



IL SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ PER LE PERSONE ANZIANE

Le politiche regionali nel campo dei servizi alle persone anziane

Intervento di: **Giuseppe Bazzo e Annalisa Faggionato**
Area di intervento dei servizi sociali e dell'integrazione sociosanitaria

Trieste, 14 aprile 2011

Contenuti della presentazione

- Lo scenario socio-demografico
- Elementi di cambiamento nell'assistenza in FVG negli ultimi anni
- Le politiche regionali nel campo dei servizi alle persone anziane
- Affermarsi della residenzialità o della domiciliarità?
- Considerazioni a margine: la qualità anziani una condizione favorevole
- Conclusioni



Lo scenario socio – demografico in sintesi



Andamento socio - demografico

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione sta destando molta attenzione da parte del settore delle politiche sociali e sanitarie.

Le sfide:

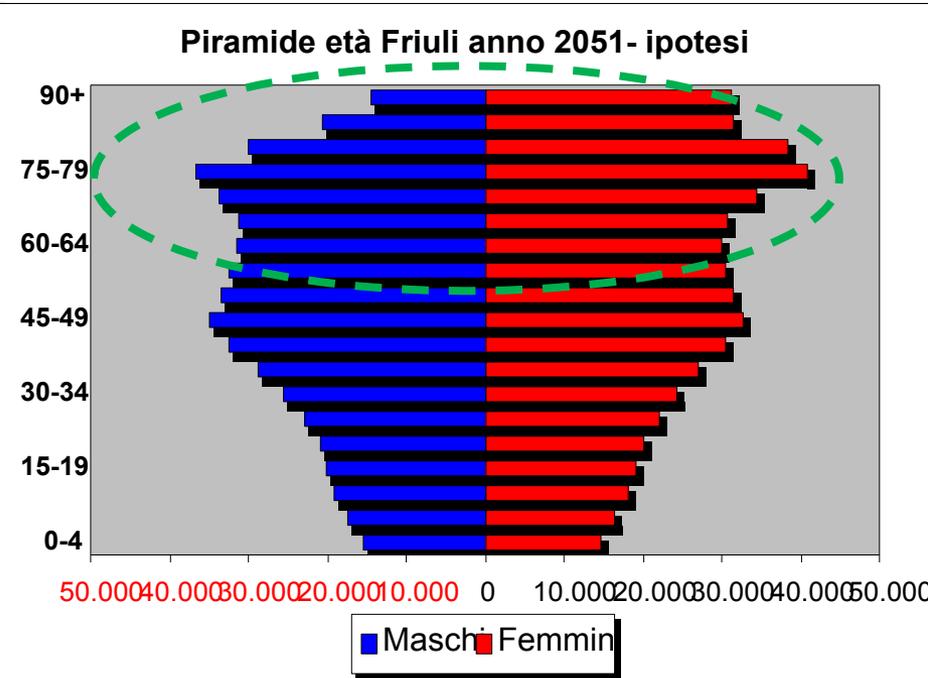
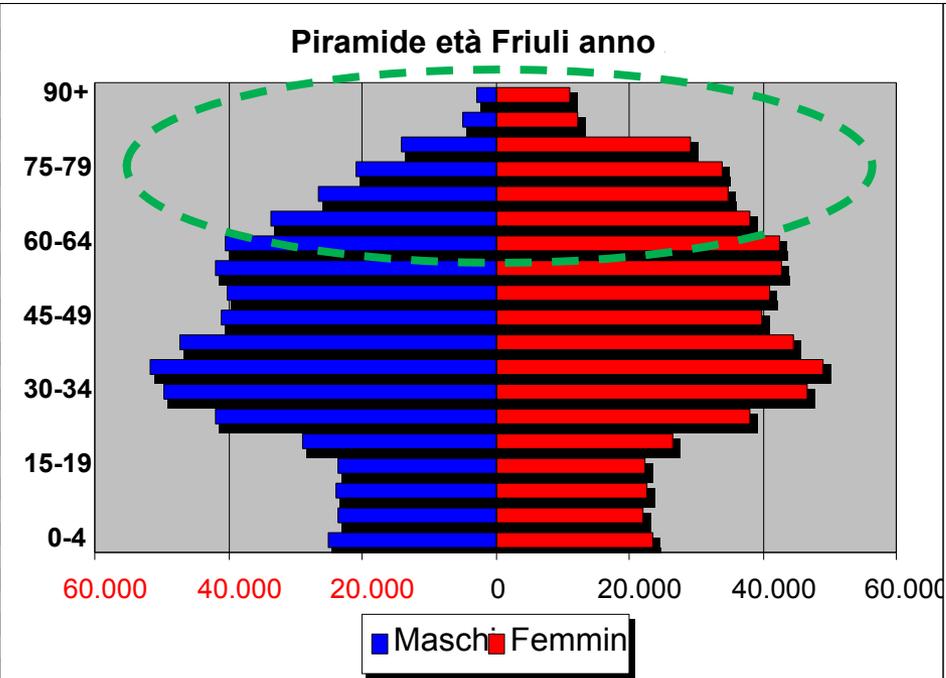
- Un governo del sistema sociale e sanitario orientato a **perseguire la sostenibilità nel tempo dell'equilibrio tra l'inevitabile limite del possibile prelievo fiscale e la crescente domanda di servizi e relativi costi.**
- Un governo del sistema sociale e sanitario impegnato a **comprendere come affrontare al meglio, in una condizione di sostenibilità e di equilibrio, la sfida del rinnovamento e dell'innovazione dei servizi** per garantire per il futuro buone condizioni di vita delle persone anziane ed in particolare per le persone con malattie croniche e con disabilità.

Andamento socio – demografico

L'invecchiamento della popolazione è una tendenza che si riscontra in Italia come negli altri paesi industrializzati principalmente per due fattori:

- Bassi tassi di natalità.** Dopo il baby –boom degli anni 60, la fecondità si è andata progressivamente ridotta e ha:
negli anni recenti, registrato il livello più basso del mondo: 1,2 – 1,3 figli per donna
per il futuro previsto in: 1,1 - 1,4 per donna
negli anni 50: 2,1 figli per donna;
- Maggiore aspettativa di vita.** La durata media della vita si è allungata. Aspettativa media di vita alla nascita stimata nel 2007: 84 anni per le donne e 78,7 per gli uomini
Nel 1962: 72,9 per le donne e 67,2 per gli uomini
Probabilmente nel 2050: 88,8 per le donne e 83,6 per gli uomini

Andamento demografico in FVG



Le piramidi di età del 2003 e del 2051 evidenziano un progressivo capovolgimento della struttura piramidale.

Le fasce di età più giovani si riducono sempre di più con un conseguente assottigliamento della base della piramide, mentre aumentano gli anziani.



Popolazione over 65 nel FVG al 2009 - 2031 - 2051

ANNO 2009
(dati Istat 01.01.2009)

65-69 anni:	79.802
70-74 anni:	66.914
75-79 anni:	53.906
80-84 anni:	43.586
85-89 anni:	29.143
90 e più anni:	12.036

Totale over 65: 285.387 (23,2%)

Totale pop FVG: 1.230.936

Dati in proiezione

ANNO 2031
(dati demo-istat)

65-69 anni:	95.923
70-74 anni:	77.365
75-79 anni:	64.715
80-84 anni:	59.790
85-89 anni:	38.012
90 e più anni:	33.134

Totale over 65: 368.939 (28,4%)

Totale pop FVG: 1.298.692

ANNO 2051
(dati demo-istat)

65-69 anni:	77.420
70-74 anni:	82.137
75-79 anni:	87.788
80-84 anni:	77.413
85-89 anni:	57.061
90 e più anni:	47.503

Totale over 65: 429.322 (32,6%)

Totale pop FVG: 1.318.722



I principali dati regionali F.V.G. alla data 01.01.2009

Dati Istat al 01.01.2009:

Popolazione complessiva in Regione: 1.230.936

Popolazione ≥ 65 anni: 285.387

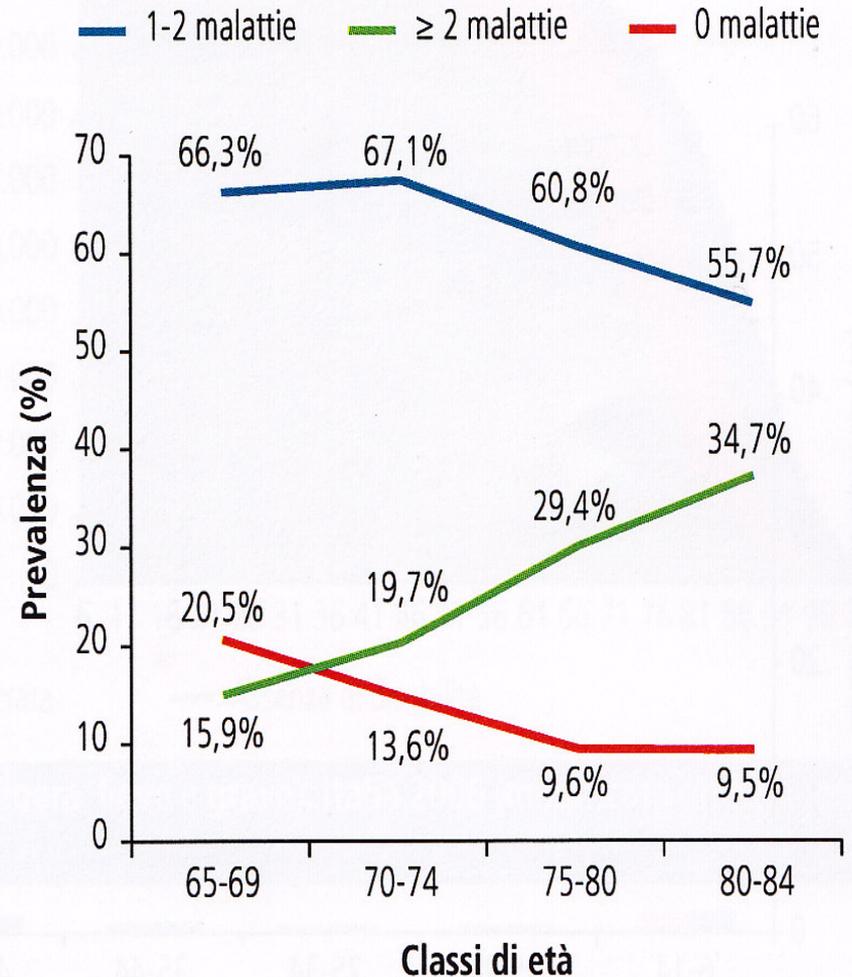
% pop. ≥ 65 anni /pop. Totale: 23,2 %

% pop. ≥ 85 anni / pop. ≥ 65 anni: 14,4 %

Indicatori	Friuli Venezia Giulia	Italia
Età media	45,7	43,3
Indice di vecchiaia	186,7 (per 100 giovani)	143,8
Indice di dipendenza strutturale	55,8 (1 per dip X 1,8 che lav)	52,1 (1,9)
Indice di dipendenza senile	36,4 (1 anz X 2,7 che lav)	30,7 (3,3)

Invecchiamento della popolazione: disabilità e non autosufficienza

Il progressivo invecchiamento della popolazione ed, in particolare, l'aumento degli ultraottantenni, associato al relativo incremento di malattie cronico degenerative che maggiormente affliggono le persone appartenenti a queste fasce di età determinano un cospicuo incremento delle condizioni di disabilità e di non autosufficienza.



Morbosità, fragilità e disabilità

Persone con riconoscimento di invalidità civile e con certificazione di handicap ai sensi della L. 104

	ANNO 2005			ANNO 2008		
	n. persone viventi al 31.12.05			n. persone viventi al 31.12.08		
	Tot. IC	di cui 0-18	di cui 0-18 gravi	Tot. IC	di cui 0- 18	di cui 0-18 gravi
TOTALE	52.007	1.774	653	75.899	2.078	776

Circa 76.000 persone vivono con una disabilità più o meno grave nella nostra regione.

Prevalenti le persone anziane, ultrasessantacinquenni, non autosufficienti per le conseguenze di malattie invalidanti e dei processi di invecchiamento (sono circa 55.000)

Sono circa 21.000 le persone con disabilità di età inferiore ai 65 anni

Oltre 2.000 i minori con malformazioni per effetto di traumi neonatali o di fattori genetici o di altre cause.

Ipotesi proiezione della non autosufficienza

Questo numero è destinato ad aumentare in modo significativo negli anni futuri (previste circa 75.000 persone non autosufficienti nel 2051)



Lo scenario demografico: la struttura delle famiglie

Il 14° censimento della popolazione ha censito, in Friuli Venezia Giulia, 497.836 famiglie con un numero di componenti medio di 2.35, uno dei più bassi in Italia (media 2,59).

➤ **Le famiglie crescono di numero, ma diventano sempre più piccole.**

Tra i nuclei familiari si rileva un'elevata quota di coppie senza figli, superiore sia alla quota dell'Italia Nord orientale che a quella dell'intero Paese.

Le famiglie - Friuli-Venezia Giulia - censimenti 1971-1981-1991-2001

	1971	1981	1991	2001
Numero di famiglie	395.662	449.874	468.118	497.836
Numero medio di componenti	3,02	2,71	2,53	2,35
Percentuali famiglie unipersonali	16,90	22,23	26,24	30,20
Percentuali famiglie con 5 o più	15,24	9,50	6,54	4,27

Fonte: ISTAT-14° censimento della popolazione - anno 2001

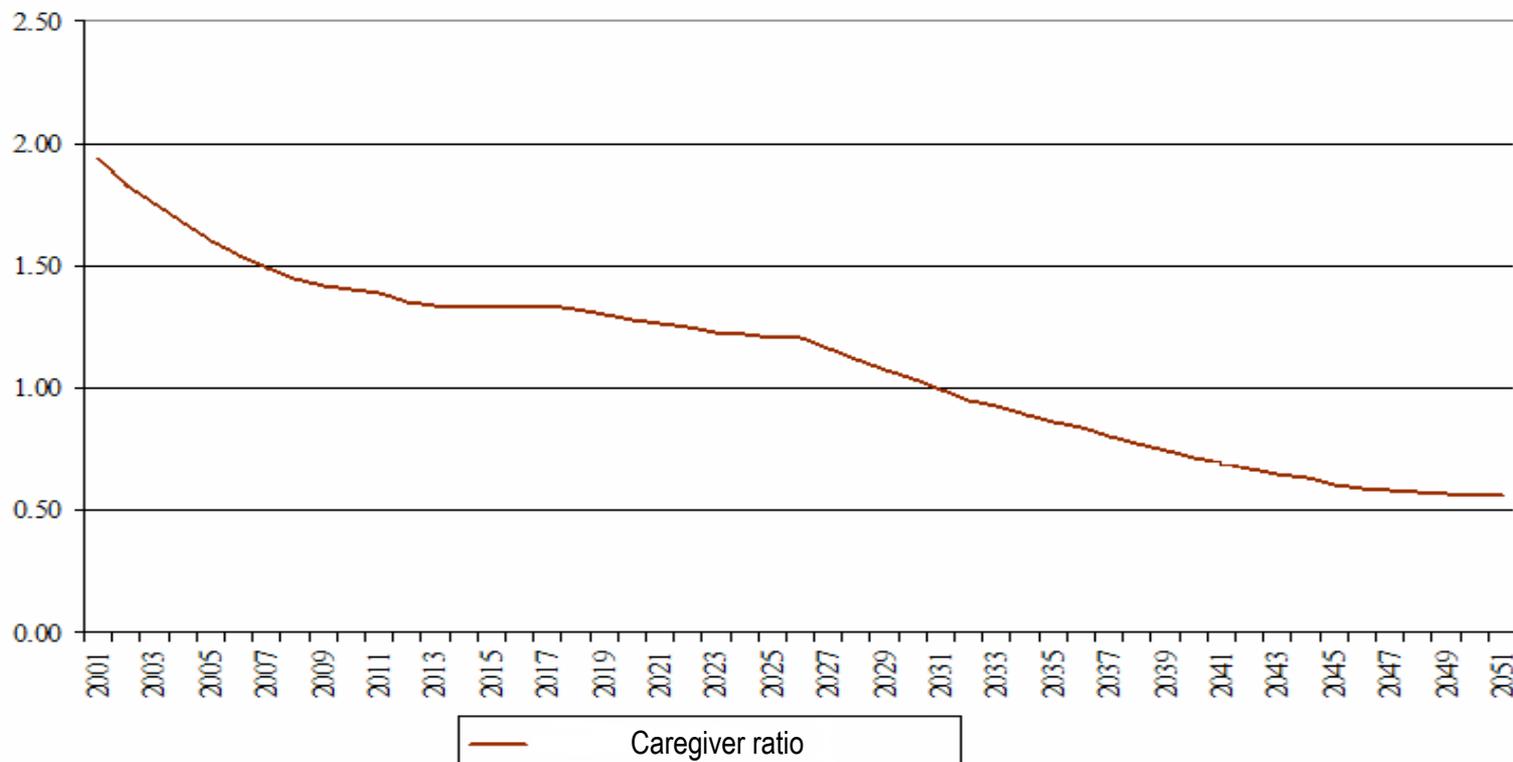


Lo scenario demografico: il carico assistenziale e il problema dei caregivers

In futuro si prospetta una forte diminuzione del numero di potenziali caregivers, con conseguenti **problemi di sostenibilità della rete di assistenza informale**, soprattutto per quella di tipo familiare.

Le cure informali: il problema dei caregivers

Il caregiver ratio, ovvero il rapporto tra i potenziali caregivers (donne tra i 50-64 anni) e i potenziali anziani assistiti (80 anni e +), è infatti in caduta, passando da quasi due (1.94) potenziali caregivers per anziano con almeno 80 anni nel 2001, a neanche un potenziale caregiver (0.56) nel 2051.



Elementi di criticità ai quali far fronte: sintesi

- Stime e numeri possono essere discussi ma l'evidenza di fondo sembra abbastanza chiara: **le dinamiche demografiche spingono verso una maggiore presenza di anziani con una quota significativa di anziani con probabili problemi di salute** (aumento delle persone fragili):
 - La disabilità aumenta sensibilmente a partire da 80 anni
- **Gli 80 + enni nel prossimo ventennio potranno contare su un'offerta di cure familiari inferiore** a quella dei coetanei che li hanno preceduti:
 - Riduzione numerica della rete familiare complessiva
- **La popolazione dipendente diventerà quasi la stessa della popolazione attiva, con conseguenti problemi di sostenibilità** in termini economici.
 - L'indice di dipendenza degli anziani, che mette in rapporto la popolazione anziana (65 e +) alla popolazione in età lavorativa (15-64 anni), quasi raddoppia dal 2009 al 2051, passando da 0,36 a 0,68.

Problematiche emergenti dai dati registrati dai SSC





Problematiche emergenti dai dati registrati dai SSC

Dai dati degli utenti presi in carico dai Servizi Sociali dei Comuni si può cogliere il peso significativo di tre principali problematiche:

- 1. non autosufficienza, disabilità e salute mentale;** questa macro diagnosi incide per il **56,5%** sul totale degli utenti in carico con progetto personalizzato (PAI) con forte accentuazione delle problematiche legate alla non autosufficienza (il **70% circa**).
- 2. disagio economico e povertà** (instabilità lavorativa, precarietà abitativa, disoccupazione, povertà estrema, ecc.); incide infatti per il **26,9%** degli utenti in carico al servizio sociale, di cui il **75% circa** è imputabile alla precarietà economica.
- 3. problematicità della famiglia, dei minori e della genitorialità** (problematiche legate al ciclo evolutivo, al ruolo genitoriale, al sospetto maltrattamento e abuso, ecc.); incide per il **14,8%** degli utenti di cui il **50%** deve essere ricondotto alle problematiche connesse alle competenze del ruolo genitoriale.



Elementi di cambiamento nell'assistenza in FVG negli ultimi anni

Elementi di cambiamento nell'assistenza in FVG negli ultimi anni

- Gli ospedali hanno significativamente ridotto la propria capacità ricettiva (da 8.434 a 5.390).
- Il tasso di ospedalizzazione si è ridotto in modo (160 ricoveri su 1000 abitanti).
- I posti delle residenze per anziani è aumentato: oggi contiamo oltre 10.400 posti letto di cui circa 6.400 convenzionati con le ASS per p.l. per non autosufficienti).
- Si è consolidato il ruolo del distretto sanitario.
- Si è rafforzato il ruolo del MMG nell'ambito delle cure domiciliari.

Elementi di cambiamento nell'assistenza in FVG negli ultimi anni

- Leggi regionali negli ultimi anni hanno innovato il sistema di Welfare delineando progressivamente un modello di sistema integrato di interventi e servizi sociali e socio-assistenziali.
- L'esercizio associato delle funzioni e dei servizi sociali da parte dei Comuni (Servizi Sociali dei Comuni) si è rafforzato.
- Si è consolidato sempre più l'approccio operativo che valorizza percorsi di integrazione tra Servizi Sociali Comunali e Distretti sanitari, seppure ancora con alcune criticità.

Elementi di cambiamento nell'assistenza in FVG negli ultimi anni

- Si è consolidato il modello: valutazione multidimensionale e multiprofessionale – definizione del progetto personalizzato – presa in carico integrata. L'assistenza sociosanitaria integrata è erogata di norma utilizzando lo strumento dei progetti redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali e approcci multidisciplinari.
- I Servizi Sociali dei Comuni e i distretti sanitari hanno avuto modo di sviluppare la propria programmazione sociosanitaria integrata con l'elaborazione del PAT e del PdZ: documenti che orientano a livello locale il sistema salute e protezione sociale.



Elementi di cambiamento nell'assistenza in FVG negli ultimi anni

- Si sono sviluppati negli ultimi 5 anni nuovi strumenti di sostegno alla domiciliarità e di contrasto dell'istituzionalizzazione:
 - ✓ Fondo regionale a sostegno dell'autonomia possibile – art. 41, LR 6/2006;
 - ✓ Fondo per il sostegno a domicilio di persone in situazione di bisogno assistenziale ad elevatissima gravità - art. 10, LR 17/2008;
 - ✓ Servizi sperimentali quali l'Abitare possibile – art.3, comma 112, LR1/2005;
 - ✓ Centri diurni per anziani non autosufficienti - contributo giornaliero destinato all'abbattimento della retta giornaliera (DGR n. 2326/2010).



Elementi di cambiamento nell'assistenza in FVG negli ultimi anni

- Molti anziani vivono sul territorio con impegni delle famiglie sempre più rilevanti.

- ✓ Oltre 15.000 badanti sono impegnate nell'assistenza di persone non autosufficienti.

Il processo migratorio femminile (1990-2000) ha permesso di disegnare un diverso scenario forse diversamente orientato verso una residenzialità forzata. La risorsa femminile a prezzi nell'insieme ancora sostenibili è stata percepita dalle famiglie come una concreta risposta alla domiciliarità assistita.

Oggi le assistenti familiari rappresentano indubbiamente un importante mercato della cura domiciliare, un fenomeno da governare e che deve essere oggetto di attenzione per una migliore qualità della risorsa.



Le politiche regionali nel campo dei servizi alle persone anziane



Le politiche regionali

La Regione FVG è orientata a dare risposta ai bisogni della popolazione anziana attraverso l'attuazione contestuale di **strategie finalizzate**:

- al potenziamento degli interventi di **sostegno della domiciliarità** e di contrasto dell'istituzionalizzazione delle persone anziane.
- allo sviluppo delle **cure intermedie**, anche attraverso il potenziamento della residenzialità temporanea e diurna.
- alla **riqualificazione dell'attuale rete delle strutture residenziali per anziani**.



Le politiche regionali

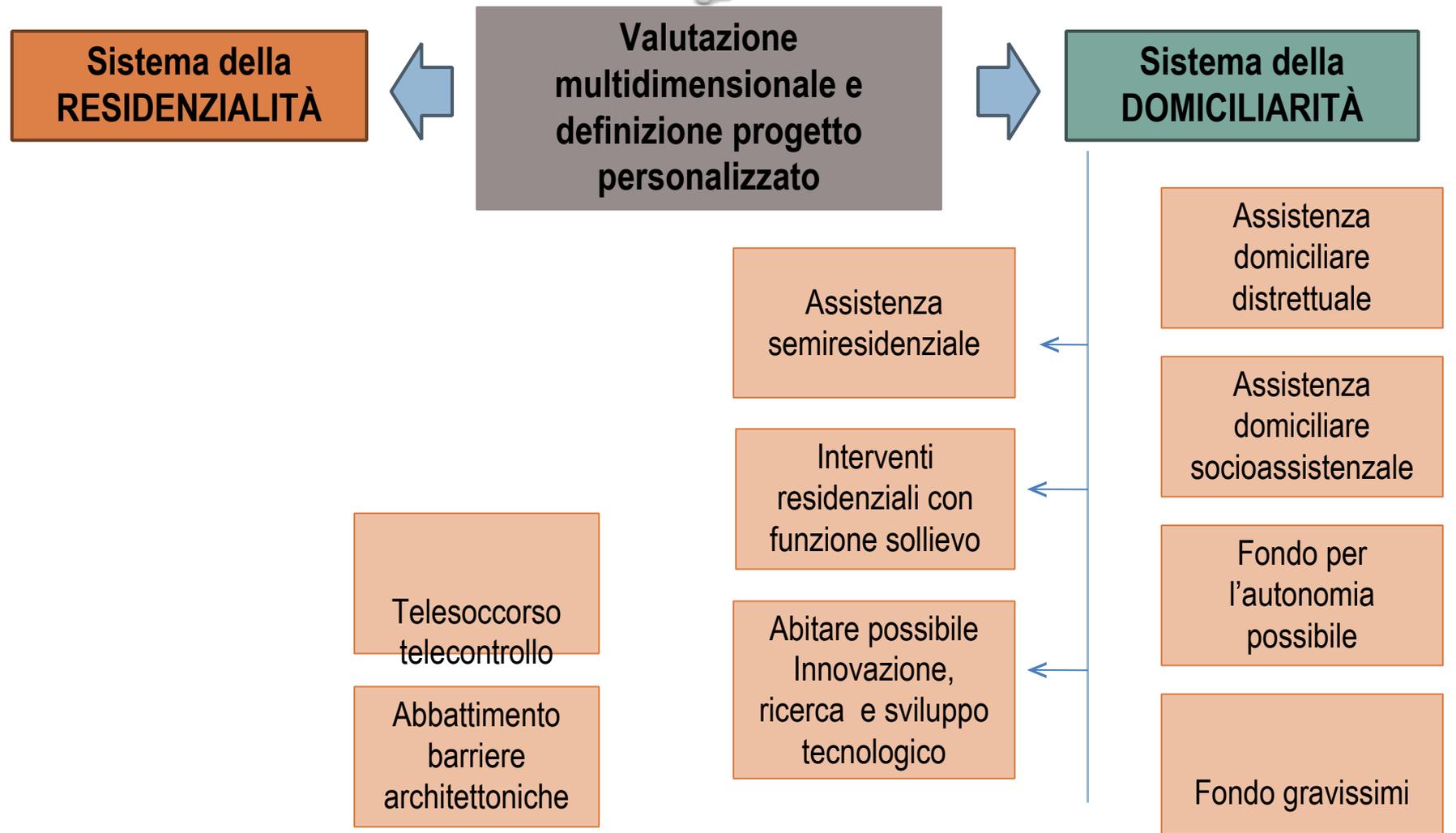
- Potenziamento degli interventi di **sostegno della domiciliarità**:

- Potenziamento e riorganizzazione dei servizi socio-sanitari domiciliari (sviluppo di un modello integrato di assistenza: centralità del ruolo del distretto e del S.S.C.; definizione del percorso di accesso ai servizi socio-sanitari; sviluppo di strumenti dell'integrazione socio-sanitaria sia a livello gestionale che a livello professionale, (UVD, progetto personalizzato, case manager)
- Continuità assistenziale attraverso la definizione di percorsi assistenziali integrati per garantire la continuità nei passaggi tra Ospedale, i Servizi Distrettuali, i Medici di famiglia e i SSC.
- Fondo per l'autonomia possibile;
- Fondo per il sostegno a domicilio di persone in situazione di bisogno assistenziale ad elevatissima gravità - art. 10, LR17/2008;
- Sperimentazione per lo sviluppo dell'abitare possibile e altre innovazioni a supporto della domiciliarità;

Temi ripresi e rilanciati dal PSSR 2010 – 2012:

- Il sistema di accesso ai servizi
- L'adozione di nuovi sistemi unitari di valutazione
- Il progetto personalizzato e il fascicolo elettronico personale
- La presa in carico integrata e definizione delle responsabilità

Interventi e servizi a sostegno della domiciliarità



Le politiche regionali

Abitare possibile e altre innovazioni a supporto della domiciliarità

- **Art.3, LR n. 1/2005** L'abitare possibile quale nuova forma di domiciliarità alternativa alle strutture residenziali per l'accoglimento di anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti.
- **Art. 22, LR n. 26/2005** Disciplina generale in materia di innovazione, ricerca scientifica e sviluppo tecnologico:

Progetti di innovazione e ricerca su processi e modalità di erogazione dei servizi, per l'introduzione di tecnologie innovative di interesse generale e per il trasferimento di conoscenze nel settore della salute e della protezione sociale.

Le politiche regionali

Abitare possibile e altre innovazioni a supporto della domiciliarità

In via prioritaria (2008 e 2009) la Regione ha finanziato progetti che prevedono azioni di promozione attiva della domiciliarità per le persone non autosufficienti attraverso:

- attività di sviluppo di comunità (Presto a casa; Condominio solidale);
- l'utilizzo di tecnologie per la domiciliarità (LADI : “Laboratorio regionale in tema di accessibilità, domotica e innovazione”);
- l'impiego di modelli gestionali dei servizi (Fondazione di partecipazione).
- Per il 2011 è previsto l'avvio di una sperimentazione volta anche allo studio di modelli organizzativi a supporto della domiciliarità nei territori montani.

Le politiche regionali

- Sviluppo delle **cure intermedie**, anche attraverso il potenziamento della residenzialità temporanea e diurna.

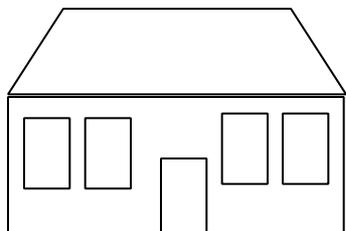
RSA: n. 804 p.l.
Utenti: n. 9457 (2008)

DGR 2326/2010 - Servizi
semiresidenziali per anziani
non autosufficienti.
Esiti della prima fase
attuativa

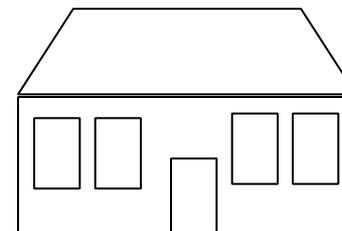
ASS	Distretti	N°	posti NA
1	Sud	1	20
	Muggia San Dorligo	1	5
	Nord	2	40
	Totale	4	65
2	Basso Isontino	4	41
	Totale	4	41
4	Tarcento	1	30
	Udine	2	50
	Codroipo	1	25
	San Daniele	1	20
	Udine	4	62
	Totale	9	187
5	ovest	3	45
	Totale	3	45
6*	Urbano	2	35
	Est	1	10
	Ovest	2	13
	Sud	1	15
	Totale	6	73
Totale regionale		26	411

Le politiche regionali

- Riqualificazione dell'attuale rete delle strutture residenziali per anziani.



Riclassificazione
riqualificazione



Superare le criticità dell'attuale sistema di offerta residenziale per garantire:

- un'offerta residenziale corrispondente ai requisiti del Reg. 333/2008
- equità di accesso
- nuovo sistema di valutazione del bisogno
- personalizzazione del processo di cura
- livelli assistenziali correlati ai bisogni espressi
- adeguato presidio tecnico - clinico – assistenziale
- equità di trattamento nei diversi contesti territoriali
- l'implementazione di interventi e strumenti volti a migliorare la capacità di governo e la qualità dell'assistenza nel sistema residenziale
- qualificazione del personale



**Nel futuro:
afferinarsi della residenzialità
o della domiciliarità?**

Affermarsi della residenzialità o della domiciliarità?

L'aumento della presenza di anziani non autosufficienti non si dovrebbe trasformare automaticamente in un aumento della domanda di ricovero in strutture residenziali, ma la crescita di questo tipo di servizi o l'affermarsi di interventi a supporto della domiciliarità dipende da un insieme complesso di fattori:

- organizzazione e costo dei servizi;
- livelli diversi di complessità della condizione di salute dell'anziano;
- presenza di reti familiari caratterizzate da modelli culturali che vivono la gestione dell'anziano come un elemento della propria funzione nel sistema sociale;

Affermarsi della residenzialità o della domiciliarità?

- la presenza di supporti alla funzione di caregiver capaci di sostenere il lavoro di cura reperibili ad un costo relativamente basso;
- la cultura del sistema dei servizi e il prevalere di un impianto che cerca di rivitalizzare e sostenere le funzioni della famiglia piuttosto che sostituirsi ad essa;
- sviluppo tecnologico (presenza di tecnologia applicata alla domotica);
- tipo e qualità dell'abitazione (presenza o meno di barriere architettoniche);
- il modello culturale, gli obiettivi e i valori perseguiti dal sistema di welfare, e grado di valorizzazione del ruolo sociale dell'anziano (promozione di un invecchiamento attivo).



Considerazioni a margine: la “qualità anziani” una condizione favorevole

Alcune considerazioni a margine: La “qualità anziani” condizione favorevole

- L'aumento della domanda di cure formali può essere contrastata da un aumento della “**qualità anziani**” nel prossimo futuro:
 - **Maggiore capitale umano:** istruzione (nel 1983 ottantenni senza titolo di studio: 51%; nel 2003: 31%; nel 1983 quelli con titolo medio-alto: 5%; nel 2003: 9%; in futuro ci si attende un significativo aumento.
 - **Ritardo insorgenza disabilità**, almeno quella grave (Matthers e Robine, 1997); più anni liberi da disabilità.

Alcune considerazioni a margine: Possiamo “comprimere la comorbilità”?

- L’auspicata compressione della morbilità è un sogno?
 - Accreditati studi internazionali hanno effettuato una stima quantitativa dell’impatto di alcuni fattori sulla longevità delle comunità, utilizzata come indicatore indiretto dello stato di salute (Cfr. Documenti OMS sulla promozione della salute):
 - i fattori socio-economici e gli stili di vita, contribuiscono per il 40-50%;
 - lo stato e le condizioni dell’ambiente per il 20-30%;
 - l’eredità genetica per un altro 20-30% ;
 - i servizi socio-sanitari per il 10-15%.
- E’ vero che sono molti i determinanti, ma alcuni di questi, certamente fondamentali, sono legati **agli stili di vita** sui quali si può certamente intervenire.



Alcune considerazioni a margine: Possiamo “comprimere la comorbilità”?

All'allungamento della vita dovrebbe essere associata una promozione della qualità della vita, una politica per l'invecchiamento attivo.

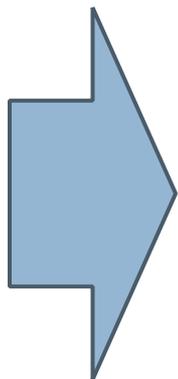
- Socialità, contrasto alla solitudine, valorizzazione dell'esperienza, impegno in attività, corretto uso dei farmaci, buone abitudini alimentari, attività fisica, prevenzione degli incidenti domestici, prevenzione della fragilità con azioni coordinate e servizi di sorveglianza diffusi e pianificati (sviluppare servizi di prossimità, di ascolto, di informazione e orientamento, riqualificare il servizio di telesoccorso e telecontrollo), maggior accessibilità dei servizi,

Alcune considerazioni a margine: Possiamo “comprimere la comorbilità”?

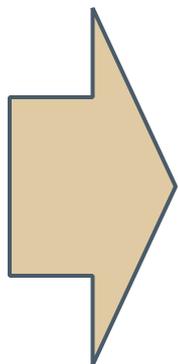
- Investimento in tecnologie di supporto all'autonomia personale e alla vita.
- Piani coordinati e integrati con gli altri strumenti della programmazione regionale per affrontare temi trasversali vicini agli interessi della popolazione anziana, come la casa, la mobilità, la promozione dell'associazionismo, la cultura, la politica per la famiglia, le infrastrutture per l'integrazione.



Conclusioni



Da una parte dovranno trovare attuazione tutte le azioni necessarie per affrontare, in una prospettiva di sostenibilità dei costi, il tema della non autosufficienza privilegiando per quanto possibile la permanenza della persona nel proprio contesto di vita.



Dall'altra parte dovranno essere promosse e sostenute le condizioni favorevoli per un "invecchiamento attivo" e valorizzare le persone anziane come risorsa all'interno della comunità.

FINE