

Un'analisi dell'offerta dei servizi rivolti alla popolazione anziana in Lombardia

Nei mesi scorsi sono stati pubblicati su Lombardia Sociale alcuni articoli sullo stato dell'offerta dei servizi residenziali, domiciliari e a ciclo diurno in Lombardia, con particolare riferimento ai cambiamenti registrati negli ultimi 5 anni. Gli articoli forniscono informazioni aggiornate sui dati disponibili. Il presente contributo vuole offrire alcuni elementi di analisi e approfondimento.

a cura di Fabrizio Giunco - mercoledì, ottobre 28, 2015

<http://www.lombardiasociale.it/2015/10/28/unanalisi-dellofferta-dei-servizi-rivolti-alla-popolazione-anziana-in-lombardia/>



I servizi domiciliari

Adi/voucher

Rispetto all'assistenza domiciliare è evidente la difficoltà di ricavare informazioni certe sull'effettiva erogazione. La **tendenza verso l'aumento degli erogatori ADI/voucher, soprattutto in alcune ASL, è iniziata già pochi anni dopo la riforma del 2003 e si presta a diverse letture**, che comprendono sia l'adequata remunerazione agli erogatori degli interventi che una effettiva crescita della domanda. Il precedente articolo conferma la ridotta correlazione fra crescita del numero degli erogatori e domanda potenziale o accolta. Il punto di vista di molti esperti è che la tendenza, soprattutto in alcune ASL, vada verso una **polverizzazione dell'offerta; questo fenomeno può creare problemi di sicurezza nella qualità e nell'adesione a standard di buona pratica clinica o a differenze anche molto rilevanti nella qualità delle prestazioni dei diversi erogatori**. Non sono in ogni caso disponibili dati certi sulle popolazioni raggiunte e, soprattutto, sull'effettiva qualità e quantità dell'erogazione: durata della presa in carico, popolazioni destinatarie, distribuzione dei profili, frequenza e intensità degli interventi.

Non va dimenticato come gli interventi ADI/voucher comprendano anche le più semplici prestazioni estemporanee (prelievi per esami di laboratorio, sostituzione occasionale o ripetuta di un catetere vescicale, medicazioni semplici di breve periodo); queste possono esaurirsi in un singolo accesso o in

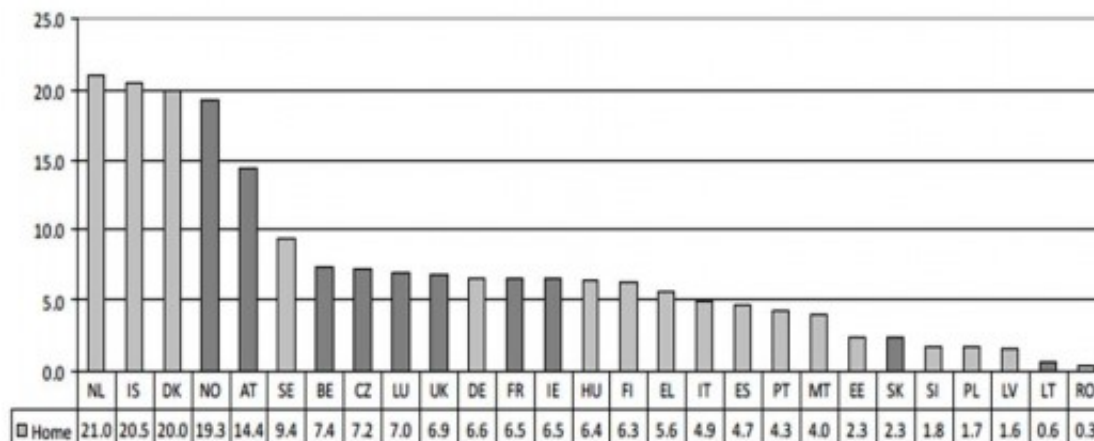
poche prestazioni isolate e rappresentano circa metà delle prestazioni effettivamente erogate. Dati di fonte regionale presentati in occasioni istituzionali indicano in 96.178 gli utenti ADI del 2013[1]; nel 2011 quelli raggiunti dai profili credit o voucher erano 57.621 a fronte di 50.000 utenti circa degli interventi solo prestazionali[2]. Dati di maggior dettaglio si ritrovano nei Documenti di Programmazione e Coordinamento redatti annualmente dalla ASL; questi documenti riportano però descrizioni eterogenee e non sempre comparabili dell'erogazione ADI nel proprio territorio, non permettendo una rappresentazione sicura dell'erogazione regionale nel suo complesso. Potrebbero però essere oggetto di un'analisi specifica orientata a fornire un'immagine di maggior dettaglio di questo servizio.

Sad

Ancora più incerta è l'analisi degli interventi dei servizi di assistenza domiciliari comunali (SAD), anche in questo caso limitabile solo a una immagine approssimata di buona copertura del territorio regionale. Le fonti regionali indicano in 22.068 gli utenti SAD nel 2013[3], cui si aggiungono i 4363 dei SADH e i 5089 dell'ADM. Posto che ADI/voucher e SAD possono essere erogati in contemporanea sulla stessa persona è difficile stimare quanti siano effettivamente gli utenti complessivi dei due servizi. Con una notevole approssimazione e escludendo il dato delle prestazioni estemporanee, è possibile ritenere che fra i 60.000 e i 70.000 anziani ricevano uno, l'altro o entrambi degli interventi ADI e SAD.

Nel 2014 gli anziani ultra65enni erano in Lombardia poco meno di 2 milioni, se ne ricava che la **proporzione di ultra65enni raggiunta da un servizio domiciliare formalizzato è compresa fra il 3 e il 4%, dato di gran lunga inferiore alla media europea (7,3% con punte del 21%, Figura 1)**. Si ricorda che il dato italiano riportato nella Figura 1 è ampiamente sovrastimato, includendo per gran parte delle Regioni anche l'erogazione di prestazioni estemporanee.

Figura 1 Tasso di copertura dei servizi domiciliari formalizzati, popolazione con 65 anni o più, ultimo anno disponibile



Fonte: Dati riferiti al 2010, EGGE network. European Commission. Long-term care for the elderly. Provisions and providers in 33 european countries. European Union, 2012

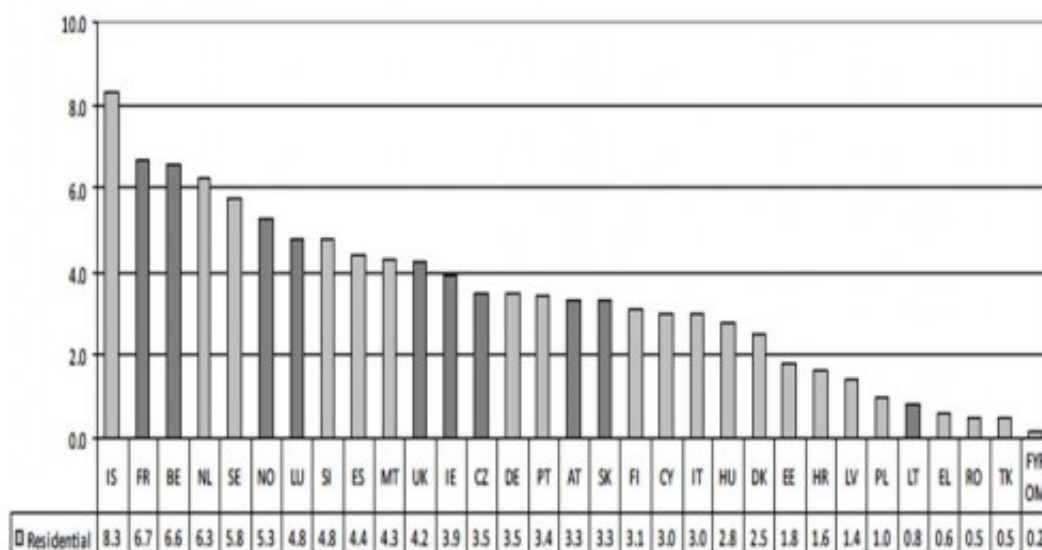
Nota: i dati in grigio scuro coincidono con quelli pubblicati da Huber (2009) su fonte OECD. Quelli in grigio chiaro rappresentano un aggiornamento basato su dati nazionali più accurati o aggiornati

I servizi residenziali: il caso delle RSA

Rispetto ai servizi residenziali la situazione generale non è molto diversa. In Lombardia le RSA rappresentano in sostanza l'unica unità d'offerta residenziale socio-sanitaria per anziani accreditabile e contrattualizzabile. Nel biennio 2001-2003 la riforma regionale della strutture residenziali ha portato all'unificazione delle precedenti case di riposo e strutture protette nell'unico modello dell'RSA. Si tratta di un'osservazione decisiva nel momento in cui si voglia confrontare la dotazione di posti letto residenziali della regione Lombardia con altri contesti regionali italiani o europei. **In molte regioni italiane le RSA rappresentano un'unità d'offerta più orientata in senso riabilitativo e sanitario rispetto ad altre e più diffuse forme di residenzialità istituzionale per anziani a impronta sociale o socio-sanitaria:** residenze assistenziali, residenze sociali, residenze protette. Le denominazioni e i modelli sono quanto mai eterogenei e alla stessa definizione di RSA sono attribuiti nelle diverse regioni modelli organizzativi e obiettivi diversi. Complessivamente, **la Regione Lombardia garantisce certamente un terzo dell'offerta di posti letto in RSA dell'intero paese, ma in realtà si colloca al nono posto per proporzione di anziani accolti in servizi residenziali**^[4]. Nel 2014 le RSA lombarde erano 682, con 57.434 posti letto contrattualizzati e 76.913 utenti^[5]. L'analisi dei dati di scheda struttura 2013 descrive 672 RSA con 59.641 posti letto accreditati e 57.483 a contratto^[6]. A questi vanno aggiunti i posti letto con sola autorizzazione all'esercizio e che operano con tempi di assistenza minimi di 750 minuti settimanali per ospite. **Complessivamente, i posti letto a contratto sono pari al 2,9% della**

popolazione ultra65enne. In questo caso il dato è più vicino alla media europea del 3,4% (con punte del 15%) e leggermente inferiore alla media nazionale (Figura 2). Va però sottolineato come l'offerta dei paesi con dotazione più ampia, come quelli nord-europei le RSA rappresentano solo una parte dell'offerta residenziale, ad esse si affiancano modelli di offerta aggiornati e diversificati, più orientati in senso abitativo e sempre ben integrati con l'erogazione dei servizi territoriali[7].

Figura 2 Tasso di copertura dei servizi residenziali, popolazione con 65 anni o più, ultimo anno disponibile

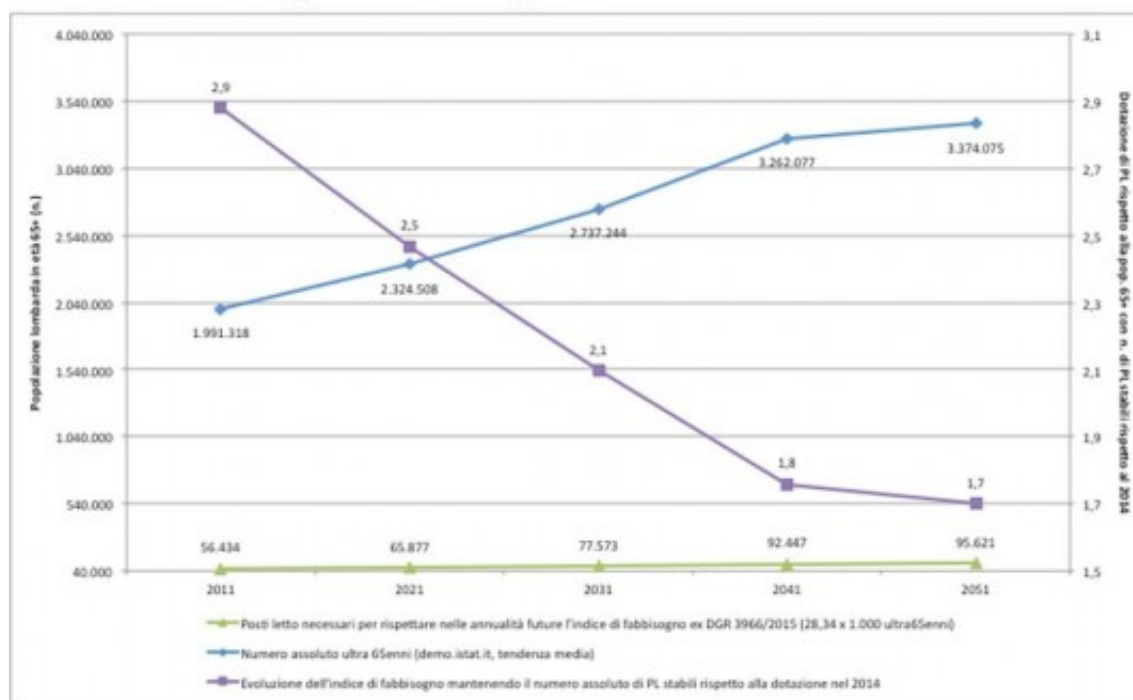


Fonte e Note: vedi figura precedente

In questo scenario resta da comprendere l'obiettivo programmatico e, soprattutto, la relazione fra offerta e consistenza della domanda e della distribuzione di bisogni. **In altre parole, 60.000 posti letto residenziali sono pochi o sono troppi; e quello che vale oggi, vale anche per domani?** Fino ad oggi, l'indice programmatico per la dotazione di posti letto di RSA era quello previsto dal PSSR 2002-2004 (DCR n. 462 del 14 marzo 2002) e pari al 7% della popolazione residente con 75 anni o più. Rispetto al precedente indice programmatico (3,5% della popolazione 65+, più vicino all'attuale media europea) venivano in sostanza ridimensionati gli obiettivi precedenti (meno posti letto programmati) e introdotto un riferimento per età (75 anni) che aggiungeva l'effetto collaterale di rendere meno immediato il confronto con le casistiche nazionali e internazionali, da sempre riferite agli ultra65enni. Queste considerazioni richiederebbero di entrare in argomentazioni molto tecniche, soprattutto se dovessimo fare riferimento anche ai diversi indici proposti dal Ministero della Salute o dalla Regione Lombardia con la DGR 3996/2015. Per gli obiettivi di questo contributo è sufficiente una considerazione. **L'attuale Indice di Fabbisogno previsto dalla DGR 3996/2015 (n. di posti letto a contratto x 1000 ultra65enni) è pari**

a 28,34 PL/1000 65+. Se l'obiettivo regionale è quello di mantenere stabile questa dotazione nel tempo, la Figura 3 descrive il numero assoluto di posti letto che saranno necessari per far fronte all'aumento della popolazione ultra65enne. In pratica, entro il 2021 sarebbero necessari quasi 9.000 posti letto in più. Lo stesso grafico mostra l'evoluzione dell'indice di fabbisogno se, al contrario, il numero di posti letto rimanesse identico o vicino a quello attuale.

Figura 3 Relazione fra evoluzione della popolazione 65+ nel periodo 2011-2051, indice di fabbisogno e dotazione di posti letto contrattualizzati in RSA



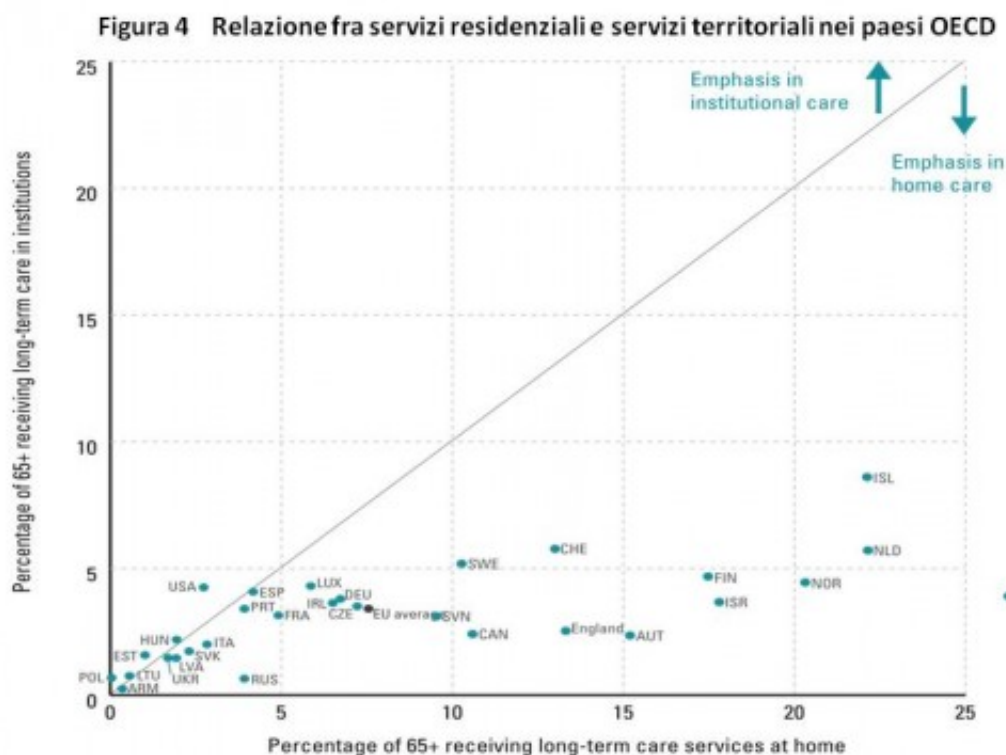
Fonte: elaborazione personale su dati ISTAT (demo.istat.it, tendenza media)

Nota: per semplicità di calcolo la dotazione di posti letto di RSA 2011 è stata equiparata a quella del 2015

Gli altri servizi. L'evoluzione del sistema

Le ultime osservazioni riguardano i servizi a ciclo diurno e gli alloggi protetti ex DGR 11467/2010. Complessivamente l'offerta è del tutto marginale, raggiungendo poco più dello 0,4% della popolazione 65+. Anche l'aumento – consistente in numero assoluto - dei posti in CDI nell'intervallo 2003-2014 va interpretato rispetto all'aumento contemporaneo degli ultra65enni; **l'effetto netto di un aumento di quasi un terzo della dotazione in numero assoluto si traduce in un incremento di un solo decimale (da 0,25 allo 0,35%) in termini percentuali rispetto alla popolazione 65+.** Se analizziamo

complessivamente il sistema, è possibile vedere che **proprio a questo livello si misura l'effettiva distanza fra l'evoluzione del sistema lombardo quella degli altri paesi a economia avanzata. La figura 4 descrive la distribuzione dei due modelli di intervento nei paesi OECD rispetto alla popolazione 65+. E' evidente la peculiarità italiana; la sua offerta è ridotta sia sul versante domiciliare che residenziale, ormai paragonabile solo a quella dei paesi dell'est, mentre la ripartizione dei servizi nei due contesti è profondamente diversa da quella di altri paesi europei, anche con PIL uguale o inferiore a quello lombardo.** Questi paesi, negli ultimi venti anni, hanno adottato robuste riforme normative orientate alla differenziazione dei servizi e allo sviluppo dei sistemi di intervento di comunità. Questa evoluzione non va letta solo come aumento dei servizi domiciliari in senso stretto, quanto con una profonda integrazione fra diverse e aggiornate forme di sostegno domiciliare di prossimità e la contemporanea diffusione di soluzioni di housing sociale protetto a prevalente impronta abitativa e sociale, fortemente integrate con la rete dei servizi territoriale. In questi paesi il numero di RSA è tendenzialmente rimasto stabile o si è anche decisamente ridotto, dando spazio allo sviluppo di servizi abitativi di vita indipendente e di vita assistita il cui sviluppo ha rappresentato la vera dominante degli ultimi decenni in tutti i paesi a economia avanzata. **Si tratta proprio di quei servizi (abitazioni protette, cohousing, appartamenti in condivisione, housing sociale protetto, comunità alloggio e altre modalità simili) che la Regione Lombardia sembra guardare con diffidenza se non con politiche di programmazione, regolazione e vigilanza esplicitamente inibenti.** La Tabella 1 sintetizza, a solo titolo esemplificativo, i risultati delle riforme che si sono susseguite in Danimarca nell'intervallo 1996-2010. E' evidente la riduzione sostanziale del numero di posti letto nei servizi residenziali a maggiore impronta sanitaria e istituzionale (Nursing Homes e Sheltered Houses, queste ultime assimilabili in parte alle nostre precedenti case di riposo o alle attuali residenze assistite di molte regioni italiane), associata alla parallela crescita di altre forme di sostegno abitativo adatto o adattabile alla vecchiaia e a diverso grado di protezione.



Fonte: Huber et al. (2009 forthcoming). Own calculations based on OECD, NOSOSCO, WHO, Eurostat and national sources

Tabella 1 L'evoluzione del sistema residenziale danese

Anno	Nursing Homes	Sheltered Houses	Social dwellings for the elderly and social care homes	Totale
1996	36.444	5.122	22.791	64.357
2001	27.635	3.973	37.899	69.507
2009	9.436	1.824	67.703	78.963
2010	8.761	1.804	71.494	82.059

Fonte: Danish Ministry of Housing, Urban and Rural Affairs, 2014

Conclusioni

La rete dei servizi lombarda è certamente efficace e una fra le più solide del territorio nazionale. Mostra però i segni del tempo e fatica a confrontarsi con l'evoluzione delle tendenze demografiche e epidemiologiche oltre che con la diffusione di quei modelli di intervento che rappresentano ormai la normalità negli altri paesi a economia avanzata.

Alcune linee di sviluppo della programmazione regionale – basti pensare alla DGR 116/2003 e alle successive che ne applicano i principi, fra cui la recente DGR 2942/2014 – accolgono questa linea evolutiva, anche se con alcune incertezze di applicazione e durata.

Il tema è però centrale; resta da vedere se la nuova riforma del sistema sanitario e socio-sanitario saprà accogliere questa sfida, sostenendo lo sviluppo di modelli di intervento aggiornati e efficaci.

Bibliografia

- *European Commission. Long-term care for the elderly. Provisions and providers in 33 european countries. Publications office of the European Union, Luxembourg, 2012*
- *Giunco F. (a cura di) Abitare leggero. Verso una nuova generazione di servizi per anziani. Quaderni dell'Osservatorio. Fondazione Cariplo, 2014; n. 17*
- *Giunco F. Abitare leggero in Europa: soluzioni e buone pratiche fra vita indipendente e assistita. Abitare e Anziani 2015; 2:10-15*
- *Gori C. /a cura di). Come cambia il welfare lombardo. Maggioli editore, Sant'Arcangelo di Romagna, 2011*
- *OECD. Long-term care beds in institutions and hospitals. In Health at a Glance 2013: OECD indicators. OECD Publishing, 2013*
- *Pesaresi F. RSA. Residenze sanitarie assistenziali. Maggioli editore, Sant'Arcangelo di Romagna, 2013*

[1] DG Famiglia, 13 febbraio 2014

[2] DG Famiglia, 15 dicembre 2012

[3] DG Famiglia, 14 febbraio 2014

[4] Istat, 2008b; cfr Pesaresi, 2013

[5] Cfr *Dillo alla Lombardia. Cosa è stato fatto nel 2014*. Regione Lombardia, 27marzo 2015

[6] DG Famiglia, 15 luglio 2014 e 18 dicembre 2014

[7] Cfr Giunco F. *Abitare Leggero*. Quaderni dell'Osservatorio, Fondazione Cariplo, Milano, 2015