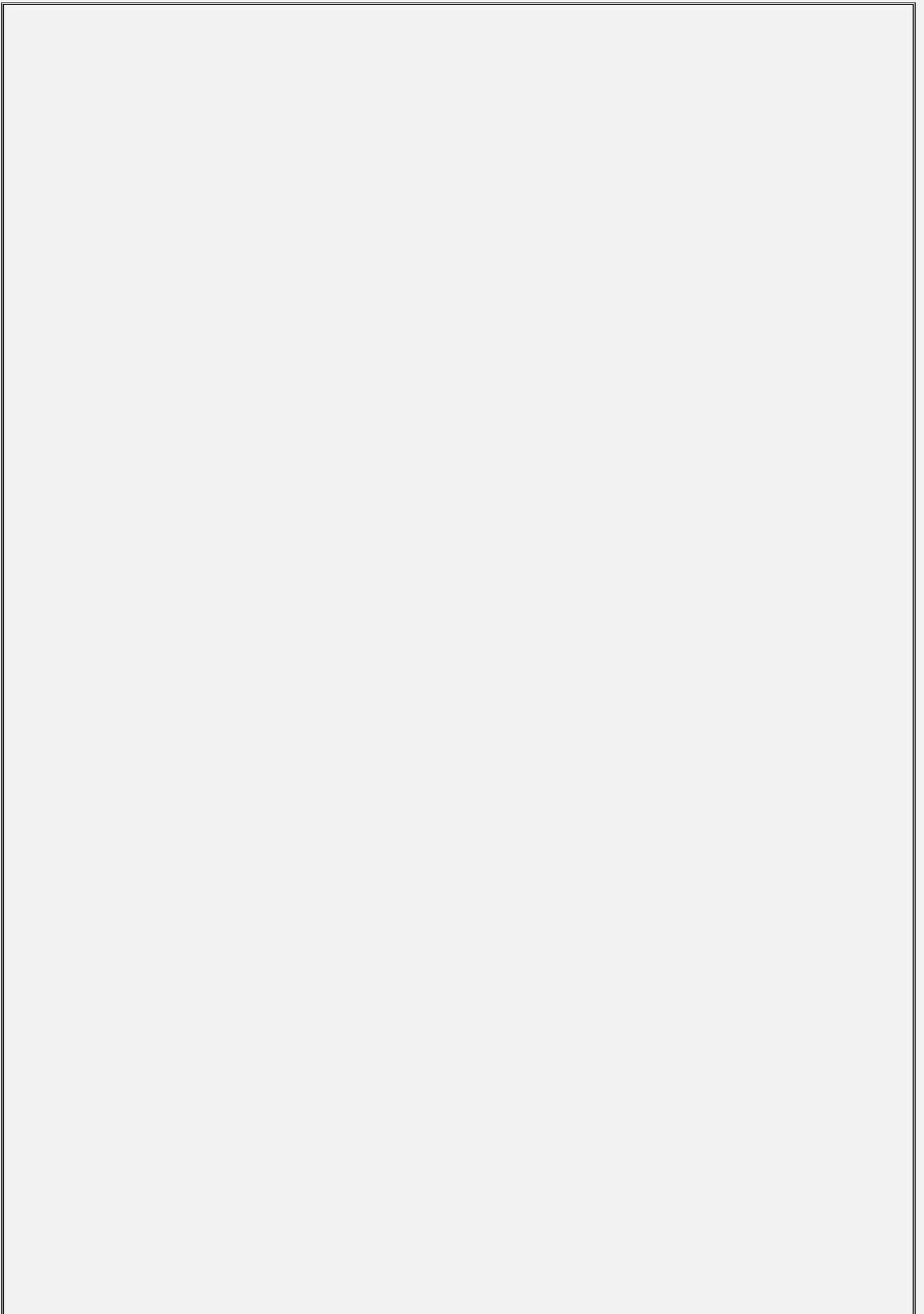


1. GLI SCENARI DEMOGRAFICI E LA CONDIZIONE DI SALUTE

La popolazione italiana è destinata ad invecchiare gradualmente. Nei prossimi venti anni, la quota di popolazione anziana crescerà sensibilmente, trainata dal progressivo invecchiamento della generazione del baby-boom. Secondo le previsioni OCSE nel 2040 un individuo su quattro avrà più di 65 anni in media nei paesi OCSE, ma la proporzione raggiungerà un individuo su tre in Italia, Giappone e Svizzera. Il numero di individui di età pari o superiore a 80 anni rappresenterà nel 2040 circa un terzo delle persone anziane. La trasformazione della struttura per età della popolazione comporterà inoltre un marcato effetto sui rapporti intergenerazionali. L'indice di dipendenza degli anziani (cioè il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva - 15-64 anni), oggi pari al 30,9%, crescerà fino a un livello del 59,7% nel 2065. Secondo l'OCSE, nel prossimo futuro, proprio in relazione alla componente più anziana della popolazione (+80 anni), sarà inevitabile e urgente fornire ulteriori prestazioni assistenziali.

Lo stato di salute degli anziani rappresenta una variabile chiave delle future politiche di LTC. Se da una parte ci possiamo aspettare un numero sempre maggiore di anziani destinato a vivere più a lungo, dall'altra, se consideriamo il numero di anni che l'individuo mediamente vive in stato di cattiva salute, potremmo ipotizzare tre possibilità. Nella prima ipotesi, se gli anziani in futuro andranno incontro a un numero di anni vissuti in stato di cattiva salute minore di oggi, il bisogno di assistenza per il singolo si ridurrà, e il bisogno globale per tutta la popolazione potrebbe non dover crescere di molto.

Nella seconda ipotesi, se gli anziani affronteranno un numero di anni vissuti in stato di cattiva salute pari a quello di oggi, il bisogno di cure per il singolo resterà costante, mentre quello globale crescerà, a causa dell'invecchiamento della popolazione. Nella terza ipotesi si prevede che il numero di anni vissuti in cattiva salute dagli individui sia destinato ad aumentare, con conseguente aumento della necessità di cure sia per il singolo individuo sia per la collettività. In ogni caso, anche considerando lo scenario più ottimistico, appare chiaro che nel breve futuro le problematiche relative all'invecchiamento della popolazione avranno la potenzialità di condizionare significativamente sia la programmazione pubblica tanto quanto le scelte dei singoli individui in termini di risorse destinate all'assistenza degli anziani non autosufficienti.



2. L'OFFERTA DI ASSISTENZA CONTINUATIVA AGLI ANZIANI TRA INTERVENTO PUBBLICO, RETI INFORMALI E MERCATO

In Italia non esiste ad oggi una politica nazionale di sostegno alla cura familiare e le politiche pubbliche dirette alla popolazione anziana non autosufficiente si istituiscono intorno a un intreccio di competenze tra Stato, Regioni e Comuni. Nel quadro attuale, l'indennità di accompagnamento e le agevolazioni fiscali sono responsabilità dello Stato, i servizi sociosanitari sono responsabilità delle Regioni e i servizi sociali dei Comuni. È evidente, inoltre, il ruolo cruciale ormai ricoperto dalla figura delle assistenti familiari, generalmente di origini straniere e sesso femminile, assunte privatamente dalle famiglie per fronteggiarne le esigenze di sostegno e cura nei vari ambiti.

La complessa rete dei servizi sociali e socio-sanitari a favore degli anziani non autosufficienti può essere sintetizzata nei seguenti interventi:

Tabella 1: tipologie di servizi di assistenza alle persone non autosufficienti

Servizi domiciliari	Assistenza domiciliare integrata (ADI) Servizi di assistenza domiciliare (SAD)
Servizi residenziali	Presidi socio sanitari Presidi socio assistenziali
Servizi semiresidenziali	Centri diurni
Trasferimenti monetari	Indennità di accompagnamento Invalidità civile
Sostegni al lavoro privato di cura	Agevolazioni fiscali, corsi di formazione, albi, sportelli incontro domanda/offerta

Inoltre agli interventi di tipo socio assistenziale bisogna aggiungere l'area dell'assistenza sanitaria, per la quale la presenza di servizi pubblici e privati appare più estesa.

Se si prendono in esame le stime ufficiali relative alla spesa pubblica sostenuta nel nostro paese per l'assistenza continuativa di persone ultrasessantacinquenni (tab. 2), si evince che questa ammontava nel 2011 (ultimo dato disponibile) all'1,8% del PIL, di cui circa due terzi erogata a soggetti con più di 65 anni. La disaggregazione evidenzia che le

prestazioni monetarie rappresentano il 45% della spesa complessiva per LTC e che, nell'ambito dei servizi, l'assistenza domiciliare risulta leggermente inferiore all'assistenza residenziale (Ragioneria Generale dello Stato, 2012).

Tabella 2: spesa pubblica per LTC in rapporto al PIL per macro funzione

	Totale	65+
Assistenza Domiciliare	0,50%	0,25%
Assistenza residenziale	0,53%	0,40%
Trasferimenti monetari	0,82%	0,64%
Totale	1,85%	1,28%

Fonte: Ragioneria dello Stato, 2012

Un debole finanziamento pubblico si sconta sul grado di copertura raggiunto dalle diverse componenti dell'offerta assistenziale. Come è indicato nella tabella 3, l'indennità di accompagnamento, che si conferma essere lo strumento principale del sistema di LTC italiano, riesce a raggiungere solo il 9,5% dei beneficiari ultrasessantacinquenni. I servizi residenziali e domiciliari complessivamente raggiungono una platea di beneficiari inferiore rispetto al trasferimento monetario appena esaminato, raggiungendo rispettivamente il 3% e il 4,9% della popolazione anziana. Rispetto agli indici di copertura dei servizi pubblici sia residenziali sia domiciliari, bisogna specificare che nonostante la modestia dei valori, lo sforzo pubblico si è dimostrato generalmente debole ma costante coinvolgendo negli ultimi 20 anni il loro progressivo aumento. Tale contesto in parte può spiegare il ruolo che svolgono i servizi privati nell'assistenza all'anziano non autosufficiente. La proporzione di anziani che impiega le assistenti familiari raggiunge il 6,6%, dato che rinforza l'importanza dell'assistenza di tipo privato nella rete dei servizi territoriali.

Tab. 3 L'assistenza continuativa a titolarità pubblica per gli anziani non autosufficienti

	% anziani
Percettori indennità di accompagnamento	9,5
Utenti assistenza domiciliare	4,9
Ospiti in strutture residenziali	3,0
Anziani che impiegano assistenti familiari	6,6

Fonte: L'assistenza agli anziani non autosufficienti - Rapporto 2009 – Maggioli Editore, a cura di N.N.A. (Network Non Autosufficienza).

Al fine di permettere una migliore comprensione del sistema di assistenza all'anziano non autosufficiente e fornire gli strumenti necessari per interpretare i risultati della ricerca presentati nel capitolo successivo, di seguito sono presentate le caratteristiche principali del sistema di LTC italiano.

2.1 I servizi domiciliari pubblici e privati

Permettere agli anziani di "invecchiare nel proprio contesto" (OCSE, 2005) e a fianco delle persone più care costituisce da tempo un obiettivo prioritario delle politiche di LTC. Negli ultimi 20 anni gli sforzi pubblici hanno premiato quegli interventi volti a potenziare l'assistenza sociale e territoriale alleggerendo il livello ospedaliero.

In Italia, i servizi domiciliari costituiscono un articolato insieme di prestazioni di carattere assistenziale fornite all'anziano non autosufficiente presso la casa dove vive per contrastare le forme patologiche in atto, fronteggiare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Esistono diverse tipologie di interventi, le principali sono: l'assistenza domiciliare integrata (Adi) a carattere socio sanitario e l'assistenza domiciliare sociale (Sad). Per la prima la responsabilità principale è del Servizio Sanitario Nazionale mentre il Sad è un servizio sociale di competenza dei Comuni.

Anche se è sensibilmente cresciuta nel tempo, l'utenza raggiunta dai servizi pubblici domiciliari è nettamente inadeguata rispetto alle necessità (Gori, 2008). Il quadro generale sull'assistenza domiciliare che ci descrivono le fonti statistiche ufficiali indica come in Italia la diffusione dei servizi sia complessivamente limitata e come l'offerta del

servizio sia disomogenea tra le Regioni. Emerge con forza l'esistenza di un "Nord-Sud" penalizzante in termini di copertura e accessibilità ai servizi nelle Regioni del Meridione. Inoltre, esiste una rilevante sacca di esigenze insoddisfatte, in particolare il gruppo di "né né", ossia anziani non abbastanza poveri da ricevere il servizio sociale fornito dal Comune, né abbastanza benestanti da pagarsi l'assistente familiare; inoltre vi è un'ampia fascia della popolazione che non presenta bisogni sanitari sufficientemente gravi da poter ricevere le prestazioni socio sanitarie, ma sicuramente non è esente dalla necessità di usufruirne.

L'invecchiamento della popolazione e la limitatezza delle risposte fornite dal sistema del welfare pubblico nei confronti delle persone bisognose di assistenza, ha generato un forte aumento della presenza della figura dell'assistente familiare, la cui attività è rivolta al sostegno ed all'aiuto a domicilio di persone anziane o disabili anche in situazione di non autosufficienza.

Secondo il rapporto del 2011 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali sulla non autosufficienza basato su stime per difetto, le assistenti familiari risultano essere circa 770.000, in parte senza un regolare contratto di lavoro e generalmente di origine straniera (Ministero del Lavoro, 2011). Sulla base di stime prudenziali, la Banca d'Italia ha stimato che tale fenomeno comporta una spesa a carico delle famiglie italiane stimata in circa 8 miliardi di euro (Banca d'Italia, 2012).

In Italia, tra chi lavora senza permesso di soggiorno valido e chi risiede in maniera regolare ma senza contratto, si stima che l'irregolarità contrattuale riguardi quasi i due terzi delle assistenti familiari (Pasquinelli e Rusmini, 2013). Gli oneri contributivi rimangono l'ostacolo principale all'emersione del lavoro nero e il riconoscimento dei costi sostenuti dalle famiglie da parte dello Stato è molto limitato. A fronte di un costo complessivo per una badante co-residente, a tempo pieno, pari a oltre € 18.000 annui, è possibile una deduzione massima dal reddito imponibile di € 1.550 e una detrazione dalle imposte che non arriva, nel migliore dei casi, a € 400 (Pasquinelli e Rusmini, 2010).

Il divario economico tra mercato regolare e irregolare risulta consistente, soprattutto nel caso della convivenza (Tabella 4). In questo caso un'assunzione comporta un costo di circa il 30 per cento superiore rispetto a un impiego irregolare, senza contratto, una percentuale che varia a seconda del livello di inquadramento e a seconda dei prezzi in uso nel mercato nero.

Tab. 4 Costo medio mensile per un'assistente familiare (livello CCNL CS), in euro.

	Coreidente (54 h)	Coreidente (25h)
Con il contratto	1400	950
Irregolare	1000 – 1200	700 – 800

Fonte: Pasquinelli e Rusmini, 2010

2.2 I servizi residenziali

Ci sono situazioni in cui l'assistenza domiciliare all'anziano non autosufficiente risulta impossibile o non opportuna. In questi casi si ricorre all'assistenza residenziale che prevede il trasferimento dell'anziano non autosufficiente nelle strutture erogatrici del servizio.

Negli ultimi trent'anni, si è verificata nell'ambito dei servizi residenziali una vera e propria rivoluzione in quanto si è spostato il focus dagli istituti prettamente assistenziali alle residenze a maggior carattere socio-sanitario (ad esempio le residenze sanitarie-assistenziali, RSA) con carichi assistenziali impegnativi anche per tipologie di pazienti in stato vegetativo o affetti da gravi demenze (Alzheimer). Tale processo che ha visto una maggiore caratterizzazione degli istituti residenziali verso l'intervento socio sanitario, ha coinvolto in particolare le Regioni del Nord. Nell'ultimo decennio nelle aree settentrionali del paese si è avviata una costante dismissione di posti letto ospedalieri al fine di garantire l'inserimento delle persone non autosufficienti in luoghi di cura ed assistenza più appropriati.

La spesa per le strutture residenziali cresce con l'aumentare delle prestazioni di contenuto sanitario erogate all'interno delle strutture. Secondo l'Istat i costi variano da € 1.528 mensili delle residenze assistenziali a € 2.454 nelle residenze socio-sanitarie, a € 2.702 mensili nelle RSA (Istat, 2004).

2.3 le prestazioni monetarie

In questo paragrafo saranno descritti i trasferimenti monetari erogati per l'assistenza ad anziani non autosufficienti nell'ambito delle politiche di LTC adottate nel nostro paese.

Tali interventi sono essenzialmente rappresentati, a livello nazionale, dall'indennità di accompagnamento per gli invalidi civili e, a livello locale, dagli assegni di cura erogati da enti locali e Asl.

L'indennità di accompagnamento è un contributo economico che, istituito nel 1980 (legge 18), rientra tra le prestazioni a favore degli invalidi civili.

La prestazione è erogata dall'INPS, su richiesta e previo accertamento da parte di un'apposita commissione sanitaria presso la competente Asl, a chi risponde ai requisiti di: a) essere disabile al 100% ed incapace di svolgere autonomamente gli atti quotidiani della vita tipici dell'età di riferimento, o di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore; b) non essere ricoverato gratuitamente in istituto.

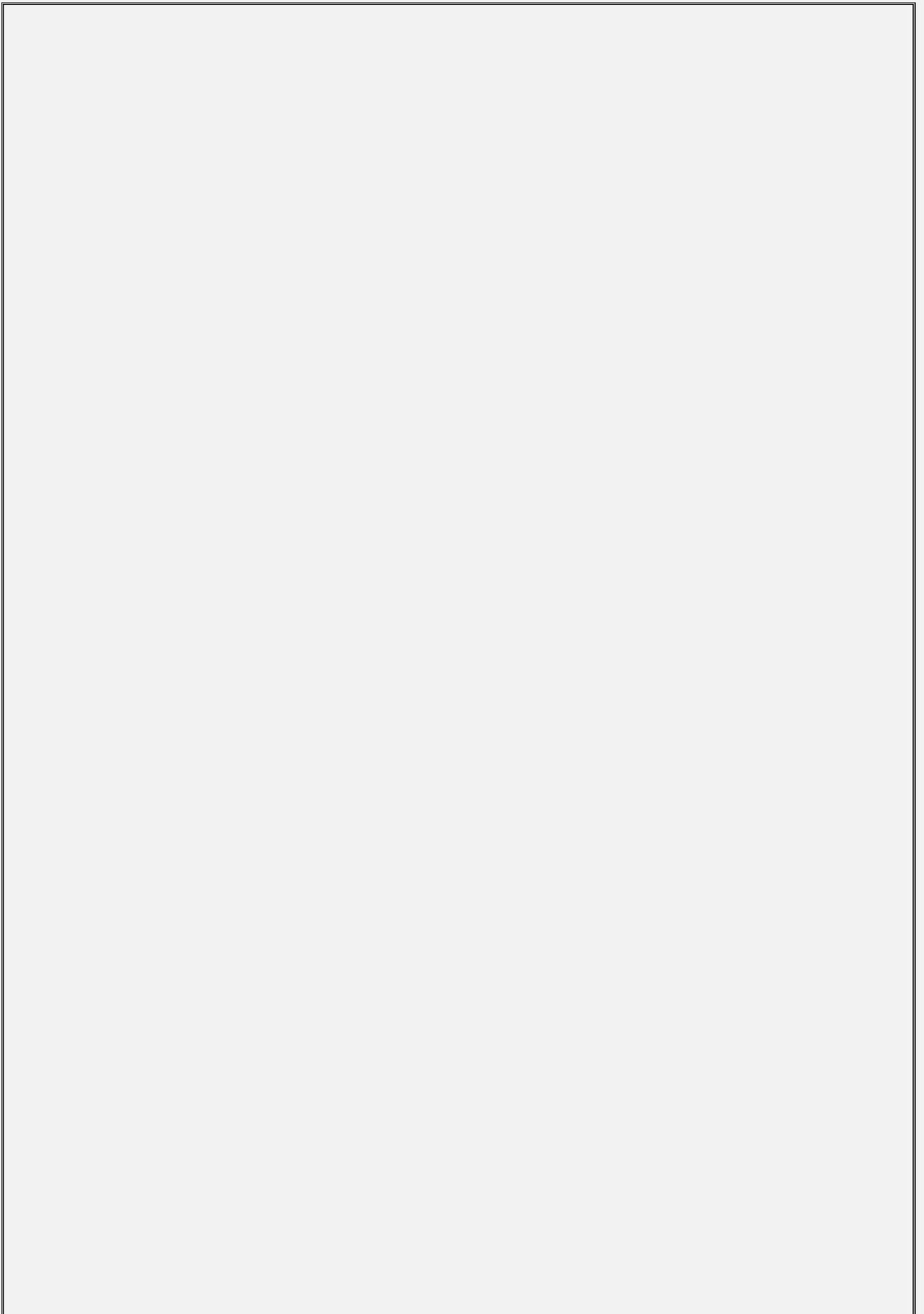
Si tratta pertanto di un provvedimento universalistico che prescinde dall'età e dalle condizioni reddituali del richiedente, a differenza di quanto si verifica per le altre provvidenze economiche a favore di invalidi civili (per le quali sussiste anche un requisito di carattere reddituale).

Il contributo, finanziato attraverso la fiscalità generale ed erogato in 12 rate mensili di un importo stabilito annualmente, ammonta per il 2013 a € 499,00 al mese, ed è accordato direttamente ai beneficiari, che ne possono disporre senza restrizioni di utilizzo.

Raggiungendo al 1° gennaio 2008 un ammontare di beneficiari di 1.131.710 ultrasessantacinquenni, pari al 12,5% della popolazione in tale fascia di età (da 3° rapporto NNA), l'indennità di accompagnamento rappresenta tra le misure a sostegno degli anziani non autosufficienti nel nostro paese quella più significativa, non solo per numero di beneficiari, ma anche per ammontare di risorse pubbliche impiegate (Da Roit, 2006).

Una domanda che appare opportuno porre riguarda ciò che potremmo definire l'efficacia della misura, e cioè se l'offerta, ossia il numero di indennità erogate, riesca attualmente a soddisfare tutta la domanda, intesa come numero potenziale di persone in possesso dei requisiti per accedervi. Secondo stime recenti (Da Roit, 2008) in parte confermate anche dai risultati presentati in seguito, l'indennità lascerebbe scoperta una quota non marginale dei soggetti con limitazioni gravi o gravissime del proprio grado di autonomia a cui sarebbe potenzialmente destinata. Se si prendono ad esempio in considerazione coloro confinati al proprio domicilio, circa tre soggetti anziani su otto risultano infatti non percepire l'indennità (NNA; 2012).

Un altro elemento fondamentale su cui occorre richiamare l'attenzione concerne l'adeguatezza dell'importo dell'indennità. La misura, nonostante la quota rilevante di risorse pubbliche complessivamente assorbite, raggiunge infatti un importo pro capite da considerarsi modesto, se si tiene conto della gravità e continuità dei bisogni assistenziali che caratterizzano gli utenti ammessi a fruirne, e quindi della spesa necessaria a soddisfarli (NNA, 2012). Tale limite emerge chiaramente raffrontando l'importo della prestazione monetaria con il costo medio mensile per assistente familiare, o con l'importo mensile delle rette delle strutture residenziali. Nel primo caso l'indennità di accompagnamento riesce a coprire circa la metà del costo sostenuto dalle famiglie, mentre nel secondo caso l'importo del trasferimento monetario riesce a coprire circa solo un terzo della retta mensile.



3. I RISULTATI DELLA RICERCA

La presente indagine si inserisce nell'ambito del progetto "Welfare per gli anziani: l'assistenza di base costi pubblici e privati", promosso dal Movimento Difesa del Cittadino (MDC) e l'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici (ANIA).

La ricerca è stata condotta tra ottobre e novembre 2013 in diverse città italiane regioni, Treviso, Padova, Roma, Catania, Modica, per un totale di 137 questionari somministrati. La selezione dei soggetti è stata affidata agli sportelli locali del Movimento in Difesa dei Cittadini. Il questionario strutturato era volto ad intervistare anziani non autosufficienti, approfondendo gli aspetti relativi all'accesso ai diversi tipi di prestazioni LTC (servizi pubblici e privati e trasferimenti economici) e ai costi sostenuti per l'assistenza.

Rispetto alle macro aree di appartenenza dei soggetti intervistati, il 73% proviene dalle città del Meridione, mentre Roma e Provincia raggiungono il 18% e Treviso e Padova contribuiscono solo con un 8%. Alla luce di tale eterogeneità si è deciso di prendere in considerazione il campione nella sua totalità e di escludere un'analisi per macro aree.

3.1 Il campione, l'analisi descrittiva

Il campione si presenta equilibrato essendo composto da 56% dei rispondenti di sesso femminile e dal 44% di sesso maschile (Tabella 1). Una proporzione che rispecchia quella dell'intera popolazione italiana (rispettivamente 52% e 48%, fonte: Istat, datawarehouse).

Per quel che riguarda le fasce d'età, l'84% ha più di 50 anni mentre il 40% ha più di 80 anni. I rispondenti con un'età compresa tra i 20 e i 50 anni sono i meno rappresentativi raggiungendo solo il 5% del campione. La struttura per età del campione si adatta efficacemente all'obiettivo dell'indagine che intende studiare l'incidenza dei costi di assistenza continuativa nella fascia di popolazione più anziana.

La condizione anziana si accompagna molto spesso a quella della disabilità. Questa corrispondenza la ritroviamo anche nel campione in cui il 48% degli intervistati dichiara di avere una disabilità di tipo fisico, il 36% di tipo cognitivo e il 9% dichiara di essere affetto da entrambe le invalidità.

Tab. 1 Caratteristiche demografiche e tipo di disabilità per comune di residenza

Comune		TREVISO	PADOVA	ROMA/PROV	CATANIA	MODICA	TOT CAMP.
Intervistati	<i>Tot</i>	4	7	25	76	25	137
	<i>Femmine (%)</i>	2 (50)	4 (57)	17 (68)	45 (59)	9 (36)	77 (56)
	<i>Maschi (%)</i>	2 (50)	3 (43)	8 (32)	31 (41)	16 (64)	60 (44)
Età*	<i>1-20</i>	1	-	-	-	9	10
	<i>21-50</i>	-	-	7	-	1	8
	<i>51-65</i>	-	3	12	-	5	20
	<i>66-80</i>	2	-	4	36	2	44
	<i>>80</i>	-	4	2	38	7	51
	<i>media</i>	(49)	(76)	(57)	(81)	(46)	(69)
Disabilità**	<i>Fisica (%)</i>	1	3	9	37	16	66 (48)
	<i>Cognitiva (%)</i>	2	1	16	28	3	50 (36)
	<i>Entrambe(%)</i>	0	3	0	4	6	13 (9)

*= 4 missing; **=8 missing

Come accennato in precedenza la progressiva nuclearizzazione delle reti familiari si rispecchia anche nel campione oggetto di studio, dove le famiglie con solo un componente, in questo caso anziano, rappresentano più di un terzo degli intervistati (Tabella 2). Le famiglie con solo due componenti raggiungono il 30% e meno del 30% vive in famiglie composte da tre o più individui.

Tab. 2 Composizione delle famiglie per numero di componenti

Numero dei componenti	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
1	42	30,7	35,6
2	35	25,5	65,3
3	10	7,3	73,7
4	21	15,3	91,5
5	8	5,8	98,3
6	1	0,7	99,2
8	1	0,7	100,0
Totale	118	86,1	
Mancanti	19	13,9	
Totale	137	100,0	

Nonostante il passaggio dalla famiglia estesa a quella nucleare, dal campione emerge che più del 70% dei soggetti intervistati risiede nella stessa abitazione o nelle vicinanze (stesso comune) dei figli (Tabella 3).

Tab.3 Distribuzione degli intervistati per prossimità abitativa con i figli

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
In casa	31	22,6	24,2
Comune	62	45,3	72,7
Altro comune	35	25,5	100,0
Validi	128	93,4	
Mancanti	9	6,6	
Totale	137	100,0	

Per quello che riguarda la distribuzione per fasce di reddito, il 75% del campione ha un reddito mensile familiare inferiore o pari a 1000 euro, circa il 14% raggiunge i 1500 euro e solo il 9% ha un reddito pari o superiore ai 2000 euro (Tabella 5). Considerato che coloro che hanno un reddito superiore ai 2000 euro sono una parte minoritaria del

campione (2 individui), nelle elaborazioni successive verranno presi in considerazione solo i soggetti che dichiarano un reddito medio familiare pari o inferiore a tale soglia.

Tab. 4 Reddito mensile familiare

Fasce di reddito	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
fino a 600	61	44,5	44,5
Fino a 1000	42	30,7	75,2
Fino a 1500	19	13,9	89,1
Fino a 2000	10	7,3	96,4
Oltre 2000	2	1,5	97,8
Mancanti	3	2,2	100,0
Totale	137	100,0	

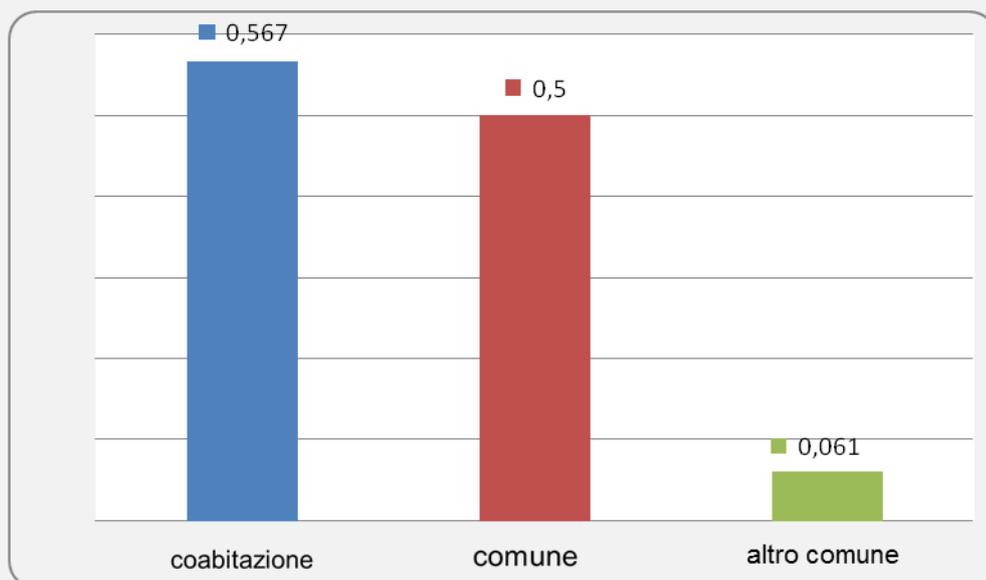
3.2 La cura familiare e l'autovalutazione dello stato di non autosufficienza

Ad oggi la maggior parte degli anziani ricorre per la cura della propria persona alla assistenza informale fornita da parenti, amici, conoscenti e volontari. L'assistenza fornita agli anziani non autosufficienti o anziani 'fragili' si definisce informale² se è prestata da persone che hanno con gli anziani legami personali diretti, come i familiari, gli amici o i vicini di casa. Diversamente, se le cure sono fornite da un infermiere, da un medico o da un qualsiasi altro professionista, l'assistenza si dice formale. Di seguito saranno presentati i risultati dell'indagine che descrivono la cura informale ricevuta dagli anziani nel campione oggetto di studio.

La prossimità abitativa dei figli gioca un ruolo di fondamentale importanza nel sostegno del genitore anziano in quanto l'onere della cura spesso ricade sulle loro spalle. Si può notare infatti che circa il 60% degli intervistati che coabita con il figlio beneficia del loro sostegno (Figura 1). Questa percentuale scende di poco, circa 50%, se si considerano gli intervistati che dichiarano di vivere nello stesso comune mentre solo un 5% dichiara di ricevere aiuto da figli che vivono in un altro comune.

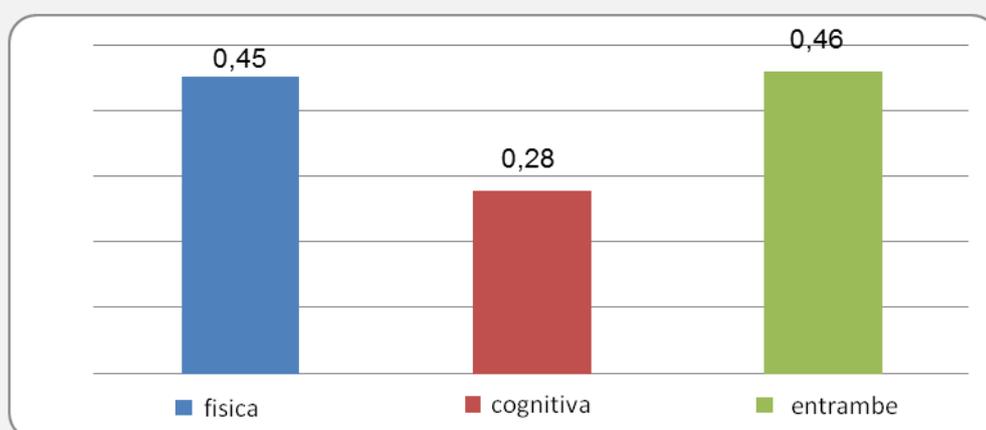
² L'OECD definisce con il termine di "informal care", l'assistenza fornita da coniugi/partner, familiari, parenti, amici, vicini ed altri usualmente, ma non necessariamente, con una relazione sociale già esistente con le persone a cui forniscono assistenza. L'assistenza informale è di solito fornita a casa ed è tipicamente gratuita.

Fig. 1 Intervistati che dichiara di ricevere aiuto dai figli sul totale della popolazione, per tipo di disabilità e abitazione figli



Rispetto alle responsabilità familiari assunte dai figli adulti nella cura del genitore anziano, nella figura 2 emerge che nei casi in cui la disabilità del genitore anziano colpisca sia la sfera cognitiva sia quella fisica, sia necessario un impegno più oneroso (46%). Allo stesso modo circa la metà della popolazione che presenta una disabilità di tipo fisico beneficia del sostegno e della cura dei figli, mentre solo il 28% degli anziani che soffrono di un'invalidità di tipo cognitivo dichiara di ricevere cure informali. La differenza emersa può essere ricondotta alle specifiche necessità di cura che le differenti patologie presentano. È ipotizzabile infatti che le disabilità di tipo fisico richiedano competenze di cura meno specifiche rispetto a quelle di tipo cognitivo.

Fig. 2 Intervistati che dichiarano di ricevere aiuto dai figli sul totale della popolazione, per tipo di disabilità



Se si osserva la distribuzione degli intervistati che dichiara di ricevere cure dai parenti per sedi di rilevazione (Tabella 6), si può vedere come nel Meridione le reti familiari svolgano un ruolo di assistenza e supporto maggiore (64% a Modica e 34% a Catania). Se saliamo geograficamente vediamo che la percentuale di intervistati che riceve cure familiari tende a diminuire arrivando a raggiungere il 18% nelle città di Treviso e Padova. Questo in parte si spiega da fatto che il 60% degli intervistati che coabita con i propri figli risiede nelle due città siciliane.

Tab. 6 Intervistati che dichiarano di ricevere cure dai parenti per sedi di rilevazione (aggregate)

Roma e provincia	240%
Treviso-Padova	18,0%
Modica	64,0%
Catania	34,0%

L'analisi disarticolata per necessità di assistenza e cura dichiarata dagli intervistati mostra come circa il 60% del campione ha bisogno di un sostegno continuativo distribuito sull'intera giornata o ad ore (Tabella 7). La condizione di disabilità in età anziana infatti si accompagna a esigenze assistenziali molte volte intense che difficilmente possono essere soddisfatte esclusivamente all'interno dell'ambito familiare. Anche se l'anziano non ha specifiche patologie invalidanti, molto spesso l'aiuto familiare è utilizzato per il sostegno in attività che non hanno solo carattere assistenziale, ma che rientrano anche nella gestione delle attività quotidiane. Solo un intervistato su tre dichiara infatti di avere bisogno di un'assistenza saltuaria. Inoltre la percentuale che dichiara esigenze assistenziali solo notturne è minoritaria (1,5%) perché di solito sono anziani che necessitano cure continuative di tipo h24.

Tab. 7 Autovalutazione del bisogno di assistenza

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
24H	43	31,4	32,6
Ad ore (giorno)	40	29,2	62,9
Notte	2	1,5	64,4
Saltuaria	47	34,3	100,0
Validi .	132	96,4	
Mancante	5	3,6	
Totale	137	100,0	

3.3 Il sostegno alla Non Autosufficienza

Il seguente capitolo si propone di riportare i risultati dell'indagine relativi all'accessibilità delle prestazioni di Long Term Care rispetto agli anziani intervistati. L'obiettivo è quello di descrivere la relazione esistente tra l'offerta di trasferimenti economici e di servizi assistenziali per anziani ed i loro bisogni di accudimento.

I trasferimenti monetari

Come abbiamo già sottolineato il sistema di Long Term Care italiano è particolarmente incentrato sugli strumenti monetari. Il principio della "Vita Autonoma" rimane alla base dello sviluppo di questi strumenti nella forma di erogazione *cash* di natura sia pubblica, come nel caso dell'indennità di accompagnamento, sia in forma privata, ad esempio come rendita³.

A circa la metà degli intervistati è stata riconosciuta un'invalidità civile che presuppone una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore ad un terzo e che inoltre presentino difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età (Tabella 8).

³ Il principio afferma che l'erogazione del contributo economico permetterebbe ai cittadini, soprattutto anziani, una maggiore libertà di scelta riguardo all'assistenza che necessitano.

Tab. 8 Intervistati che ricevono l'invalidità civile

	Frequenza	Percentuale
Si	61	44,5
No	73	53,3
Validi	134	97,8
Mancanti	3	2,2
Totale	137	100,0

Per le persone anziane non autosufficienti può essere importante ricevere l'invalidità civile in quanto tale condizione costituisce il presupposto per poter ottenere l'indennità di accompagnamento.

Nonostante sia difficile stimare la percentuale di beneficiari di indennità di accompagnamento in relazione al numero di anziani non autosufficienti, la ricerca mostra che il 26% degli intervistati riceve tale beneficio economico.

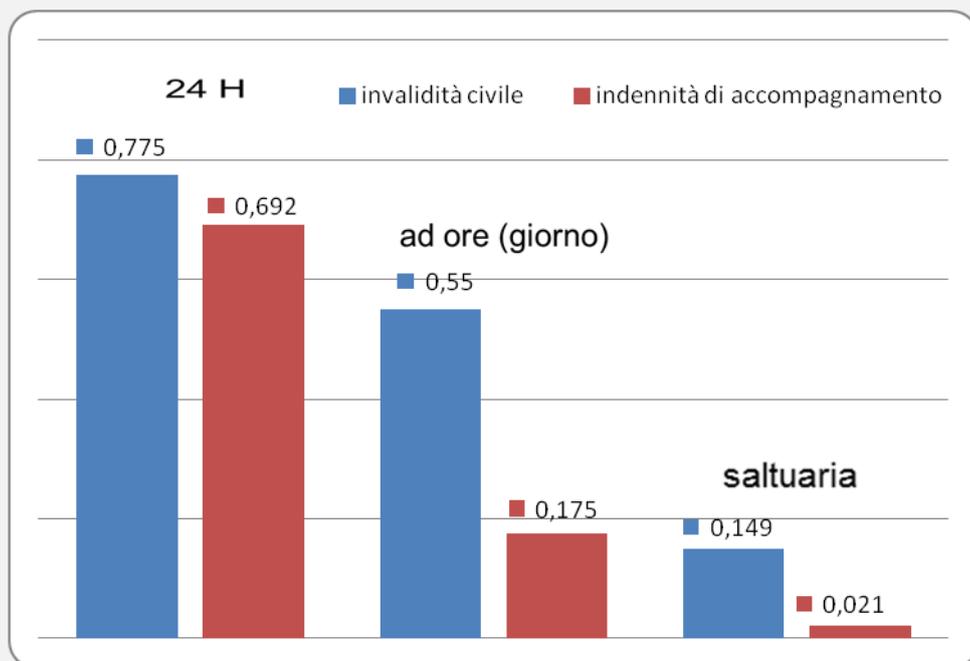
Tab. 9 Intervistati che ricevono l'indennità di accompagnamento

	Frequenza	Percentuale
Si	36	26,3
No	97	70,8
Validi	133	97,1
Mancante	4	2,9
Totale	137	100,0

Coerentemente con il livello di disabilità, la maggior parte di coloro che ricevono sia l'indennità civile che l'accompagnamento necessitano di cure lungo tutta la giornata. Dalla figura 3 si evince che il 78% di questi ultimi ha il riconoscimento dell'indennità civile, mentre il 69.2% riceve l'indennità di accompagnamento. Tra coloro che invece necessitano di assistenza giornaliera circa il 55% ha un'invalidità civile riconosciuta e in linea con i criteri di ammissibilità solo il 18% riceve l'indennità di accompagnamento. In generale si può vedere come il riconoscimento dei due benefici economici aumenta all'intensificarsi del bisogno. Nonostante questo, è da evidenziare che più del 20% degli anziani che presentano un livello di disabilità grave non riceve alcun tipo di sostegno

economico. Appare inoltre importante sottolineare che l'indennità di accompagnamento sembra essere destinata quasi esclusivamente a coloro che presentano uno stato di disabilità totalmente invalidante.

Fig. 3 Intervistati che dichiarano di ricevere invalidità civile e indennità di accompagnamento in base alle necessità di assistenza dichiarata

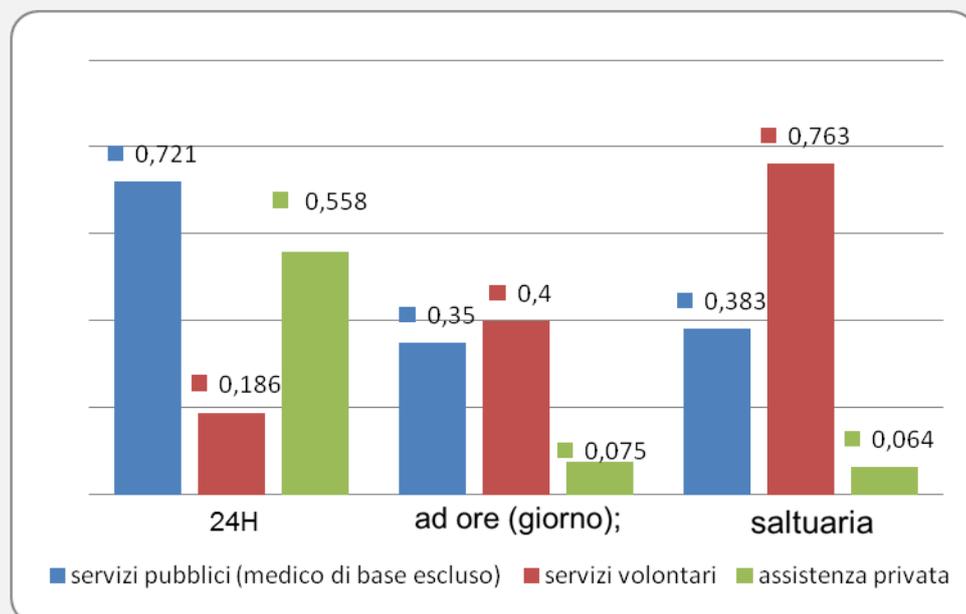


I Servizi pubblici e volontari e l'assistenza privata

Se osserviamo la relazione tra stato del bisogno e servizi ricevuti (figura 4), similmente a quanto visto rispetto ai trasferimenti monetari, la ricezione di servizi a carattere pubblico tende a diminuire con il decrescere della necessità di assistenza dichiarata. Inoltre, anche il ricorso a servizi di tipo privato, quali le assistenti familiari, è prevalentemente concentrato dove le necessità di assistenza sono maggiori e continuative. D'altro canto i servizi di volontariato presentano un andamento speculare rispetto ai servizi pubblici, e sembrano colmare il vuoto di assistenza che si presenta nei casi meno gravi, raggiungendo una percentuale del 76% qualora la necessità di assistenza sia saltuaria e/o non di carattere socio sanitario. Per una chiara comprensione del grafico sottostante è doveroso specificare che l'87% degli intervistati dichiara di usufruire del servizio medico di famiglia. La ricezione di questo servizio non presenta differenze né in relazione alla fascia di reddito (per tutte le fasce di reddito la ricezione è superiore all'80%) né in relazione al livello di assistenza dichiarato (24H=86,4%; ad ore=92,5; saltuaria=95,7%; notte=0 con soli 2 casi quindi non attendibile). Di conseguenza al fine di evitare risultati forvianti, si è quindi deciso di

escludere tale servizio nella costruzione dell'indicatore relativo alla ricezione delle prestazioni pubbliche.

Fig. 4 Intervistati che dichiarano di ricevere servizi pubblici/volontari e di usufruire dell'assistente privata in base alla necessità di assistenza dichiarata



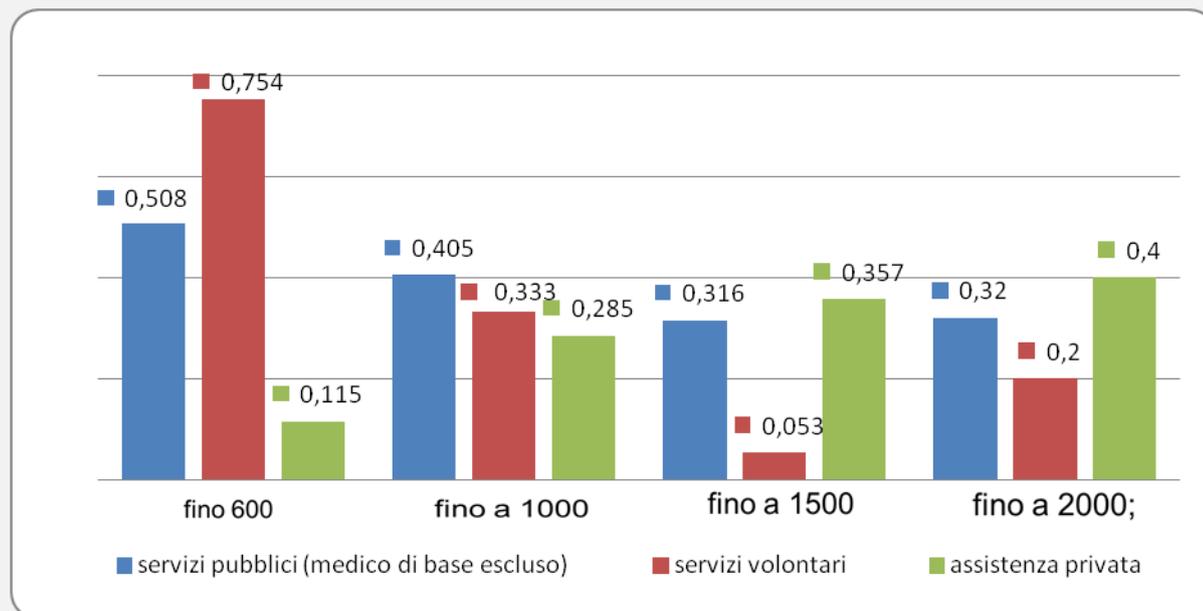
Tra gli intervistati che dichiarano un reddito medio più basso (fino a 600 euro mensili) il 50% riceve supporto pubblico, circa un 75% dichiara di usufruire di prestazioni a carattere volontario, mentre solo un 10% riesce a permettersi un servizio di tipo privato. All'opposto la fascia della popolazione che dichiara un reddito medio che arriva fino ai 2000 euro, rappresenta coloro che usufruiscono maggiormente del servizio di assistenza privata, con una percentuale che arriva al 40%. Appare chiaro che la possibilità di usufruire di servizi di assistenza privata sia strettamente proporzionale al reddito, infatti il tasso di ricezione di tale servizio cresce quasi linearmente al crescere del reddito (figura 5).

Al contrario dal grafico si evince che alla crescita del reddito familiare dichiarato si associa una riduzione della percentuale di coloro che ricevono servizi pubblici. Tale riduzione presenta un andamento più lieve rispetto a quanto visto nel grafico precedente. Infatti il divario tra le due fasce estreme è contenuto all'interno di 20 punti percentuali e le fasce più agiate della popolazione presentano tassi di ricezione di poco superiori al 30%.

I servizi a carattere volontario sembrano essere prevalentemente rivolti al sostegno della fascia più indigente della popolazione in esame, infatti il tasso di ricezione di tale servizio presenta un forte gap tra la prima fascia di reddito e le successive.

Una prima analisi sembra evidenziare che le fasce reddito centrali (dai 1000 ai 1500 euro mensili) siano quelle maggiormente esposte alla mancanza di un sostegno pubblico e privato. Questi rispondenti sembrano corrispondere a ciò che nella letteratura specialistica sono stati definiti i “né né”, ossia coloro che non sono così poveri da godere delle scarse e razionalizzate risorse pubbliche, né così ricchi da permettersi un’assistenza di tipo privata.

Fig. 5 Intervistati che dichiarano di ricevere servizi pubblici/volontari e di usufruire della assistente privata in base alla fasce di reddito dichiarata



L’analisi disaggregata per specifiche tipologie di servizio pubblici e volontari permette di evidenziare in modo più puntuale il sistema di assistenza alle persone non autosufficienti. Di seguito si è cercato di far emergere la corrispondenza tra la copertura dei servizi di natura non privata con coloro che verosimilmente rappresentano le categorie di popolazione maggiormente esposte, quindi coloro che hanno una significativa necessità assistenziale e coloro che rientrano nelle fasce di reddito più basse.

Il medico di base risulta una figura assistenziale garantita e trasversale a prescindere dallo stato di necessità e dal reddito. Tale peculiarità di accesso incondizionato non vale per altri tipi di servizi a carattere socio sanitario. L’infermiere professionale è un servizio che raggiunge circa il 49% di coloro che necessitano di assistenza 24h ma solo il 10% di chi ha bisogno di un’assistenza giornaliera. L’altro servizio di assistenza specifica per il sostegno dei non autosufficienti (Assistenza Domiciliare Integrata, ADI) ha una capacità di copertura addirittura inferiore, raggiungendo solo il 14% degli intervistati con necessità più gravi e il 7,5% di chi necessita di assistenza giornaliera. Rispetto ai prodotti

e beni forniti come ulteriori prestazioni assistenziali (farmaci, pannoloni per incontinenti, prodotti alimentari ed altri beni di prima necessità), quasi la metà di chi dichiara bisogni più severi riceve tale servizio, mentre solo il 10% degli anziani con necessità giornaliere beneficia di questa prestazione pubblica. I servizi di tipo più sociale (pasti a domicilio) hanno un'incidenza molto limitata raggiungendo rispettivamente solo il 4% degli anziani con necessità assistenziali più gravose e il 7,5% di coloro che hanno disabilità più lievi.

Tab. 10 Accesso a servizi pubblici/privati in base alla necessità di assistenza e al reddito familiare dichiarato.

categorie di interesse	necessità di assistenza	
	24H	Ad ore giorno
servizi ricevuti	%	%
<i>Servizi pubblici</i>		
Medico di base	86,4	92,5
infermiere professionale	48,8	10
Prodotti	39,5	15
Alimentazione	4,7	7,5
Assistenza Domiciliare Integrata	14	7,5
<i>Servizi volontari</i>		
assistenza professionale	11,6	2,5
Compagnia	9,3	27,5
Alimentazione	2,3	2,5
Altro	0	10

Per quanto riguarda i servizi volontari la tabella conferma che la loro peculiarità principale è di sostegno e compagnia alle persone non autosufficienti, e che in generale ricoprono un ruolo abbastanza secondario nell'assistenza alla persona. A conferma di

questo si può notare che l'unico servizio ricevuto da almeno un quarto della popolazione esaminata risulta essere il servizio di compagnia, che raggiunge il 27,5% di coloro con necessitano assistenza giornaliera, e circa il 10% degli individui con livelli di disabilità maggiori. E' da notare però che più del 10% di quest'ultimi riceve un servizio di assistenza professionale a carattere volontario, ad indicare che tali servizi, seppur in termini minoritari, svolgono un ruolo nell'assistenza all'anziano non autosufficiente.

A conclusione del seguente paragrafo si rimanda alla tabella riassuntiva seguente che riporta la ricezione dei diversi servizi esaminati in precedenza sulla base del reddito familiare e del livello di disabilità. Rispetto alle diverse fasce di reddito, si può osservare che i servizi pubblici risultano essere insufficienti a prescindere dalla condizione economica della famiglia. Nonostante il tasso di copertura aumenti al decrescere delle fasce di reddito familiare, se si esclude il medico di base, almeno il 50% degli intervistati dichiara di non usufruire di alcun servizio pubblico. Similmente i servizi volontari sembrano tutelare maggiormente le fasce di reddito più indigenti, solo il 25% degli intervistati con un reddito che raggiunge i 600 euro mensili non riceve questo tipo di servizi, mentre per le fasce di reddito più elevate tale percentuale supera l'80%. Nel caso dell'assistenza privata invece vi è uno scenario opposto. La ricezione di tale servizio cresce proporzionalmente al reddito, infatti solo l'11% degli intervistati con il reddito più basso riesce a permettersi il costo dell'assistenza di tipo privato, contro il 40% di coloro che dichiara un reddito fino a 2000 euro.

L'analisi rispetto alla necessità di assistenza dichiarata manifesta la pesante debolezza del sistema di assistenza pubblico con gravi ripercussioni in termini di accessibilità ed equità. La percentuale di coloro che necessitano di un'assistenza continuativa 24h ma che non accedono ad alcun servizio pubblico rimane elevata: un anziano su quattro non percepisce alcuna prestazione pubblica. Inoltre la situazione è ben più grave se si considerano le categorie di popolazione con necessità di assistenza inferiori, rispettivamente 65% di coloro con necessità di assistenza giornaliera, e 61% di coloro con necessità di assistenza saltuaria.

Nel caso dei servizi volontari si conferma come questi siano rivolti maggiormente verso coloro che non necessitano di un'assistenza di tipo specialistico. Il numero di beneficiari di servizi volontari infatti cresce parallelamente all'affievolirsi delle necessità assistenziali. Per quel che riguarda l'assistenza privata, vi è una netta distinzione tra coloro che beneficiano del servizio a causa di una disabilità grave (56%) e coloro con bisogni assistenziali meno impegnativi (rispettivamente 7,5% nel caso giornaliero e 6,4% per l'assistenza saltuaria).

Tab. 11 Percentuali di percezione dei servizi pubblici/volontari e di assistenza privata in base al reddito familiare e alla necessità di cura dichiarata.

Fasce di reddito	Servizi pubblici		Servizi volontari		Assistenza privata		Assenza di servizi
	Si	No	Si	No	Si	No	
Fino a 600	50,8	49,2	75,4	24,6	11,5	88,5	9,8
Fino a 1000	40,5	59,5	33,3	66,7	28,5	71,5	33,3
Fino a 1500	31,2	68,4	5,3%	94,7	35,7	64,3	57,8
Fino a 2000	32,0	68,0	20,0	80,0	40,0	60,0	50,0
Necessità di cura							
24h	72,1	27,9	18,6	81,4	55,8	44,2	13,9
Ad ore (giorno)	35,0	65,0	40,0	60,0	7,5	92,5	40,0
Saltuaria	38,5%	61,5%	76,6%	23,4%	6,4%	93,6%	21,2%

La ricerca ha fatto emergere il limite del sistema di assistenza alle persone non autosufficienti. In particolare, se si osserva la distinzione per fasce di reddito la quota di coloro che non beneficiano di alcun tipo di servizio raggiunge proporzioni abbastanza importanti soprattutto per le fasce centrali e alte (rispettivamente 33% fino a 1000 euro, 58% fino a 1500 e 50% fino a 2000). Rispetto alle necessità di cura dichiarate la categoria maggiormente scoperta dai diversi tipi di assistenza interessa coloro che necessitano di cure giornaliere (40%) ma non in modo continuativo.

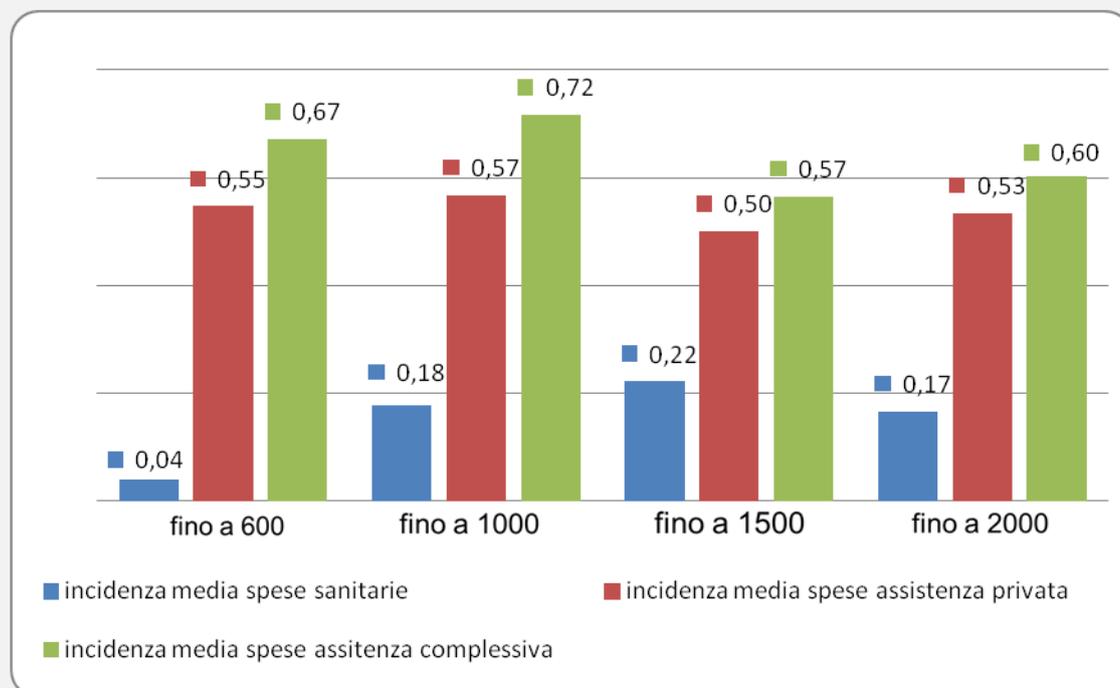
3.4 L'incidenza delle spese per l'assistenza

È noto che le spese per l'assistenza di persone anziane disabili sono molto elevate. Recenti ricerche nazionali (Censis, 2012) evidenziano la difficoltà crescente per le famiglie di fronteggiare l'onere economico correlato alla condizione di non autosufficienza delle persone anziane. Solo per fare alcuni esempi, il Censis (2012) stima che le famiglie mediamente spendono in un anno 8.488 euro per il supporto assistenziale integrativo alla persona, 1.127 euro per farmaci non rimborsati dal SSN, 1.297 euro per l'acquisto di parafarmaci, 3.178 euro per lo svolgimento di visite, esami o attività riabilitativa a domicilio.

In linea con questi dati, la ricerca mostra che mensilmente, a fronte di un reddito medio di 964 euro, una famiglia di un anziano non autosufficiente in media spende 616 euro per l'assistenza privata e 96 euro in medicinali e servizi sanitari, con una incidenza complessiva sul reddito pari al 22,5%.

Per avere un indicatore più preciso dell'incidenza della spesa sui redditi familiari si è osservato il dato per fasce di reddito. In generale si può osservare che sono le spese per l'assistenza privata a gravare maggiormente sui redditi familiari. Se si considera solo la popolazione che usufruisce di tale servizio, il costo dell'assistente familiare è superiore al 50% del reddito per tutte le fasce considerate, con un'incidenza maggiore per quelle più basse. L'incidenza dei servizi di tipo sanitario invece si mantiene molto bassa a prescindere dal reddito dichiarato. Come abbiamo visto in precedenza quest'ultima spesa ha un importo ridotto confrontato con le altre voci di spesa (è pari circa ad un sesto del costo dell'assistenza privata), e questo è spiegabile dalle caratteristiche del Servizio Sanitario Nazionale. In virtù, infatti, della doppia condizione di persona anziana e disabile, agli anziani non autosufficienti il Servizio Sanitario Nazionale garantisce le prestazioni mediche a costi agevolati, ridotti e/o in alcuni casi gratuitamente.

Fig. 6 Incidenza media sul reddito familiare delle spese sostenute per cure sanitarie e assistenza privata, per fascia di reddito

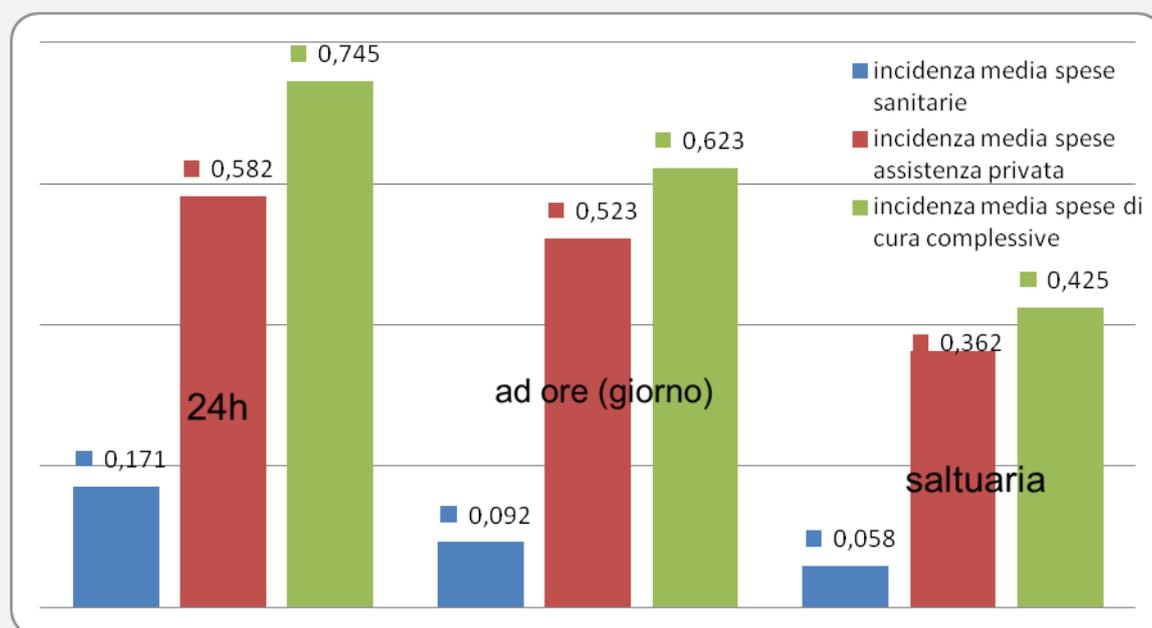


Come mostra la figura 6 a livello complessivo, per le prime due fasce di reddito esaminate (fino a 600 euro e fino a 1000 euro) le spese di assistenza in media incidono per oltre il 60% dei redditi familiari. Chiaramente tale incidenza tende a ridursi nelle

due fasce di reddito più elevate anche se in modo molto contenuto. In media, se si considera la popolazione con un reddito pari o superiore a 1500 euro, più della metà del reddito familiare è destinato alle spese di assistenza, rispettivamente 57% per coloro che dichiarano un reddito medio fino ai 1500 euro e 60% per coloro che dichiarano fino a 2000 euro.

Se si osservano i dati relativi all'incidenza delle spese in base alla condizione di bisogno si può osservare come queste siano coerenti con lo stato di non autosufficienza. Le tre tipologie di spesa considerate (sanitaria, assistenza privata e spese di cura complessive) tendono a ridursi al decrescere del livello di necessità di assistenza dichiarato. Si può notare inoltre che la condizione di non autosufficienza rappresenta un grave vincolo economico per le famiglie, incidendo complessivamente più del 70% nel caso di una necessità di un'assistenza continuativa 24h, o più del 60% nel caso di una necessità di assistenza giornaliera. Inoltre, in linea con il grafico precedente si può osservare che il carico economico maggiore derivi dall'assistenza privata, mentre le spese sanitarie incidono solo relativamente sui redditi familiari.

Fig. 7 Incidenza media sul reddito familiare delle spese sostenute per cure sanitarie e "badante", per necessità di assistenza dichiarata



La tabella successiva, che si concentra sulla popolazione con necessità di cura elevate, mostra che le spese relative all'assistenza privata sono di poco inferiori ai costi relativi alla spesa corrente (utenze, alimentazione, affitto e vestiario). Nel caso di esigenze assistenziali 24h la spesa per tale servizio raggiunge i 666 euro mensili a fronte di una spesa corrente di 708 euro. Per coloro che necessitano di assistenza giornaliera essa raggiunge i 533 euro mensili a fronte di una spesa corrente di 570 euro. Inoltre se si

considerano complessivamente le tre voci di spesa, l'incidenza complessiva supera il 100% del reddito per entrambe le categorie assistenziali considerate, evidenziando come sia necessario e urgente la presenza di ulteriori strumenti di sostegno integrativo al reddito familiare.

Tab. 12 Incidenza di spesa per necessità di assistenza e reddito familiare dichiarato.

	necessità di assistenza			
	24H		Ad ore giorno	
	spesa media €	incidenza media %	spesa media €	incidenza media %
Spese mensile corrente (utenze, alimentazione..)	708	59,8	570	55,5
Spesa mensile per cure (farmaci, terapie..)	190	17,1	88	9,2
Spesa mensile per assistenza privata	666	58,2	533	52,3

3.5 Conclusioni

Lo studio si è focalizzato sulla relazione tra l'offerta di prestazioni LTC e i bisogni potenziali di cura della popolazione anziana non autosufficiente facendo emergere gli elementi caratterizzanti del sistema italiano di Long Term Care. Si è quindi tenuto conto delle caratteristiche del contesto socio-sanitario, dell'offerta di servizi alternativi e complementari, includendo sia l'assistenza domiciliare, privata e pubblica, sia la cura informale.

Anche se il campione non è statisticamente rappresentativo, l'applicazione di questo approccio già nel momento di elaborazione del disegno di ricerca ha permesso poi di mettere in luce alcune incongruenze tra i livelli di offerta e di bisogno di LTC. I limiti più dirimenti emersi dalla ricerca sono l'insufficiente copertura dei servizi pubblici e volontari e un'elevata proporzione di chi non riceve alcun tipo di servizio.

I più recenti studi effettuati nei Paesi OCSE sugli attuali fenomeni demografici, dimostrano infatti che a fronte di un notevole aumento della vita media corrisponde, purtroppo, anche un incremento di casi di non autosufficienza; condizione questa che

necessita di cure e assistenza di una certa entità per le quali l'intervento della sanità pubblica spesso si fa molto attendere.

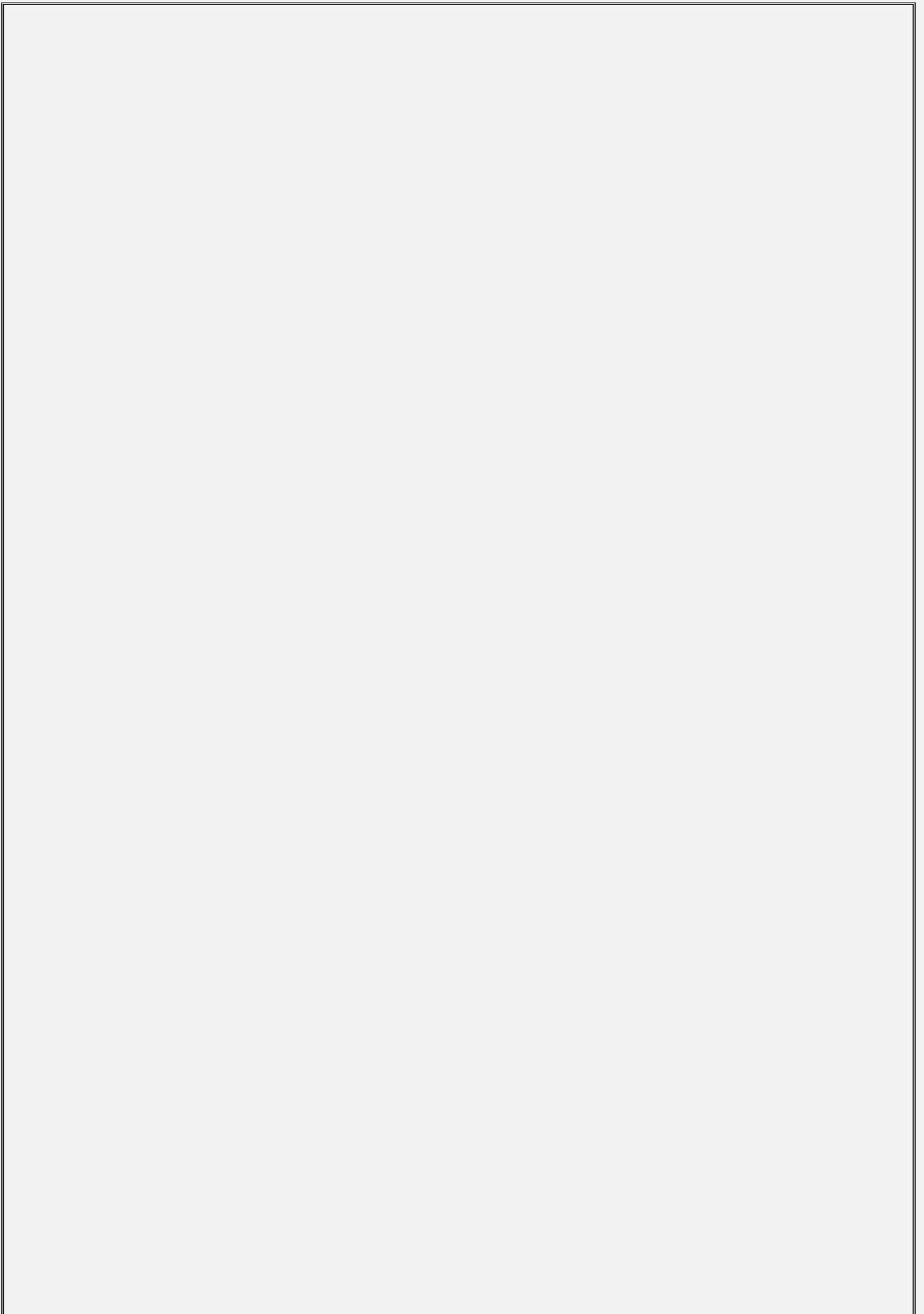
E' indispensabile quindi un potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale affinché garantisca livelli essenziali di assistenza idonei a rispondere ai mutati scenari socioeconomici.

Contemporaneamente è necessario effettuare scelte innovative volte a porre le basi per realizzare anche nel campo della assistenza (al pari di quanto già avvenuto per la previdenza), un secondo pilastro che, accanto alla sanità pubblica, possa contribuire al benessere dei più sfortunati e delle loro famiglie.

Alle considerazioni generali si aggiungono quelle relative alla sostenibilità economica di questo modello da parte delle famiglie, che rappresentano la domanda di strumenti di LTC. In particolare la ricerca approfondendo la parte relativa all'incidenza dei costi dell'assistenza sui redditi familiari ha messo in luce che:

- Gli intervistati che rientrano nelle fasce di reddito più alte sono maggiormente scoperte nell'accesso ai servizi pubblici e volontari
- L'assistenza privata ha un'incidenza elevata per tutte le fasce di reddito e nel complesso la condizione di non autosufficienza rappresenta un vincolo economico importante per le famiglie
- L'incidenza delle spese sanitarie è minore delle spese assistenziali

Alla luce della recente crisi economica in corso, le politiche di contenimento del debito pubblico influiranno sul sistema di welfare in generale e sulle politiche di LTC in particolare. Con una spesa pubblica pro capite che si ridurrà progressivamente, le forti criticità emerse da questa ricerca aprono la strada a nuovi percorsi che potrebbero essere intrapresi nel prossimo futuro. La possibilità di rivedere gli interventi a favore della Non Autosufficienza diventa quindi dirimente e imprescindibile. Emerge infatti la necessità di ripensare i modelli organizzativi, le prestazioni e i costi relativi ai servizi di base per gli anziani, in particolare i non autosufficienti, verificando la possibilità di una redistribuzione dei carichi di spesa tra bilancio pubblico, contributo delle famiglie e del no profit e nuove forme di assicurazione.



4. INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO DI FRAGILITA' DELLA POPOLAZIONE ANZIANA ATTRAVERSO SCHEDA DI VALUTAZIONE S.VA.Fra.

Sommario

Il presente studio si prefigge di rilevare le caratteristiche del bisogno assistenziale degli anziani (over 65 aa.) e dei grandi anziani fragili.

Poiché esiste un grande contributo bibliografico e di letteratura sulle definizioni di fragilità, per la ricerca eseguita è stata utilizzata la definizione dei Medici di medicina generale (M.M.G.) italiani, perché tra tante è quella che fa un più preciso riferimento alla multi-problematicità ed instabilità che caratterizzano condizione e segnala il valore di una presenza\assenza di rete integrata di servizi.

La definizione è la seguente:

“La fragilità è una condizione che coinvolge soggetti di età avanzata o molto avanzata, cronicamente affetti da patologie multiple, con stato di salute instabile, frequentemente disabili, in cui gli effetti dell’invecchiamento e delle malattie possono essere complicati da problemi di tipo socio economico (solitudine, basso reddito, difficoltà relazionali). Tale condizione, caratterizzata da maggior suscettibilità ad eventi avversi e contemporanea incapacità o ritardo di reazione al cambiamento, è potenzialmente suscettibile di prevenzione e cura mirate attraverso una rete di gestione integrata.” (Reg. Veneto, Formazione Medici di assistenza primaria 2009).

La definizione ha quindi rappresentato un punto di partenza forte e chiaro dal quale far partire l’analisi descrivendo questa situazione in ambito di vita reale.

Data la grande variabilità dei contesti socio-familiari possibili, la condizione di fragilità oggetto dello studio è stata pesata su tre coorti di persone assistite ambulatorialmente, domiciliariamente e residenzialmente dai MMG che si pongono quindi in un ruolo attivo nella definizione del profilo di fragilità.

Nel tentativo di individuare la differenza delle tipologie di servizi garantiti dal SSN, dal volontariato e dalle famiglie, con un occhio di riguardo ai costi, all’appropriatezza dei servizi pubblici e privati e alle differenze oro-geografiche, sono state individuate e studiate le popolazioni di anziani fragili che appartengono alla provincia di Padova della Regione del Veneto, a quella di Roma della Regione del Lazio e a quella di Caltanissetta della Regione della Sicilia.

L’attenzione della rilevazione epidemiologica al bisogno assistenziale ha utilizzato un approccio multidimensionale del profilo di salute della popolazione, delineando uno

scenario in cui l'integrazione tra i database socio-sanitari, la promozione dell'epidemiologia nella Medicina Generale e la definizione ed analisi delle fasce di popolazione più bisognose di sostegno sono i punti cardini per sviluppare e potenziare un miglior supporto socio-sanitario.

La definizione di strumenti predittivi finalizzati allo sviluppo di un "Frailty care Model", che si possa aggiungere ad altri modelli dedicati alla cronicità già esistenti, rappresenta probabilmente l'unica strada sostenibile ed in grado di fornire protezione e soluzione ai bisogni con modalità alternative al ricovero ospedaliero.

In questo senso un tale progetto sembra non prescindibile dal coinvolgimento dei principali attori della scena domiciliare quali la Medicina Generale, le famiglie, il volontariato e le comunità locali socio-sanitarie.

I Medici di Medicina Generale in particolare, veri artefici della gestione territoriale degli assistiti, sono elemento indispensabile per la programmazione/definizione della gestione delle cronicità, non solo come "produttori" passivi di dati, ma come parte proattiva nello sviluppo/validazione/applicazione di indici in grado di stratificare il profilo di rischio della popolazione. La scheda S.Va.Fra (Scheda valutazione fragile) si colloca lungo questo percorso/riflessione, fornendo il contributo della medicina generale nella definizione/lettura dei bisogni di assistenza che caratterizzano la popolazione fragile e provvedendo ad una prima analisi sulla appropriatezza delle modalità di assistenza erogate dal sistema sanitario.

Il tutto come base per potere aprire un eventuale confronto dei costi e della tipologia dei servizi offerti dal SSN italiano con l'Europa, approfondendo il ruolo del sistema assicurativo e individuando best practices.

Eventuali sviluppi potranno essere sviluppati in coordinamento con concomitanti iniziative di ricerca in tema di welfare sanitario sviluppate da MDC e Forum ANIA Consumatori.

Lista delle figure

Fig. 1. Scheda SVAFra

Fig. 2. Combinazione 4 dimensioni oggettive di fragilità

Fig. 3. Tipologia di studi medici

Fig. 4. Tipologia di assistenza domiciliare

Fig. 5. Tipologia di assistenza Residenziale

Fig. 6. Numero di pazienti inclusi nel progetto SVAFRA: andamento mensile

Lista delle tabelle

Tabella 1. Caratteristiche anagrafiche della popolazione “fragile” inclusa dai MMG nel progetto SVAFRA

Tabella 2. Pazienti distribuiti per MMG

Tabella 3. Risultato dell’applicazione della scheda SVAFRA per ognuna delle 4 dimensioni considerate nella definizione di fragilità

Tabella 4. Giudizio complessivo di fragilità espresso dai MMG

Tabella 5. Valore medio dei punteggi delle 4 dimensioni stratificati per livello di fragilità percepito

Tabella 6. Coefficiente di determinazione e significatività statistica della relazione di proporzionalità tra le 4 dimensioni e il giudizio di fragilità complessivo percepito dal MMG

Tabella 7. Prevalenza della principali patologie indicate dal MMG come maggiormente associata alla fragilità

Tabella 8. Tipologia di assistenza in corso in relazione alla fragilità percepita dal MMG

Tabella 9. Pazienti che necessitano secondo il MMG di una modifica della modalità di assistenza

Tabella 10. Modifica della tipologia di assistenza suggerita dai MMG

Tabella 11. Percentuale di pazienti per cui è stata proposta la modifica dell’assistenza stratificata per tipologia di assistenza al base-line

4.1 Introduzione

La rappresentazione epidemiologica della popolazione italiana di questi ultimi anni si è molto modificata ed inizia a presentare alcuni aspetti che potrebbero mettere in seria difficoltà l'equilibrio stesso del sistema nazionale.

Le premesse sulle quali abbiamo basato la proposta progettuale partono dai dati significativi forniti dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) secondo i quali nel 2050 ci saranno molti "più nonni che nipoti" e gli over 60 passeranno da 650 milioni a 2 miliardi. Secondo la stessa organizzazione nel 2020 la popolazione anziana in Europa sarà superiore a quella che il sistema sanitario potrà ragionevolmente sostenere, e dal momento che in particolare l'Italia è uno dei paesi europei con il maggior indice di invecchiamento, il dato ci riguarda particolarmente.

I dati previsionali demografici Istat 1° gennaio 2007 – 2051 vedono un importante incremento sia dell'indice di vecchiaia (dal 144,8% nel 2010 al 256,3% nel 2050) sia di quello del peso percentuale della popolazione in valore percentuale di 80 anni e più sulla popolazione complessiva, che passa dal 5,8% della popolazione (nel 2010) al 7,4% (nel 2020), al 13,5% (nel 2050); ciò significa un aumento esponenziale degli anziani, che per larga parte rientrano nella dimensione di non autosufficienza, nonostante negli ultimi decenni, grazie agli sviluppi della scienza medica e degli stili di vita, il livello di "buona salute" degli over 65 sia notevolmente cresciuto.

Nello stesso tempo, a fronte di esigenze crescenti diminuisce la percentuale di Bilancio pubblico disponibile per il welfare, a causa della crisi ormai strutturale della spesa pubblica in un Paese come il nostro ad alto debito pubblico.

Ci stiamo riferendo alla mutata composizione sociale del paese caratterizzata da ridotta presenza forza contributiva dovuta alla diminuzione numerica e occupazionale dei giovani e degli adulti e alla grande presenza di grandi anziani multiproblematici, spesso disabili o addirittura non autosufficienti.

A questo, come aggravante, va aggiunta la coesistenza di contesti familiari e sociali deboli.

Le naturali conseguenze di tutto ciò, in una logica di sistema, sono la difficoltà di riuscire a garantire i servizi di protezione pubblica fin qui esistenti come quelli sanitario e di Welfare.

Il problema, comune a molti paesi europei, può peraltro essere visto anche come un'opportunità per ridefinire velocemente politiche di rinnovamento previdenziale finalizzate ad aumentare l'efficacia degli interventi finanziati e l'efficienza dei servizi proposti in particolare quello pubblico, per costruire un sistema basato sull'integrazione

di interventi pubblici e convenzionati, privati ed assicurati e di volontariato sociale sui quali portare investimenti pubblici e privati finalizzati.

La fetta di popolazione che ricorre maggiormente all'utilizzo dei servizi è certamente quella dei grandi anziani che è prevista in aumento.

Il grande anziano, specie se fragile, richiede interventi assistenziali gravati da grande impegno di risorse familiari e sociali che spesso non comportano risultati tangibili di guarigione, ma che sono comunque indispensabili e rappresentano l'identikit organizzativo gestionale di uno stato moderno.

Come miscelare bisogni e risposte efficienti ed efficaci?

Attraverso logiche di appropriatezza, che per essere tali devono preliminarmente individuare la caratteristica e la stratificazione del bisogno, i modelli integrati d'intervento, la valutazione della sostenibilità delle risposte attraverso le risorse disponibili.

Di qui allora la necessità di ripensare i modelli organizzativi, le prestazioni e i costi relativi ai servizi di base per gli anziani, in particolare per i non autosufficienti, verificando la possibilità di una redistribuzione dei carichi di spesa tra bilancio pubblico, contributo delle famiglie e del no profit e nuove forme di assicurazione.

4.2 Obiettivi

Gli obiettivi della rilevazione sono stati:

1. "Descrivere" lo stato di fragilità della popolazione sulla base dei criteri individuati nella "Definizione di Fragilità" condivisa dai MMG:
 - a. Catalogando le condizioni di fragilità del paziente anziano complesso;
 - b. Stratificando il bisogno secondo le variabili oggettive di salute, disabilità, complessità gestionale, contesto familiare e secondo quelle soggettive del curante F1-F3;
 - c. Definire le esigenze d'integrazione per una risposta efficace.
2. Eseguire una prima analisi descrittiva dei dati disponibili più recenti relativi alla coorte di pazienti entrati nello studio campione SVAFRA con particolare riferimento alle "dimensioni" della fragilità che più influiscono sul giudizio del MMG, valutandone inoltre l'appropriatezza dei livelli assistenziali proposti in risposta ai bisogni percepiti;
3. Valutare l'applicabilità del contributo informativo della SVAFRA nella valutazione del Modello Assistenziale di Gestione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici e di Presa in Carico delle persone affette da patologie croniche.
4. Effettuare un iniziale confronto tra bisogni e risposte sul tema della fragilità in tre popolazioni di studio residenti nel nord-centro-sud italiano.

4.3 Materiali e metodi

Come anticipato, oggetto del rilevamento sono stati i soggetti anziani fragili territoriali, cioè coloro che accanto a problemi di salute erano anche portatori anche di disabilità ed esigenze assistenziali complesse, erogate in modo istituzionale (studio medico di M.A.P., assistenza domiciliare o residenziale) o in modo non istituzionale (famiglia e volontariato).

In Italia la risposta assistenziale istituzionale alla fragilità è molto variegata. Nel tentativo di individuare denominatori comuni, abbiamo deciso di pesare la fragilità dell'anziano con una scheda chiamata SVAFra (allegato 1). Tale scheda collaudata in alcune realtà del Nord Italia si sta diffondendo per la sua precisione descrittiva soprattutto da un punto di vista gestionale e dell'integrazione tra servizi (allegato 2). Nella scheda sono anche stratificate le possibili risposte organizzative istituzionali previste in alcune regioni (allegato 3).

Allo studio hanno partecipato 34 Medici di Assistenza Primaria (12 MMG del Veneto, 8 MMG del Lazio, 14 MMG della Sicilia). L'analisi dei risultati riguardanti 521 persone (Caltanissetta 203 persone, Roma 103 persone Padova 215 persone.) è stato effettuato nel periodo ottobre 2013-gennaio 2014.

In apertura, definito il disegno del progetto, è stato effettuato un incontro con i 3 capi team per definire gli obiettivi del progetto e per concordare i criteri di utilizzo e di omogenea compilazione della scheda SVAFRA. Una volta compilate le schede queste sono state imputate in modo anonimizzato nel programma informatico (Excel di Microsoft) e successivamente elaborate.

La scheda è stata somministrata in singolo cieco ad una coorte di anziani di età uguale o superiore ai sessantacinque anni (≥ 65 anni) in 3 regioni italiane (Veneto, Lazio e Sicilia) secondo i criteri di arruolamento/esclusione sotto riportati.

Criteri di inclusione

I pazienti arruolabili sono tutti i pazienti con età ≥ 65 anni visti dal MMG in ambulatorio o a domicilio e che abbiano almeno 2 delle seguenti condizioni:

- cronicamente affetti da patologie multiple;
- stato di salute instabile;
- stato di disabilità psico-fisica recidivante;
- problemi di tipo socio economico (solitudine, basso reddito, difficoltà relazionali);
- ogni paziente di età ≥ 65 anni che ad avviso motivato del medico sperimentatore merita di essere arruolato;

Criteria di esclusione

Saranno esclusi i pazienti ricoverati in ambiente ospedaliero o in struttura ad alta intensità di cure.

Strumenti

Per ogni paziente il Medico Sperimentatore ha somministrato la scheda SVAFRA.

Il Medico Sperimentatore passerà il nominativo del paziente al medico coordinatore-verificatore che compilerà un database riassuntivo con elaborazione dei dati.

I coordinatori - verificatori dei Medici Sperimentatori hanno partecipato ad un incontro formativo su un programma didattico predefinito e omogeneo finalizzato ad una compilazione omogenea della scheda.

Oltre alla compilazione della scheda il MG sperimentatore sarà invitato a descrivere tutto ciò che non percepisce con la SVAFRA ma che esiste nella storia del paziente.

4.4 La scheda SVAFra

Costituisce lo strumento utilizzato per l'indagine corredata di legenda esplicativa e di campi a testo libero per descrivere eventuali situazioni accessorie.

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'ANZIANO FRAGILE (SVAFra)								Grafici
Dati identificativi del paziente								
Cognome e nome del paziente	Data di nascita	Peso (Kg)	Altezza (cm)	Sesso	Istruzione	Data Visita	Medico Curante	
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Assistenza Attuata fino alla data odierna:		<input type="text"/>						
Osservazioni:		<input type="text"/>						
Valutazione dei determinanti della fragilità (DCSG)								
Problemi:	Descrizione:	Classi:						
S - Salute	problemi di Salute (gravità, comorbidità, politrattamento)	<input type="text"/>						
D - Disabilità	problemi di Disabilità fisica e cognitiva/ comportamentale (ADL/IADL)	<input type="text"/>						
G - Gestione	problemi di Gestione del paziente (sanitaria e non)	<input type="text"/>						
C - Contesto	problemi di Contesto familiare e socio-ambientale (incluse le badanti)	<input type="text"/>						
Osservazioni:		<input type="text"/>						
Patologia Prevalente:		<input type="text"/>						
Codice:	<input type="text"/>	Descrizione:	<input type="text"/>					
Valutazione della fragilità da parte del curante								
F: Fragilità	<input type="text"/>							
Assistenza proposta a partire dalla data odierna:		<input type="text"/>						
Valutazione dell'integrazione organizzativa (I):		<input type="text"/>						
Osservazioni:		<input type="text"/>						

Fig. 1 Scheda Svafra

I determinanti della fragilità caratterizzanti la scheda SVAFra dei quali ogni MMG è tenuto a fornire un giudizio oggettivo sono categorizzati in 4 dimensioni:

1. AREA SALUTE e INSTABILITA' CLINICA con 4 gradi di giudizio:
 - S0: soggetti privi di patologie croniche;
 - S1: soggetti con una o più patologie asintomatiche o sintomatiche adeguatamente trattate;
 - S2 soggetti con una o più patologie non controllate dalla terapia o con una o più patologie al massimo della loro gravità;
 - S3 instabile: problemi clinici che necessitano di monitoraggio medico, infermieristico o strumentale, non programmabile, una o più volte/settimana, ma non quotidiano.
2. DISABILITA' FISICA e COGNITIVO COMPORTAMENTALE con 4 gradi di giudizio:
 - D0: assenza di problematiche cognitivo-comportamentali;
 - D1: necessita di appoggio (bastone); deterioramento mentale lieve: attività lavorative e sociali significativamente compromesse, rimane la capacità di vita

autonoma, con adeguata igiene personale e capacità critica relativamente conservata; orientativamente;

- D2: necessita di sostegno strutturato (carrozzina); deterioramento mentale moderato: la vita indipendente diviene rischiosa, e necessario un certo grado di supervisione;

- D3: necessita di accudimento (letto); deterioramento mentale grave: le attività della vita quotidiana sono così compromesse da rendere necessaria una continua supervisione, es. paziente incapace di mantenere un minimo di igiene personale, oppure ampiamente incoerente o mutacico.

3. COMPLESSITA' GESTIONALE con 3 gradi di giudizio:

- G0: assenza di problematiche gestionali;

- G1 Bassa complessità gestionale: paziente in ADP clinicamente stabile, collaborante (compiante) e con autonomia sufficiente, necessita di controllo periodico da parte di un operatore;

- G2 Media complessità gestionale: paziente in ADI, con stabilità clinica problematica, oppure non attendibile nella collaborazione (non compliante), o con autonomia insufficiente per la cura della sua condizione clinica, necessita di controllo periodica da parte di più di un operatore;

- G3 Alta complessità gestionale: paziente in ADI complessa, presenta contemporaneamente due dei fattori di complessità gestionale (stabilità clinica problematica, collaborazione non attendibile [= non compliante], dipendenza per la cura), necessita di controllo integrato e pianificato da parte di più operatori.

4. CONTESTO AMBIENTALE con 3 gradi di giudizio:

- C0: buon supporto ambientale;

- C1: il coniuge o/o i parenti sono disponibili, ma in grado di fornire assistenza limitata all'essenziale (conviventi con difficoltà personali varie, oppure non conviventi con distanze o disponibilità condizionanti), un'eventuale assistenza privata comprometterebbe la capacità economica, l'abitazione e senza barriere architettoniche esterne/interne;

- C2: il coniuge o/o i parenti hanno difficoltà a fornire assistenza; la disponibilità economica è insufficiente per un'eventuale assistenza privata, abitazione non del tutto adatta alla situazione;

- C3: non ha parenti o i parenti non sono in grado di fornire assistenza, abitazione con barriere architettoniche esterne/interne.

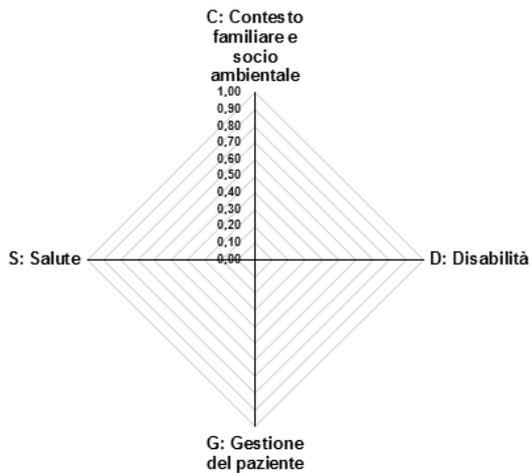
Il livello di fragilità è stato "classificato/individuato" attraverso la combinazione di queste 4 dimensioni.

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'ANZIANO FRAGILE (SVAFRA)

Scheda

Dati identificativi del paziente

(ad esempio informazioni su particolari criticità del paziente, della famiglia, del sistema socio-sanitario, ecc.; valutazioni sull'efficacia e sugli elementi di insuccesso dell'assistenza attuata fino alla data odierna, valutazioni sugli effetti attesi dell'assistenza proposta a partire dalla data odierna, ecc.)



Rappresentazione grafica della fragilità ottenuta attraverso l'area individuata dal valore dei quattro determinanti (nell'ipotesi semplificativa di linearità tra valore della fragilità e valori dei quattro determinanti).

Cognome e nome del paziente

Osservazioni:

Fig.2. Combinazione 4 dimensioni oggettive fragilità

Al MMG veniva chiesto di esprimere un indipendente giudizio professionale e anamnestico circa il grado di "fragilità" complessiva percepita, attraverso l'attribuzione di 5 gradi:

- A. 0 (assenza di fragilità),
- B. 1 (fragilità lieve),
- C. 2 (fragilità moderata),
- D. 3 (fragilità grave),
- E. T (terminalità)

Ancora, venivano richieste le patologie prevalenti che caratterizzavano la gravità/gravosità del quadro clinico.

Cercando di definire criteri di efficienza ed efficacia degli interventi, una parte valutativa veniva dedicata alla tipologia di risposta organizzativa secondo criteri d'integrazione:

I0: Nulla, nessun coordinamento tra attori

I1: Bassa, coordinamento tra paziente e famiglia e operatori mediante diario clinico assistenziale, telefonate ed incontri (se assistenza residenziale mediante registro delle consegne)

I2: Media, coordinamento tra paziente e famiglia e operatori mediante diario clinico assistenziale, telefonate ed incontri (se assistenza residenziale mediante registro delle consegne e PAI (Piano assistenziale individuale)

I3: Alta, coordinamento tra paziente e famiglia e operatori mediante diario clinico assistenziale, telefonate ed incontri (se assistenza residenziale mediante registro delle consegne e PAI (Piano assistenziale individuale) ed incontri periodici della U.O.I.

Per tutti i pazienti testati, è stata fatta una valutazione descrittiva della tipologia assistenziale effettuata fino alla data della valutazione secondo S.VA.Fra ed è stata richiesta una conferma o proposta di altra tipologia assistenziale .

Le tipologie assistenziali sono state divise in tre macrolivelli: studi medici, assistenza domiciliare stratificata nelle varie tipologie, assistenza residenziale stratificata in varie tipologie. Data la diversità di organizzazione assistenziale in parte esistente tra le tre regioni aderenti all'iniziativa si è concordato di utilizzare lo schema organizzativo ed i glossari applicati nella regione del Veneto.

Tipi di assistenza previsti dalla SVAFra:

Studi medici

A1 - Studio medico
A2 - Reti di studi medici
A3 - Studio medico di gruppo
A4 - Utap - Unità territoriale di assistenza Primaria / Casa della salute
A5 - UCCP - Unità complessa di Cure Primarie

Fig. 3. tipi di studi medici

Assistenza domiciliare

D1B - SID - Servizi Infermieristici Domiciliari
D1C - ADP - Assistenza Domiciliare Programmata
D2A - ADI Profilo A - Assistenza Domiciliare Integrata Profilo A (fisioterapista con supporto sociale)
D2B - ADI Profilo B - Assistenza Domiciliare Integrata Profilo B (infermiere con supporto sociale)
D2C - ADI Profilo C - Assistenza Domiciliare Integrata Profilo C (medico con supporto sociale)
D3A - ADI MED Profilo D - Assistenza Domiciliare Integrata Medica (équipe socio-sanitaria)
D3B - ADI MED oncologica
D3C - ADI MED avanzata (sperimentale)

Fig. 4. tipi di assistenza domiciliare

Assistenza residenziale

R1B - Centro diurno per non-autosufficienti con ADI attivata
R2A - Ospedale di comunità senza ADI attivata
R2B - Ospedale di comunità con ADI attivata
R3 - RSA 1° livello (nuclei a ridotta-minima intensità assistenziale)
R4 - RSA 2° livello (nuclei a media intensità assistenziale)
R5A - RSA 3° livello (nuclei ad elevata intensità assistenziale: nuclei per stati vegetativi permanenti, hospice) senza ADI attivata
R5B - RSA 3° livello (nuclei ad elevata intensità assistenziale: nuclei per stati vegetativi permanenti, hospice) con ADI attivata
H - Pronto soccorso / Ospedale

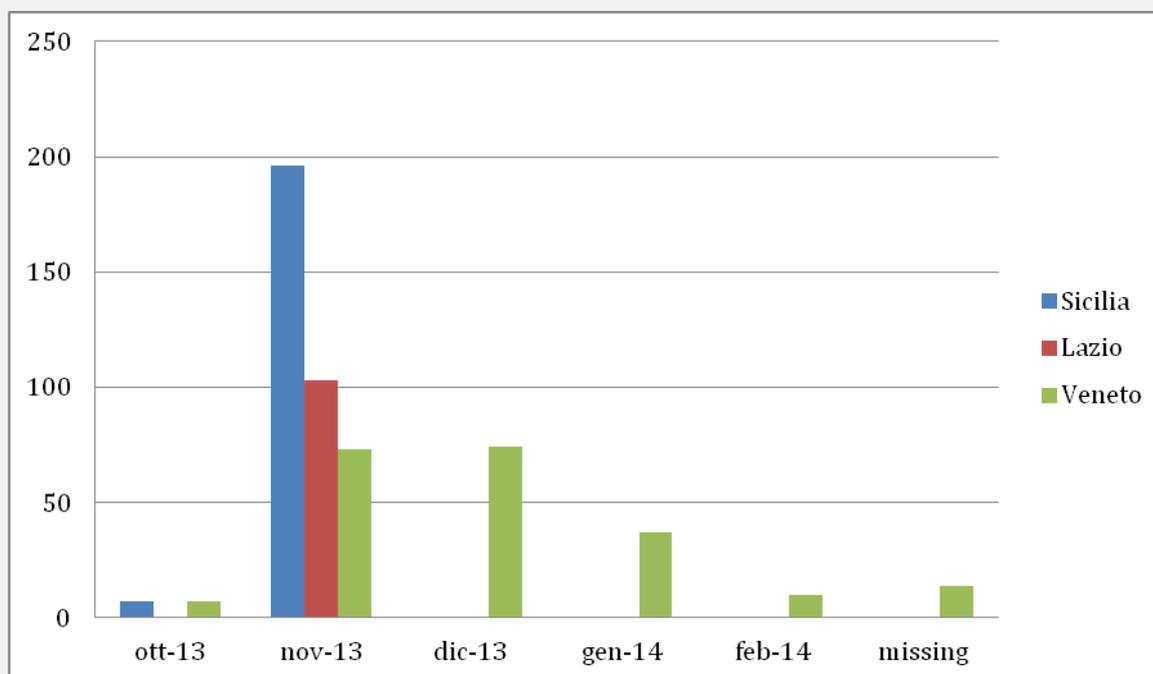
Fig. 5. tipi di assistenza residenziale

4.5 Risultati

Analisi descrittiva dei dati relativi alla coorte di pazienti entrati nello studio campione SVAFRA con particolare riferimento alle “dimensioni” della fragilità che più influiscono sul giudizio del MMG, valutandone inoltre l’appropriatezza dei livelli assistenziali proposti in risposta ai bisogni percepiti.

Il primo paziente incluso nello studio è stato inserito in data 22/10/2013 mentre l’ultima data di inclusione è stato il 15/02/2014, in figura 3 sono riportati il numero di pazienti distribuiti per mese di inclusione.

Figura 3. Numero di pazienti inclusi nel progetto SVAFRA: andamento mensile.



Allo stato attuale sono stati individuati 521 pazienti “fragili” che presentano una età media pari a 83.14 anni (SD 8.18) con un range da 48 a 103 anni (Tabella 1), così ripartiti in relazione alla regione di arruolamento:

- Regione Sicilia: 203 pazienti con una età media pari a 81.74 anni (SD 8.40);
- Regione Lazio: 103 pazienti con una età media pari a 84.82 anni (SD 8.17);
- Regione Veneto: 215 pazienti con una età media pari a 83.67 anni (SD 7.79).

Non si sono riscontrate differenze significative per età e sesso delle 3 coorti di pazienti.

Tabella 1. Caratteristiche anagrafiche della popolazione "fragile" inclusa dai MMG nel progetto SVAFRA

Classi Età	SICILIA			LAZIO			VENETO				TOT			
	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	MIS	TOT	M	F	MIS	TOT
<65 anni	5	3	8 (3.9%)	4	0	4 (3.9%)	1	4	0	5 (2.3%)	10	7	0	17 (3.3%)
65-74 anni	13	11	24 (11.8%)	2	1	3 (2.9%)	11	16	2	29 (13.5%)	26	28	2	56 (10.7%)
75-84 anni	30	57	87 (42.9%)	19	19	38 (36.9%)	18	46	4	68 (31.6%)	67	122	4	193 (37.0%)
≥85 anni	27	57	84 (41.4%)	12	46	58 (56.3%)	31	78	4	113 (52.6%)	70	181	4	255 (48.9%)
TOT	75	128	203	37	66	103	61	144	10	215	173	338	10	521

In tutte le regioni si nota una netta prevalenza del sesso femminile (in rapporto quasi di 2 a 1 rispetto agli uomini), tendenza che si accentua nella coorte dei grandi anziani, classe quest'ultima che rappresentata quasi il 50% della popolazione in studio.

Al momento i MMG che hanno partecipato allo studio sono stati 34, che hanno provveduto ad arruolare da un minimo di 5 ad un massimo di 59 pazienti (Tabella 2).

Tabella 2. Pazienti distribuiti per MMG

MMG	Frequency	Percent
1	14	2.69
2	6	1.15
3	15	2.88
4	15	2.88
5	9	1.73
6	15	2.88
7	15	2.88
8	14	2.69
9	15	2.88
10	15	2.88

MMG	Frequency	Percent
11	12	2.30
12	10	1.92
13	15	2.88
14	15	2.88
15	15	2.88
16	15	2.88
17	15	2.88
18	15	2.88
19	15	2.88
20	16	3.07
21	15	2.88
22	15	2.88
23	15	2.88
24	5	0.96
25	14	2.69
26	21	4.03
27	10	1.92
28	15	2.88
29	59	11.32
30	21	4.03
31	14	2.69
32	11	2.11
33	15	2.88
34	15	2.88
TOT	521	100

Le valutazioni di follow-up non sono state eseguite non permettendo allo stato attuale di poter effettuare valutazioni attendibili sugli esiti della applicazione della scheda SVAFRA, permettendo pertanto una analisi descrittiva della popolazione al base-line. Di seguito sono riportati i risultati ottenuti dall'applicazione della scheda SVAFRA nei 521 pazienti arruolati differenziati per dimensione presa in esame e per regione di inclusione (Tabella 3).

Tabella 3. Risultato dell'applicazione della scheda SVAFRA per ognuna delle 4 dimensioni considerate nella definizione di fragilità

SICILIA

Salute e disabilita'	Frequency	Percent	Disabilità cognitiva	Frequency	Percent
S0	0	0%	D0	10	4.93%
S1	66	32.51%	D1	81	39.90%
S2	107	52.71%	D2	71	34.98%
S3	30	14.78%	D3	41	20.20%
Missing	0	0%	missing	0	0%

Complessità gestionale	Frequency	Percent	Contesto ambiente	Frequency	Percent
G0	8	3.94%	C0	46	22.66%
G1	61	30.05%	C1	74	36.45%
G2	94	46.31%	C2	55	27.09%
G3	36	17.73%	C3	22	10.84%
Missing	4	1.97%	Missing	6	2.96%

LAZIO

Salute e disabilita'	Frequency	Percent	Disabilità cognitiva	Frequency	Percent
S0	1	0.97%	D0	8	7.77%
S1	28	27.28%	D1	39	37.86%
S2	55	53.40%	D2	29	28.26%
S3	19	18.45%	D3	27	26.21%
Missing	0	0%	missing	0	0%

Complessità gestionale	Frequency	Percent	Contesto ambiente	Frequency	Percent
G0	7	6.80%	C0	37	35.92%
G1	36	34.95%	C1	42	40.78%
G2	47	45.63%	C2	19	18.45%
G3	13	12.62%	C3	5	4.85%
Missing	0	0%	Missing	0	0%

VENETO

Salute e disabilita'	Frequency	Percent	Disabilità cognitiva	Frequency	Percent
S0	0	0%	D0	20	9.30%
S1	68	31.63%	D1	56	26.05%
S2	123	57.21%	D2	67	31.16%
S3	24	11.16%	D3	72	3.49%
Missing	0	0%	missing	0	0%

Complessità gestionale	Frequency	Percent	Contesto ambiente	Frequency	Percent
G0	15	6.98%	C0	72	33.49%
G1	76	35.35%	C1	44	20.47%
G2	100	46.51%	C2	29	13.49%
G3	24	11.16%	C3	70	32.56%
Missing	0	0%	Missing	0	0%

Come si può notare nel Veneto i MMG percepiscono una maggiore frequenza di pazienti con complessità legata a problematiche di disabilità cognitiva e di contesto ambientale. Il giudizio complessivo di fragilità è stato espresso dai MMG in maniera del tutto indipendente dalle 4 dimensioni precedentemente descritte attraverso 5 gradi di giudizio (Tabella 4).

Tabella 4. Giudizio complessivo di fragilità espresso dai MMG

SICILIA

FRAGILITA'	Frequency	Percent
F0	2	0.99%
F1	32	15.76%
F2	144	70.94%
F3	21	10.37%
T	2	0.99%
missing	2	0.99%

LAZIO

FRAGILITA'	Frequency	Percent
F0	1	0.97%
F1	22	21.36%
F2	57	55.34%
F3	21	20.39%
T	1	0.97 %
Missing	1	0.97%

VENETO

FRAGILITA'	Frequency	Percent
F0	7	3.26%
F1	28	13.02%
F2	122	56.74%
F3	56	26.05%
T	2	0.93%
Missing	0	0%

Nel Veneto i MMG hanno formulato con maggiore frequenza un giudizio di fragilità più severo (arrivando al 26.98% dei casi), mentre è stato formulato meno frequentemente in Sicilia (11.36% dei casi).

Anche se il giudizio discrezionale del grado complessivo di fragilità è stato formulato in maniera completamente indipendente dall'attribuzione dei punteggi delle 4 dimensioni considerate, si nota per ogni grado di fragilità ed in ogni regione un progressivo incremento dei punteggi medi delle dimensioni. Tale gradiente risulta più marcato per le dimensioni **SALUTE E DISABILITA, DISABILITÀ COGNITIVA e COMPLESSITA' GESTIONALE** (Tabella 5).

Tabella 5. Valore medio dei punteggi delle 4 dimensioni stratificati per livello di fragilità percepito

SICILIA

FRAGILITA'	Salute	Disabilità	Gestione	Contesto
F0	1.00 (SD 0)	0.50 (SD 0.71)	0	0
F1	1.25 (SD 0.44)	0.97 (SD 0.54)	1.19 (SD 0.74)	0.72 (SD 0.73)
F2	1.85 (SD 0.61)	1.75 (SD 0.74)	1.91 (SD 0.73)	1.44 (SD 1.01)
F3	2.48 (SD 0.51)	2.52 (SD 0.81)	2.38 (SD 0.86)	1.71 (SD 1.15)
T	2.50 (SD 0.71)	3.00 (SD 0)	3.00 (SD 0)	1.00 (SD 1.41)
Missing	2.00 (SD 1.41)	1.50 (SD 2.12)	2.00 (SD 1.41)	2.50 (SD 2.12)

LAZIO

FRAGILITA'	Salute	Disabilità	Gestione	Contesto
F0	1.00 (SD 0)	0	0	0
F1	1.41 (SD 0.59)	1.00 (SD 0.62)	1.09 (SD 0.61)	0.77 (SD 0.68)
F2	1.89 (SD 0.65)	1.79 (SD 0.84)	1.61 (SD 0.67)	0.96 (SD 0.87)
F3	2.43 (SD 0.51)	2.52 (SD 0.75)	2.33 (SD 0.66)	1.00 (SD 1.00)
T	3.00 (SD 0)	0	3.00 (SD 0)	1.00 (SD 0)
Missing	1 (SD 0)	1 (SD 0)	1 (SD 0)	1 (SD 0)

VENETO

FRAGILITA'	Salute	Disabilità	Gestione	Contesto
F0	1.14 (SD 0.38)	0.14 (SD 0.38)	0.29 (SD 0.49)	0.43 (SD 0.79)
F1	1.21 (SD 0.42)	0.79 (SD 0.74)	0.96 (SD 0.51)	0.79 (SD 0.83)
F2	1.71 (SD 0.51)	1.84 (SD 0.80)	1.56 (SD 0.64)	1.44 (SD 1.24)
F3	2.32 (SD 0.54)	2.71 (SD 0.53)	2.21 (SD 0.65)	1.88 (SD 1.31)
T	2.50 (SD 0.71)	3.00 (SD 0)	2.50 (SD 0.71)	3.00 (SD 0)
missing	/	/	/	/

Tale dato trova riscontro anche se si esamina in una regressione lineare il rapporto tra lo score della fragilità e quelli delle 4 dimensioni (Tabella 6), infatti si nota una significatività statistica e un valore del coefficiente di determinazione maggiore nella relazione di proporzionalità diretta tra la fragilità e le dimensioni **SALUTE E DISABILITA'**, **COMPLESSITA' GESTIONALE** e **DISABILITÀ COGNITIVA**.

Tabella 6. Coefficiente di determinazione e significatività statistica della relazione di proporzionalità tra le 4 dimensioni e il giudizio di fragilità complessivo percepito dal MMG

SICILIA

DIMENSIONI	Coefficiente di determinazione	p
Salute e disabilità'	0.232 (± 0.062)	<0.001
Disabilità cognitiva	0.212 (± 0.046)	<0.001
Complessità gestionale	0.108 (± 0.049)	0.028
Contesto ambiente	0.077 (± 0.033)	0.021

LAZIO

DIMENSIONI	Coefficiente di determinazione	p
Salute e disabilità'	0.271 (± 0.100)	0.008
Disabilità cognitiva	0.160 (± 0.070)	0.024
Complessità gestionale	0.265 (± 0.095)	0.006
Contesto ambiente	0.074 (± 0.065)	0.258

VENETO

DIMENSIONI	Coefficiente di determinazione	p
Salute e disabilità'	0.410 (± 0.087)	<0.001
Disabilità cognitiva	0.431 (± 0.058)	<0.001
Complessità gestionale	0.249 (± 0.090)	0.007
Contesto ambiente	-0.012 (± 0.035)	0.737

Risulta interessante notare nel confronto tra le regioni come in Veneto vi sia una maggiore correlazione tra le dimensioni **SALUTE E DISABILITA'** e **DISABILITÀ COGNITIVA** ed il giudizio di fragilità (testimoniato dal maggiore coefficiente di determinazione), mentre nel Lazio la dimensione **COMPLESSITA' GESTIONALE** assume un maggior peso rispetto a quello che presenta nelle altre regioni.

In tabella 7 sono riportate le prevalenze delle principali patologie che il MMG ha indicato come quella maggiormente associata alla condizione di fragilità.

Tabella 7. Prevalenza della principali patologie indicate dal MMG come maggiormente associata alla fragilità

PATOLOGIE	SICILIA	LAZIO	VENETO	TOT
Demenza Senile o Alzheimer	29 (14.29%)	19 (18.45%)	57 (26.51%)	105 (20.15%)
Ictus cerebri	34 (16.75%)	9 (8.74%)	17 (7.91%)	60 (11.52%)
Scopenso cardiaco	6 (3.14%)	12 (11.88%)	12 (5.58%)	30 (5.76%)
Diabete Mellito	10 (5.24%)	6 (5.94%)	14 (6.51%)	30 (5.76%)
Cardiopatia ischemica cronica	11 (5.76%)	3 (2.97%)	15 (6.98%)	29 (5.57%)
Ipertensione arteriosa	7 (3.66%)	7 (6.93%)	8 (3.72%)	22 (4.22%)
Artrosi	8 (4.19%)	4 (3.96%)	10 (4.65%)	22 (4.22%)
BPCO	5 (2.46%)	8 (7.77%)	5 (2.33%)	18 (4.14%)
Parkinson	8 (4.19%)	0	4 (1.86%)	12 (2.30%)
Aritmie cardiache	2 (1.05%)	2 (1.98%)	6 (2.79%)	10 (1.92%)
Frattura del collo del femore	3 (1.57%)	3 (2.97%)	3 (1.39%)	9 (1.73%)
Psicosi organiche	5 (2.62%)	1 (0.99%)	2 (0.93%)	8 (1.53%)
Cirrosi	2 (1.05%)	2 (1.98%)	4 (1.86%)	8 (1.53%)

Come si può notare vi sono delle differenze regionali nell'indicare le patologie più frequentemente relazionate allo stato di fragilità, in modo particolare si nota una alta incidenza di pazienti veneti con demenza o Alzheimer che spiega l'elevato peso attribuito dai MMG alla dimensione **DISABILITÀ COGNITIVA** nella definizione della fragilità globale.

I MMG hanno inoltre descritto la modalità di assistenza attuale in atto per la presa in carico dei pazienti, esprimendo un giudizio sulla sua adeguatezza e proponendo una eventuale modifica della forma di assistenza. Le forme di assistenza in atto al momento dell'inclusione dei pazienti nello studio sono state messe in relazione con il giudizio di gravità percepita dal MMG, dimostrando un graduale aumento della percentuale di pazienti in forme di assistenza più complesse con l'aumento del grado di fragilità (Tabella 8).

Tabella 8. Tipologia di assistenza in corso in relazione alla fragilità percepita dal MMG

SICILIA

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	LIVELLO DI FRAGILITA'						TOT
	F missing	F0	F1	F2	F3	T	
Studio medico	0	2 (100%)	18 (56.25%)	28 (19.58%)	3 (14.29%)	0	51 (25.50%)
Medicina di rete	1 (50.00%)	0	2 (6.25%)	12 (8.39%)	0	0	14 (7.00%)
Medicina di gruppo	0	0	3 (9.38%)	43 (30.07%)	9 (42.86%)	1 (50.00%)	56 (28.00%)
D1 – ADP	0	0	9 (28.13%)	56 (39.16%)	7 (33.33%)	1 (50.00%)	73 (36.50%)
D2 – ADI	1 (50.00%)	0	0	3 (2.10%)	2 (9.52%)	0	5 (2.50%)
Assistenza Residenziale	0	0	0	1 (0.69%)	0	0	1 (0.50%)
Missing	0	0	0	1 (0.69%)	0	0	1 (0.50%)
TOT	2	2	32	144	21	2	203

LAZIO

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	LIVELLO DI FRAGILITA'						TOT
	F missing	F0	F1	F2	F3	T	
Medicina di gruppo	0	1 (100%)	12 (54.55%)	23 (40.35%)	5 (23.81%)	0	41 (39.81%)
D1 – ADP	1 (100%)	0	8 (36.36%)	21 (36.84%)	13 (61.90%)	1 (100%)	44 (42.72%)
D2 – ADI	0	0	2 (9.09%)	12 (21.05%)	3 (14.29%)	0	17 (16.50%)
Assistenza Residenziale	0	0	0	1 (1.75%)	0	0	1 (0.97%)
TOT	1	1	22	57	21	1	103

VENETO

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	LIVELLO DI FRAGILITA'						TOT
	F missing	F0	F1	F2	F3	T	
Studio medico	0	0	1 (3.57%)	14 (11.48%)	0	0	15 (6.98%)
Medicina di rete	0	4 (57.14%)	3 (10.71%)	7 (5.74%)	2 (3.57%)	0	16 (7.44%)
Medicina di gruppo	0	3 (42.86%)	15 (53.57%)	4 (3.28%)	0	0	22 (10.23%)
UTAP	0	0	2 (7.14%)	29 (23.77%)	6 (10.71%)	0	37 (17.21%)

D1 – ADP	0	0	2 (7.14%)	27 (22.13%)	11 (19.64%)	1 (50.00%)	41 (19.07%)
D2 – ADI	0	0	1 (3.57%)	4 (3.28%)	3 (5.36%)	0	8 (3.72%)
D3	0	0	0	1 (0.82%)	2 (3.57%)	0	3 (1.40%)
Assistenza Residenziale	0	0	4 (14.29%)	36 (29.51%)	32 (57.14%)	1 (50.00%)	73 (33.95%)
TOT	0	7	28	122	56	2	215

In 259 (49.71%) casi il MMG ritiene necessario la modifica della forma di assistenza, necessità percepita in maniera maggiore tra i pazienti più fragili (Tabella 9), con la unica eccezione del Veneto dove, essendo molto maggiore la percentuale di soggetti al baseline già in assistenza residenziale, i MMG propongono molto più raramente la modifica della forma assistenziale.

Tabella 9. Pazienti che necessitano secondo il MMG di una modifica della modalità di assistenza

SICILIA

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	LIVELLO DI FRAGILITA'						TOT
	F missing	F0	F1	F2	F3	T	
Assistenza adeguata	1	2	14	50	7	1	75
Modifica assistenza	1 (50%)	0	18 (56.25%)	94 (65.28%)	14 (66.67%)	1 (50%)	128 (63.05%)
TOT	2	2	32	144	21	2	203

LAZIO

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	LIVELLO DI FRAGILITA'						TOT
	F missing	F0	F1	F2	F3	T	
Assistenza adeguata	1	0	8	19	6	1	35
Modifica assistenza	0	1 (100%)	14 (63.64%)	38 (66.67%)	15 (71.43%)	0	68 (66.02%)
TOT	1	1	22	57	21	1	103

VENETO

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	LIVELLO DI FRAGILITA'						TOT
	F missing	F0	F1	F2	F3	T	
Assistenza adeguata	0	7	24	75	45	1	152
Modifica assistenza	0	0	4 (14.29%)	47 (38.52%)	11 (19.64%)	1 (50.00%)	63 (29.30%)
TOT	0	7	28	122	56	2	215

D3	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Assistenza Residenziale	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabella 11. Percentuale di pazienti per cui è stata proposta la modifica dell'assistenza stratificata per tipologia di assistenza al base-line

SICILIA

FORMA ASSISTENZIALE INIZIALE	MODIFICA ASSISTENZA	TOT
Studio medico	39 (76.47%)	51
Medicina di rete	11 (78.57%)	14
Medicina di gruppo	38 (67.86%)	56
D1 – ADP	35 (47.94%)	73
D2 – ADI	4 (80.00%)	5
Assistenza Residenziale	1 (100%)	1
Missing	0	1
TOT	128 (63.05%)	203

LAZIO

FORMA ASSISTENZIALE INIZIALE	MODIFICA ASSISTENZA	TOT
Medicina di gruppo	41 (100%)	41
D1 – ADP	18 (40.91%)	44
D2 – ADI	9 (52.94%)	17
Assistenza Residenziale	0	1
TOT	68 (66.02%)	103

VENETO

FORMA ASSISTENZIALE INIZIALE	MODIFICA ASSISTENZA	TOT
Studio Medico	10 (66.67%)	15
Medicina di rete	11 (68.75%)	16
Medicina di gruppo	4 (18.18%)	22
UTAP	28 (75.68%)	37
D1 – ADP	8 (19.51%)	41
D2 – ADI	1 (12.50%)	8
D3	1 (33.33%)	3
Assistenza Residenziale	0	73
TOT	63 (29.30%)	215

4.6 Conclusioni

La scheda SVAFRA si inserisce in un percorso/riflessione fatta dalla Medicina Generale per rendere misurabile/qualificabile la fragilità e le difficoltà gestionali da essa derivanti. L'identificazione delle dimensioni qualificanti la fragilità ha permesso di valutare quali siano i parametri maggiormente influenti sul giudizio del MMG, dato essenziale per portare ad una standardizzazione/omologazione dei criteri di giudizio.

L'integrazione dei dati prodotti dalla medicina generale con quelli presenti nei data base amministrativi permetterebbe di sviluppare strumenti predittivi in grado di stratificare il profilo di rischio dell'intera popolazione veneta utilizzando come end-point, non variabili di esito "surrogate" della condizione di gravità/gravosità (come ad esempio la mortalità e il consumo di risorse sanitarie), ma il giudizio del MMG, riuscendo pertanto ad integrare complessità cliniche/gestionali con variabili di contesto socio/familiare difficilmente acquisibili da sorgenti dati diverse rispetto alla valutazione/esperienza del medico.

Al contempo questa possibilità di disponibilità congiunta di dati clinici e dati amministrativi permetterebbe di valutare le capacità predittive della scheda SVAFRA su end-point presenti nelle banche dati amministrative, quali ospedalizzazioni, accessi al pronto soccorso, consumo di risorse. Questo ultimo aspetto sarebbe interessante soprattutto alla luce di maggiori disponibilità di visite di follow-up, permettendo di valutare l'impatto di eventuali modifiche nelle modalità di assistenza suggerite dai MMG sull'accesso ai servizi sanitari regionali. In conclusione quindi questa analisi preliminare dei dati suggerisce come, in presenza di integrabilità con dati amministrativi, la scheda SVAFRA possa essere uno strumento non solo in grado di definire/standardizzare il profilo di fragilità della popolazione assistita ma può anche permetterne di valutare l'adeguatezza delle modalità di assistenza.

Allegati

Andrew Clegg, John Young, Steve Iliffe, Marcel Olde Rikkert, Kenneth Rockwood

Frailty in elderly people

Seminar: Lancet March 2, 2013; 381: 752–62

Frailty is the most problematic expression of population ageing. It is a state of vulnerability to poor resolution of homeostasis after a stressor event and is a consequence of cumulative decline in many physiological systems during a lifetime. This cumulative decline depletes homeostatic reserves until minor stressor events trigger disproportionate changes in health status. In landmark studies, investigators have developed valid models of frailty and these models have allowed epidemiological investigations that show the association between frailty and adverse health outcomes. We need to develop more efficient methods to detect frailty and measure its severity in routine clinical practice, especially methods that are useful for primary care. Such progress would greatly inform the appropriate selection of elderly people for invasive procedures or drug treatments and would be the basis for a shift in the care of frail elderly people towards more appropriate goal-directed care.

Ringraziamenti

Un ringraziamento caloroso ai tanti M.M.G. che hanno collaborato a vario titolo e che sono di seguito citati:

- 1 Dr. Bevelacqua Rocco
- 2 Dr. Caccamo Orazio
- 3 Dr. D' Anna Giuseppe
- 4 Dr. Eufrate Gianfranco
- 5 Dr. Gattuso Gaetano
- 6 Dr. Ginevra Pietro
- 7 Dr. La Verde Francesco
- 8 Dr. Mastrosimone Giuseppe
- 9 Dr. Maurici Enzo
- 10 Dr. Messina Angelo
- 11 Dr. Morgana Ignazio
- 12 Dr. Pasqualetto Salvatore
- 13 Dr. Varrica Gaetano
- 14 Dr. Filetti Giuseppe
- 15 Dr. Francesco Buono
- 16 Dr. D'angelo Elena
- 17 Dr. Mastroianni Serafina
- 18 Dr. Pagano Loris
- 19 Dr. Moscatelli Marina
- 20 Dr. Rossi Pierseverio
- 21 Dr. Fucito Giuseppe
- 22 Dr. Sabatini Massimo
- 23 Dr. Toso Stefano
- 24 Dr. Ferretto Luca
- 25 Dr. Ivis Stefano
- 26 Dr. Bossone Vito
- 27 Dr. Bossone Giandomenico
- 28 Dr. Pegoraro Massimo
- 29 Dr. Malatesta Vincenzo
- 30 Dr. Baù Antonella
- 31 Dr. Boraso Sara
- 32 Dr. Meneghini Clara
- 33 Dr. Rossetto Luca
- 34 Dr. Vaccaro Loredana

Un ringraziamento particolare al Dott. Antonio Longo del Movimento Difesa del Cittadino, al Dott. Domenico Crisarà Segretario Provinciale FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale) di Padova, al Dott. Ignazio Morgana Segretario Provinciale

FIMMG di Caltanissetta, al Dott. Pierluigi Bartoletti Segretario Provinciale FIMMG di Roma, perché senza il loro contributo il progetto difficilmente sarebbe decollato.

Un ringraziamento speciale, per il loro prezioso contributo all'elaborazione dei dati, ai dottori Fabio Robusto e Vito Lepore rispettivamente ricercatore e capo laboratorio del Laboratorio di Epidemiologia Assistenziale e Sistemi Informatici della Fondazione Mario Negri Sud.

Infine un ringraziamento particolare alla Dott.ssa Maria Assunta Longo per il supporto costante che attraverso valutazioni e approfondimenti ha dato ulteriore pregio all'indagine.

Il Direttore scientifico del Centro Studi Kéiron

Dott. Stefano Ivis

Bibliografia (relativa ai cap. 1-2-3)

- ✓ Banca d'Italia (2012), I Bilanci Delle Famiglie Italiane Nell'anno 2012, Anno XXIV - 27 Gennaio 2014
- ✓ Censis, Forum Ania Consumatori (2011), Gli Scenari Del Welfare. Tra Nuovi Bisogni E Voglia Di Futuro, FrancoAngeli, Milano.
- ✓ Da Roit B. (2006), La Riforma Dell'indennità Di Accompagnamento. In Gori C. (a cura di), *La Riforma Dell'assistenza Ai Non Autosufficienti. Ipotesi E Proposte*, Il Mulino, Bologna.
- ✓ Gori C. (2008), Il Dibattito Sulla Riforma Nazionale, in Gori C. (a cura di), *Le Riforme Regionali Per I Non Autosufficienti*, Roma Carocci editore.
- ✓ Ministero del Lavoro (2011), Primo Rapporto Annuale Sul Mercato Del Lavoro Degli Immigrati, Roma
- ✓ Network Non Autosufficienza (N.N.A.) (2010), Secondo Rapporto Sulla Non Autosufficienza, Maggioli editore, Bologna
- ✓ Network Non Autosufficienza (N.N.A.) (2011), Terzo Rapporto Sulla Non Autosufficienza, Maggioli editore, Bologna
- ✓ Network Non Autosufficienza (N.N.A.) (2012), Quarto Rapporto Sulla Non Autosufficienza, Maggioli editore, Bologna
- ✓ OECD (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long- Term Care*, ed. OECD, Paris, 2011.
- ✓ OECD, *Long Term Care for older people*, OECD, Paris, 2005.
- ✓ Pasquinelli S., Rusmini G. (2010), *Badanti. Nuova Generazione*. qualificare.info
- ✓ Pasquinelli S., Rusmini G. (2013), *Badare Non Basta. Il Lavoro Di Cura: Attori, Progetti, Politiche*, Roma, Ediesse.
- ✓ Ragioneria dello Stato (2012), *Le Tendenze Di Medio-Lungo Periodo Del Sistema Pensionistico E Socio-Sanitario – Aggiornamento 2012*

Biblio-sitografia (relative al capitol 4)

- ✓ American Medical association, 2009, "What do patients really want from you?", <http://www.ama-assn.org/amednews/2009/04/27/>
- ✓ Cornaglia Ferraris Paolo, 2002, *Il buon medico, chi come e dove*, Laterza Editore.
- ✓ De Toni Alberto F., Giacomelli B. Francesca, Ivis Stefano, 2010, *Il mondo invisibile del paziente fragile*, UTET, Torino.
- ✓ Fried Linda P., Ferucci Luigi, Darer Jonathan et al., 2004, "Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care", *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.*, volume 59(3): pp. 255-63.
- ✓ Maciocco Gavino, redazione saluteinternazionale.info, 2011 "Assistere le persone con condizioni croniche", 23 giugno. <http://saluteinternazionale.info>
- ✓ Maciocco Gavino, Salvadori Piero, Tedeschi Paolo, 2010, "Le sfide della sanità americana", Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

- ✓ REGIONE DEL VENETO, 2006, "Accordo Regionale in attuazione dell'ACN reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella Conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale", DGR 4395 del 30/12/05, Allegato A: BUR n. 16 del 14/02/2006. <http://www.regione.veneto.it/>
- ✓ Regione del Veneto, 2011, DRG 1666 del 18-10-2011. assistenza territoriale tramite le cure primarie, Linee di indirizzo e operative per l'attuazione della DGR n. 41 del 18-1-2011 - Medicina generale, www.regione.veneto.it.
- ✓ Ricciardi Walter, 2012, Il futuro ruolo di manager per il Medico di famiglia. Esperienze esistenti e prospettive", Convegno Keiron, Il management nell'Assistenza Primaria, Padova, marzo.
- ✓ Shekelle Paul G., MacLean Catherine H., Morton Sally C., Wenger Neil S., 2011, "Assessing Care of Vulnerable Elders: Methods for Developing Quality Indicators", Annals of Internal Medicine, Volume 135, Numero 8 (Parte 2): pp. 647-652, 16 ottobre.
- ✓ SISAC "Accordo Collettivo Nazionale, 2010, Disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale", 8 luglio, www.sisac.info.
- ✓ Valcanover Fabrizio, 2003, in Caimi Vittorio, Tombesi Massimo, a cura di, Medicina Generale, UTET, Torino.
- ✓ WONCA, 2002, Definizione di Medicina Generale/di Famiglia, http://www.medicinagenerale.org/wonca_europe.html