

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

COMMISSIONE PER LA GARANZIA DELL'INFORMAZIONE STATISTICA

**L'INFORMAZIONE STATISTICA
SULL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI IN ITALIA**

Rapporto di Indagine

05.03

Luglio 2005

a cura di:

Giovanni Lamura

Cristiano Gori

Carlo Hanau

Francesca Polverini

Andrea Principi

Cecilia Tomassini

La Commissione per la garanzia dell'informazione statistica (CoGIS), istituita presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri con il decreto legislativo n. 322 del 1989, art.12, è un organo collegiale indipendente chiamato a garantire il principio della imparzialità e della completezza dell'informazione statistica. A tal fine, la CoGIS vigila: (a) sulla imparzialità e la completezza dell'informazione statistica; (b) sulla qualità delle metodologie statistiche e delle tecniche informatiche impiegate nella raccolta, nella conservazione e nella diffusione dei dati; (c) sulla conformità delle rilevazioni alle direttive degli organismi internazionali e comunitari; (d) e contribuisce alla corretta applicazione delle norme che disciplinano la tutela della riservatezza delle informazioni fornite all'ISTAT e ad altri enti del Sistema statistico nazionale, segnalando anche al Garante per la protezione dei dati personali i casi di inosservanza delle medesime norme o assicurando altra collaborazione nei casi in cui la natura tecnica dei problemi lo richieda.

La serie "Rapporti di indagine" raccoglie i risultati di attività di appositi gruppi di lavoro, promossi e coordinati dalla CoGIS in relazione all'adempimento dei propri compiti.

La responsabilità del contenuto del rapporto è degli autori, e non coinvolge la Commissione.

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

COMMISSIONE PER LA GARANZIA DELL'INFORMAZIONE STATISTICA

Achille Chiappetti, *Presidente*

Marisa Civardi

Giulio De Petra

Giovanni De Simone

Salvatore Distaso

Claudio Quintano

Salvatore Rossi

Silvana Salvini

Giovanni Somogyi

Commissione per la Garanzia dell'Informazione Statistica

Via della Vite, n.13

00187 Roma

tel. ++39-06-6779.6285

fax ++39-06-6779.6525

e-mail: garanziastatistica@palazzochigi.it

INDICE

	pag.
PARTE PRIMA: INTRODUZIONE	7
1. INTRODUZIONE	9
1.1. Rilevanza e rationale dell'argomento trattato	9
1.2. Definizioni principali e quadro concettuale di riferimento	12
1.3. Struttura del rapporto	16
2. CARATTERISTICHE, ORGANIZZAZIONE E FRUIBILITÀ DELLE FONTI STATISTICHE SULL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI IN ITALIA	18
2.1. Principali caratteristiche delle fonti statistiche sull'assistenza agli anziani	18
2.2. Le fonti statistiche sull'assistenza agli anziani nel contesto del Sistema Statistico Nazionale (SISTAN) e delle sue più recenti evoluzioni	31
2.2.1. Le fonti statistiche sull'assistenza agli anziani nel contesto del SISTAN	31
2.2.2. Il "Nuovo Sistema Informativo Sanitario" e il progetto "Mattoni del SSN"	32
2.2.3. L'evoluzione dell'offerta informativa a livello regionale	36
2.2.4. Uno sguardo d'insieme	41
2.3. L'assistenza agli anziani in un contesto europeo	47
2.3.1. L'informazione statistica sull'assistenza agli anziani nei paesi sviluppati	47
2.3.2. Alcuni risultati europei	50
2.3.3. Problemi legati alla raccolta di informazioni sugli anziani	51
2.3.4. Progetti internazionali futuri	52
PARTE SECONDA: DOMANDA DI ASSISTENZA E RISPOSTE "INFORMALI E PERSONALI"	53
3. BISOGNI E DOMANDA DI ASSISTENZA	55
3.1. Premessa	55
3.1.1. Il legame debole tra bisogno, domanda ed invecchiamento	55
3.1.2. Definizioni	58
3.2. Fonti e contenuti	59
3.3. Lacune e proposte	63
Appendice al cap. 3: Valutazione multidimensionale dei bisogni individuali e sistema informativo	70

4. L'ASSISTENZA INFORMALE	79
4.1. Definizioni	79
4.2. La famiglia, il vicinato e altre reti sociali di supporto	81
4.2.1. Fonti	81
4.2.2. Altre informazioni sulle reti sociali	84
4.2.3. Lacune e proposte per la raccolta di dati sull'assistenza informale	86
4.3. Il volontariato	87
4.3.1. Definizioni	87
4.3.2. Fonti e contenuti	88
4.3.3. Lacune e proposte	92
4.3.3.1. <i>Considerazioni generali</i>	92
4.3.3.2. <i>Considerazioni sulle rilevazioni inerenti le organizzazioni di volontariato (indagini ISTAT e FIVOL)</i>	94
4.3.3.3. <i>Considerazioni sulle rilevazioni inerenti il punto di vista degli individui (Multiscopo ISTAT e ILESIS)</i>	95
5. L'ASSISTENZA PERSONALE TRA PRIVATO E SOMMERSO	97
5.1. Definizioni	97
5.2. Fonti	98
5.3. Contenuti	100
5.4. Indagini ad hoc	102
5.5. Lacune e proposte	103
PARTE TERZA: L'OFFERTA "FORMALE" DI ASSISTENZA	107
6. SERVIZI SANITARI	109
6.1. Definizioni	109
6.2. Fonti	110
6.3. Contenuti	116
6.4. Lacune e proposte	124
7. I SERVIZI TERRITORIALI	129
7.1. Premessa	129
7.2. Il settore socio-assistenziale	130
7.2.1. Definizione e fonti	130
7.2.1.1. <i>Le fonti nazionali</i>	131
7.2.1.2. <i>Le fonti regionali e locali: tendenze generali</i>	135
7.2.2. I contenuti	136
7.2.3. Lacune e proposte	137
7.3. Il settore socio-sanitario	139
7.3.1. Definizioni e fonti	139
7.3.1.1. <i>Le fonti nazionali</i>	140
7.3.2. I contenuti	143

7.3.3. Lacune e proposte	144
7.4. Per concludere: quale possibile integrazione dei dati?	146
8. L'ASSISTENZA RESIDENZIALE	149
8.1. Introduzione	149
8.1.1. Premessa	149
8.1.2. Problemi definatori	150
8.2. Definizioni	151
8.2.1. Il criterio della “non autosufficienza” per distinguere i presidi socio-residenziali	154
8.3. Fonti e contenuti	156
8.3.1. L'indagine ISTAT sui Presidi residenziali socio-assistenziali	157
8.3.1.1. <i>Contenuti principali</i>	157
8.3.1.2. <i>Informazioni aggiuntive: origine e destinazione dei ricoverati, difficoltà di accesso e dati economico-finanziari</i>	159
8.3.2. Il censimento 2001 delle convivenze	160
8.3.3. Dati ISTAT riferiti agli interventi ed ai servizi sociali delle amministrazioni provinciali	162
8.3.4. Le strutture sanitarie residenziali rilevate dal Ministero della Salute	162
8.3.5. Censimento delle strutture del Ministero dell'Interno	164
8.3.6. La rilevazione dell'ANASTE	165
8.3.7. Rilevazione della Conferenza unificata Stato-Regioni	167
8.3.8. Altre fonti regionali o nazionali: la funzione delle “guide”	167
8.3.9. Un quadro comparato delle varie fonti	169
8.4. Lacune e proposte	169
8.4.1. Aspetti economico-organizzativi	169
8.4.2. Coordinamento e unificazione delle indagini all'interno di un'indagine onnicomprensiva: tentativi in atto e prospettive future	171
8.4.3. L'unità valutativa multidimensionale e il Piano di Assistenza Individuale (PAI)	173
8.4.4. Le rilevazioni da accorpare a quella ISTAT-CISIS	174
8.4.5. Classificazione delle tipologie residenziali	176
8.4.6. Soluzioni auspicate al problema della copertura totale nella rilevazione dei presidi, dalle microistituzioni agli alberghi per anziani	178
8.4.6.1. <i>Gli alberghi e i presidi</i>	178
8.4.6.2. <i>Le microistituzioni</i>	179
8.4.7. Suggerimenti per un modello di rilevazione unificato	180
9. I TRASFERIMENTI MONETARI NAZIONALI	183
9.1. Premessa	183
9.2. Definizioni	184
9.3. Fonti	190
9.3.1. Il Casellario dei Pensionati	190
9.3.2. Altre fonti	193
9.4. Contenuti	195
9.5. Lacune e proposte	198
9.5.1. Utilizzo “funzionale” della fonte	198

9.5.2. Contenuto delle pubblicazioni esistenti	200
9.5.3. Considerazioni finali	202
PARTE QUARTA: OSSERVAZIONI CONCLUSIVE	205
10. OSSERVAZIONI CONCLUSIVE	207
10.1. L'informazione statistica sull'assistenza agli anziani nel Paese più vecchio del mondo	207
10.2. Alcuni suggerimenti "trasversali"	209
10.3. Quale futuro per l'informazione statistica in materia di assistenza agli anziani non autosufficienti?	215
Riferimenti bibliografici	221

PARTE PRIMA:

INTRODUZIONE

1. INTRODUZIONE¹

1.1. Rilevanza e rationale dell'argomento trattato

Il presente rapporto trae origine dall'esigenza - tempestivamente riconosciuta dalla Commissione di Garanzia per l'Informazione Statistica e condivisa dal gruppo di esperti cui è stato affidato il compito di approfondire l'argomento, ma soprattutto sentita diffusamente da parte di quanti, in varie vesti, sono impegnati nell'assicurare un'adeguata assistenza alla popolazione anziana in Italia - di disporre di un quadro informativo dettagliato ed aggiornato della produzione statistica esistente nel nostro Paese in questo settore.

L'urgenza di tale approfondimento conoscitivo è, in primo luogo, certamente giustificata dal **“primato” italiano**, già da tempo riconosciuto anche a livello internazionale (Kinsella e Velkoff 2001; Kinsella e Phillips 2005), di Paese “più vecchio” del mondo, per una percentuale di residenti ultrasessantacinquenni che ormai giunge a sfiorare il 19% dell'intera popolazione, con prospettiva di un suo ulteriore, graduale innalzamento (Golini 2003; ISTAT 2004). Questo processo di invecchiamento demografico è d'altro canto comune a gran parte dei paesi maggiormente industrializzati - ed in misura crescente anche alla maggioranza dei paesi in via di sviluppo (United Nations 2005: viii-ix) – cosa che ha di recente stimolato lo stesso EUROSTAT a porsi il problema di come rendere comparabili, in seno all'Unione Europea, le informazioni statistiche esistenti in materia di assistenza alla popolazione anziana non autosufficiente (EUROSTAT 2003).

A questa considerazione di carattere meramente quantitativo – in base alla quale l'argomento meriterebbe di essere approfondito per il semplice fatto che una quota crescente della popolazione italiana si trova in tale “condizione anziana” – si affianca, in seconda istanza, l'osservazione della **rilevanza economico-finanziaria**, e quindi strategica a fini conoscitivo-programmatori, dell'assistenza richiesta da (e prestata a) soggetti ultrasessantacinquenni, i quali consumano mediamente oltre il triplo delle risorse sanitarie rispetto alla popolazione in età adulta (Taroni 2003: 115-117; Pellegrini

¹ di Giovanni Lamura.

Si ringrazia, per la collaborazione prestata in sede di revisione redazionale, Francesca Pretini dell'INRCA di Ancona.

2005), rappresentando ad esempio il 37% dei ricoveri ospedalieri, il 49% delle giornate di degenza ospedaliera e ben il 79% dei casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) (Ministero della Salute 2003: 15, 45), similmente a quanto avviene in gran parte dei Paesi OCSE (Jacobzone e Oxley 2002). La sensibile crescita della quota di popolazione anziana costringe pertanto a rivedere i sistemi di produzione e redistribuzione delle risorse sviluppatasi successivamente alla Seconda Guerra Mondiale, basati su tassi di fecondità molto più elevati ed aspettative di vita più ridotte, ma anche caratterizzati da modelli di ritiro dal lavoro e tassi di morbilità diversi da quelli attuali, con un evidente impatto sui sistemi contributivi a fini previdenziali (aspetto questo non approfondito dal presente rapporto). Sebbene ciò sia in parte contrastato da un generale miglioramento delle condizioni di salute della popolazione anziana – osservato sia in Italia (Presidenza del Consiglio 2000: 83-87) sia in altri Paesi industrializzati (Freedman et al 2004) – il sensibile incremento del numero di persone molto anziane affette da malattie cronico-degenerative fortemente invalidanti si riflette quindi nella necessità di rivedere le modalità organizzative dell’assistenza prestata ai cittadini, non solo per i sopra menzionati motivi di natura economico-demografica, ma anche per ragioni di ordine socio-culturale, come ad esempio l’innalzamento delle aspettative di cura e gli stili di consumo socio-sanitario che caratterizzano le attuali coorti di persone anziane (Cariani et al 1996; Hanau e Gamberoni 1996).

Una terza motivazione a sostegno di un miglioramento dell’informazione statistica in tale ambito va individuata nella **rilevanza qualitativa** che l’attività assistenziale (nelle sue varie forme: servizi socio-sanitari, trasferimenti monetari ed altre misure di sostegno) riveste per la popolazione anziana, attraverso la sua stretta, funzionale connessione alla tutela della salute, fattore che più di ogni altro viene collegato – in Italia come all’estero – al grado di benessere e qualità della vita soggettivamente percepito, e ciò non solo ma soprattutto in età avanzata (Delhey 2004: 37-40; Vaccaro 2005: 65-67; Walker 2005: 8).

A fronte di questi fattori, operanti prevalentemente sul lato della “domanda” di informazione statistica, va osservata, da parte dell’offerta - quarto elemento strutturale dell’esigenza conoscitiva all’origine del presente rapporto - una persistente **difficoltà a fornire dati e produrre risposte in modo integrato**. Come si osserverà nel corso del rapporto, la disponibilità di dati settoriali, anche piuttosto approfonditi, non può

definirsi esigua - pur dovendosi rilevare l'esistenza di margini anche ampi di miglioramento nell'uno o nell'altro campo – ma appare limitata soprattutto nelle sue possibilità di raccordo ed integrazione con la produzione di informazioni derivante da altri ambiti. A testimonianza di questa affermazione possono citarsi gli ultimi tre rapporti biennali al Parlamento sulla condizione dell'anziano. Di questi, gli ultimi due (Ministero del lavoro e delle politiche sociali 2003; Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 2004) si concentrano a presentare le più recenti tendenze demografiche e strutturali della popolazione anziana italiana – integrandole, per alcuni aspetti sociali, con dati e riflessioni ripresi da una precedente pubblicazione dell'Istituto di Ricerche sulla Popolazione e sulle Politiche Sociali del CNR (Palomba et al 2001) nell'edizione 2000-2001, e con un approfondimento sulle dimensioni del benessere in età anziana nell'edizione 2002-2003 - trascurando di fatto la tematica dell'assistenza e dei servizi di sostegno alla popolazione anziana. Questo argomento risultava al contrario affrontato dal rapporto 1998-1999 (Presidenza del Consiglio 2000), che tuttavia sottolineava la carenza di dati ed informazioni statistiche dettagliate concernenti l'assistenza erogata a favore di tale fascia di popolazione, dovendosi limitare a riprodurre i risultati di un'indagine condotta ad hoc, di carattere prevalentemente qualitativo, sui principali servizi approntati da parte delle regioni italiane (cui non tutte avevano aderito con la dovuta tempestività).

Ciò è in parte riconducibile all'attuale mancanza in Italia – a differenza di quanto accade in qualche altro Paese avanzato (si pensi al “National Institute on Aging” degli Stati Uniti”) - di un unico organismo che, specializzato nel trattare la questione dell'invecchiamento con un approccio *multi* ed *inter*-disciplinare, possa fornire con rapidità agli interessati dati ed informazioni inerenti le varie sfaccettature che caratterizzano il fenomeno. In parte, tuttavia, tale difficoltà risiede certamente anche nella complessa natura multi-dimensionale che caratterizza il bisogno e la cura della persona anziana, trattandosi di attività che permea molteplici discipline – sanitarie, sociali, economiche ed etico-giuridiche, per citare solo le più ovvie – e che, in quanto tale, mal si presta ad un approccio mono-settoriale. Questa natura intrinsecamente pluri-dimensionale sollecita pertanto l'adozione di un approccio olistico all'argomento, ed al contempo la ricerca di un'informazione statistica il più possibile articolata.

Le osservazioni sopra formulate chiariscono quale rilevanza e urgenza rivesta l'obiettivo di migliorare l'informazione statistica in materia di assistenza agli anziani nel nostro Paese. Questo rapporto mira a fornire un contributo in tal senso, non tanto fornendo dati statistici – pur riportandoli, laddove possibile, nell'Appendice statistica che correda la presente relazione, onde consentire una migliore comprensione quantitativa dei fenomeni oggetto di attenzione - quanto evidenziando soprattutto quale sia l'attuale disponibilità, organizzazione e fruibilità di dati sull'argomento, individuando eventuali carenze e formulando suggerimenti per superarle.

1.2. Definizioni principali e quadro concettuale di riferimento

In questo rapporto, col termine di “assistenza agli anziani” si fa riferimento, se non diversamente specificato, ad ogni forma di **assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale** rivolta a persone con più di 65 anni.

Nell'ambito di questa definizione “ampia“ del termine sono incluse, in primo luogo, sia le cure “**informali**” prestate a titolo gratuito da familiari, amici, conoscenti e/o volontari, sia l'assistenza erogata secondo modalità “**formali**” – in cambio cioè di una remunerazione, diretta o indiretta – da parte di soggetti appartenenti al settore pubblico o al mercato privato. Tale approccio consente di tenere sotto osservazione anche il recente fenomeno dell'assistenza ad anziani erogata a domicilio da personale, spesso convivente, di sesso femminile ed origini straniere, definito di solito con il termine “badanti”; un fenomeno che ha assunto nel nostro Paese una diffusione tale da non poter essere trascurata (INPS–Caritas/Migrantes 2004), ma che per la peculiarità delle modalità che lo caratterizza (ed in particolare l'elevato livello di “sommerso” dei rapporti di lavoro cui dà luogo) non è sempre immediatamente definibile come “informale” o “formale” (sebbene, in quanto prestazione erogata a pagamento, intrinsecamente più vicino ai contenuti di quest'ultimo settore), ed al quale è quindi dedicato un capitolo a sé.

La definizione adottata consente altresì di distinguere, in base al luogo di erogazione della prestazione, al tipo di assistenza prestata e/o alla natura dell'ente erogatore, le seguenti categorie assistenziali:

- **servizi sanitari:** rientrano in questa categoria l'assistenza ospedaliera e quella sanitaria distrettuale, quest'ultima a sua volta ripartibile in assistenza primaria, specialistica ed ambulatoriale;
- **servizi territoriali:** con ciò si intendono principalmente tre categorie di prestazioni:
 - **servizi di assistenza domiciliare**, a contenuto sanitario - erogati da Aziende Sanitarie Locali (ASL) - o di natura socio-assistenziale, erogata da enti locali (prevalentemente Comuni);
 - **assistenza semi-residenziale**, prestata ad esempio tramite centri diurni;
 - **trasferimenti monetari a valenza locale**, erogati da enti locali (Comuni, Province e Regioni) sotto forma di assegni di cura e simili;
- **servizi residenziali:** consistono nella prestazione di cure di lungo periodo presso strutture residenziali extra-ospedaliere (quindi escludendo gli interventi di acuzie erogati da ospedali e strutture sanitarie assimilate), come ad esempio Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), Case di Riposo o Comunità Alloggio;
- **trasferimenti monetari a valenza nazionale:** sono costituiti dalle prestazioni pensionistiche (pensioni di invalidità, indennità di accompagnamento etc.) erogate, a fronte di un'accertata condizione di invalidità, da parte di enti operanti a livello nazionale (quali ad esempio INPS, INPDAP etc.).

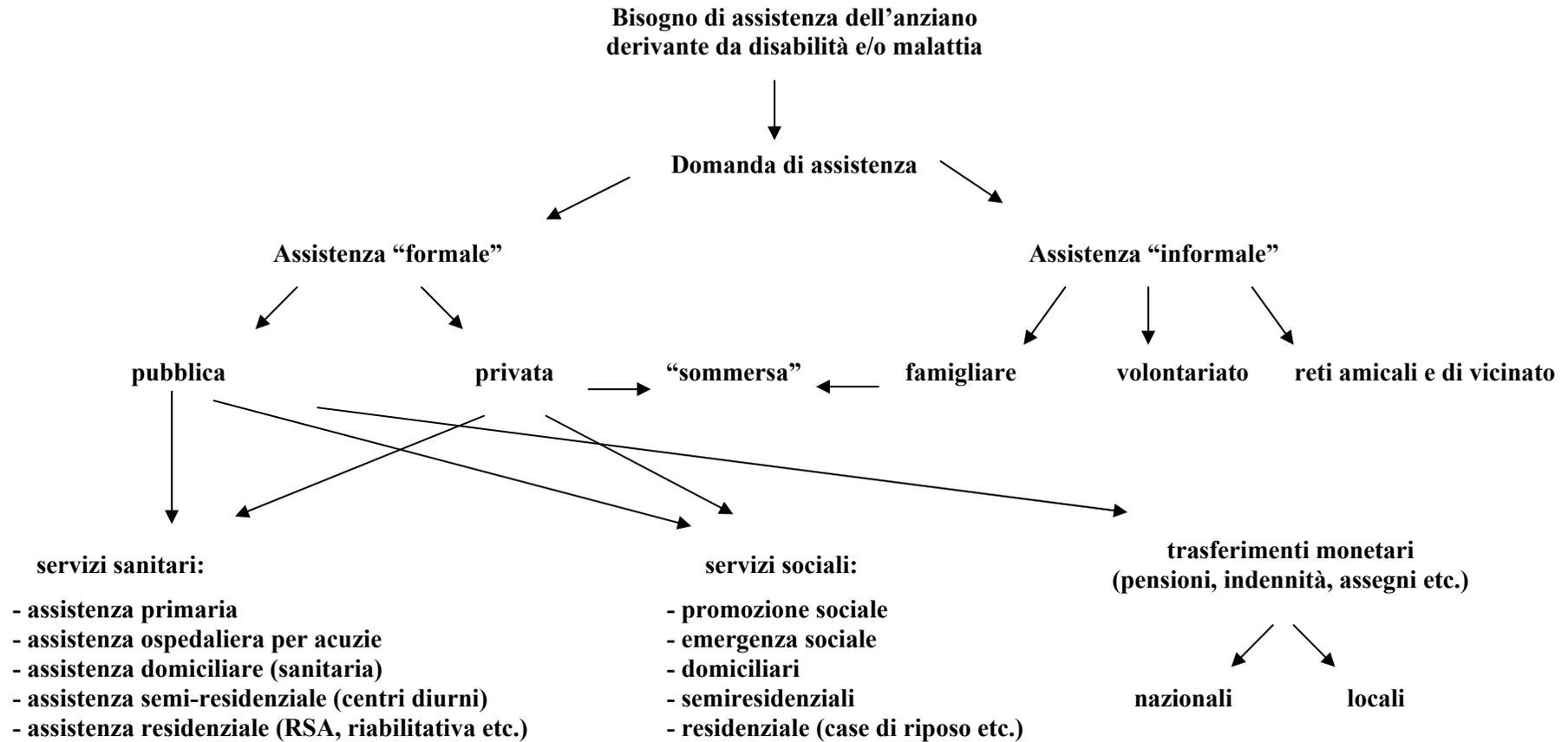
Al fine di assicurare maggiore sistematicità al reperimento ed alla classificazione dei dati, nonché una loro più agevole fruizione, si è adottato un quadro concettuale di riferimento che, traendo spunto dalla teoria economica del “mercato di servizi” – basata essenzialmente sull'incontro (auspicabile e possibile, ma niente affatto scontato) tra **domanda e offerta** – fosse tuttavia in grado di tener conto anche delle caratteristiche peculiari che il tipo di bisogno manifestato e di servizio scambiato assumono quando si parla di “assistenza agli anziani”. Ciò implica in particolare il riconoscimento della natura tendenzialmente “squilibrata” ed asimmetrica del rapporto tra i soggetti che esprimono la domanda e coloro che forniscono l'offerta, in conseguenza della strutturale condizione di fragilità dei primi rispetto ai secondi, non solo psico-fisica, ma anche informativa e di posizione sul mercato (Ministero della Salute 2004: 13; Trabucchi 2005: 50-53).

Due sono i corollari - rilevanti ai fini di questo rapporto - che principalmente derivano da questa situazione. In primo luogo si osserva, in Italia come in gran parte dei

Paesi europei a Welfare avanzato, un ruolo non secondario dello Stato a tutela e garanzia del diritto alla cura dei soggetti portatori di un bisogno assistenziale, ruolo che nel contesto italiano si traduce di fatto in una rilevante presenza *pubblica* tra gli enti erogatori e/o finanziatori di servizi socio-sanitari “formali”. In secondo luogo, tuttavia, va registrata anche una tradizionale tendenza, da parte delle famiglie italiane, a soddisfare “in proprio” le esigenze di cura dei propri membri anziani non autosufficienti (attuando una forma di ”autoconsumo” dei servizi di cura così posti in essere), soprattutto quando più carente appare la risposta pubblica, ricercando soluzioni e modalità di cura *informali* - coinvolgendo cioè essenzialmente i componenti del proprio network familiare - e *private*, come rivela tra l’altro l’osservata, crescente presenza delle cosiddette “badanti”, spesso assunte su base irregolare (Gori 2002).

Basandosi su queste considerazioni, è stato adottato uno **schema concettuale di riferimento** che, articolato in modo da comprendere anche le principali sotto-dimensioni relative ad ogni area funzionale, si riflette peraltro nell’organizzazione stessa dei capitoli di cui è composto il rapporto (cfr. il prossimo paragrafo). Seguendo tale quadro concettuale (cfr. Fig. 1), l’analisi prende le mosse dal riconoscimento dell’esistenza di una domanda di assistenza da parte della popolazione anziana, a sua volta derivante dal bisogno assistenziale da questa manifestato a seguito dell’insorgenza di malattie e/o disabilità. La domanda di assistenza può trovare soddisfazione, come già accennato, attraverso canali informali e/o formali; questi ultimi possono essere utilmente distinti in base alla natura del soggetto erogatore (pubblica o privata), al contenuto della prestazione (prevalentemente sanitario o sociale), nonché rispetto alla modalità di risposta fornita (“diretta” nel caso di beni e servizi, “indiretta” nel caso di trasferimenti monetari), con un’ulteriore possibilità di suddivisione basata sul grado di urgenza del bisogno assistenziale affrontato (servizi di emergenza vs. servizi post-acuzie) e del luogo di erogazione della prestazione (domiciliari, residenziali, ambulatoriali).

Fig. 1 - Assistenza agli anziani in Italia: schema concettuale di riferimento



1.3. Struttura del rapporto

Il rapporto si apre (cap. 2) con una sintetica panoramica delle principali fonti statistiche correnti esistenti e degli attori istituzionali operanti nel settore, analizzando le caratteristiche del contributo da queste apportato all'informazione complessivamente disponibile sull'argomento, anche alla luce dell'esperienza riscontrata in altri Paesi europei. Sulla base del quadro concettuale sopra descritto, viene quindi anzitutto approfondita (cap. 3) la produzione statistica concernente la *domanda di assistenza*, esaminando i principali dati attualmente disponibili e proponendo un possibile percorso di rilevazione volto a migliorare l'organicità delle informazioni raccolte.

L'offerta di assistenza viene affrontata concentrandosi inizialmente sui soggetti informali (cap. 4) – descrivendo la gamma delle variabili rilevate in materia di reti familiari, di vicinato ed amicali, nonché di organizzazioni di volontariato – e quindi sull'assistenza personale prestata dalle “badanti” (cap. 5), fenomeno cui si è scelto di dedicare un capitolo a sé anche per la sfida che esso pone da un punto di vista statistico-rilevatorio. Il rapporto affronta quindi l'analisi delle informazioni esistenti in materia di offerta “formale” di assistenza, prendendo in esame anzitutto i “servizi sanitari”, con ciò intendendosi l'assistenza primaria, quella ospedaliera nonché quella specialistica ed ambulatoriale erogate a livello distrettuale (cap. 6). Da questo primo gruppo di servizi sanitari sono stati esclusi, dedicando loro un capitolo ad hoc, i servizi domiciliari - trattati nell'ambito dei servizi territoriali (cap. 7), che si è preferito affrontare in modo unitario, seppur distinguendo tra settore socio-sanitario e socio-assistenziale, onde poter ricomprendere al loro interno tutti gli interventi erogati da enti locali (compresi i trasferimenti monetari da questi gestiti) – ed i servizi residenziali, illustrati nel capitolo 8. Chiude la rassegna delle fonti statistiche italiane in materia di assistenza agli anziani la sezione dedicata ai trasferimenti monetari di rilevanza nazionale (cap. 9), cui segue una sintesi conclusiva delle principali lacune osservate e dei suggerimenti formulati rispetto ai vari contesti esaminati (cap. 10).

Per quanto riguarda la *struttura dei singoli capitoli* dedicati alle fonti statistiche, alla definizione del particolare ambito assistenziale trattato segue generalmente una breve illustrazione dei contenuti delle fonti rilevanti, individuandone quindi eventuali carenze e formulando in tal caso suggerimenti per migliorarne l'apporto informativo.

Da ultimo va sottolineato che, a sostegno del commento formulato nel testo, sono riportate in Appendice (consultabile sul sito internet della Commissione per la garanzia dell'informazione statistica: <http://www.governo.it/Presidenza/statistica>) le schede informative relative alle 22 fonti statistiche correnti prese in considerazione dal rapporto. Per ognuna di esse sono descritte, in tabelle distinte, le principali caratteristiche della fonte, le variabili rilevanti in materia di assistenza agli anziani – riportando, laddove possibile, anche i dati (in valore assoluto o in percentuale) relativi alle classi di età 65-69, 70-74, 75-79 e 80 ed oltre - nonché gli incroci di variabili per classi di età pubblicati (per ulteriori dettagli si rimanda all'Introduzione premessa alle schede medesime). Le informazioni ivi contenute, come pure gran parte di quelle riportate nel testo del rapporto, sono da considerarsi aggiornate alla primavera del 2005.

2. CARATTERISTICHE, ORGANIZZAZIONE E FRUIBILITÀ DELLE FONTI STATISTICHE SULL’ASSISTENZA AGLI ANZIANI IN ITALIA²

Quali fonti statistiche sono consultabili al fine di conoscere, *a livello italiano*, il fenomeno dell’*assistenza alla popolazione anziana* nelle sue varie sfaccettature? In particolare, quali sono i *flussi informativi correnti* – con ciò intendendosi le fonti che rilevano e rendono disponibili dati su base periodica, e non “una tantum” - cui è possibile fare riferimento in Italia per ricostruire un quadro nazionale aggiornato e dettagliato dell’argomento in oggetto? Quali sono le loro principali caratteristiche e come sono organizzate? Queste le domande cui si è cercato di fornire risposta in questo capitolo, distinguendo le fonti considerate in termini di argomenti trattati (pur senza toccare il grado di dettaglio raggiunto nei successivi capitoli o in Appendice, cui si rimanda per ogni approfondimento), unità di rilevazione adottata, ampiezza del campione di riferimento, livello territoriale di rappresentatività e periodicità della rilevazione. La trattazione prosegue quindi con una panoramica delle più rilevanti evoluzioni recentemente registrate all’interno del SISTAN in materia, per chiudersi con una breve rassegna delle informazioni rinvenibili sull’argomento in alcuni Paesi esteri.

2.1. Principali caratteristiche delle fonti statistiche sull’assistenza agli anziani

Ai fini del presente rapporto, la selezione operata tra le fonti statistiche esistenti si è basata essenzialmente sulla loro capacità di fornire dati: a) disponibili a livello nazionale; b) rilevati con periodicità; c) distinti per classi d’età (onde derivarne la componente “anziana”). Tali requisiti hanno costretto ad escludere dal rapporto molte fonti, anche di eccellente qualità, ma disponibili solo per alcune delle regioni italiane, basate su rilevazioni una tantum o non riportanti dati relativi al segmento di popolazione di nostro interesse³. A ciò si aggiunga che ci si è basati esclusivamente sui soli dati

² Nonostante il presente capitolo sia frutto dell’impegno congiunto di Giovanni Lamura, Cristiano Gori e Cecilia Tomassini, è possibile attribuire la redazione del paragrafo 2.1 prevalentemente a Giovanni Lamura, del paragrafo 2.2. a questi e Cristiano Gori, e del paragrafo 2.3 a Cecilia Tomassini.

³ Tra le fonti non incluse nel presente rapporto vanno citate, per la rilevanza che rivestono rispetto all’argomento affrontato, le indagini pubblicate annualmente dal Coordinamento Nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici e da Cittadinanzattiva in materia di politiche della cronicità (2004),

pubblicati, tralasciando ogni tentativo di approfondimento di dati rilevati, ma non (ancora) oggetto di pubblicazione. A conclusione dell'esame condotto secondo i requisiti sopra indicati, sono state pertanto individuate 22 fonti, il cui elenco è riportato nella Tab. 1⁴. L'ordine di presentazione delle fonti riflette in generale l'argomento principale trattato – seguendo lo schema concettuale presentato nel precedente capitolo – sebbene in alcuni casi la pluralità dei temi affrontati abbia reso tale scelta parzialmente arbitraria (cfr. l'Appendice per il dettaglio dei criteri adottati).

Quali informazioni si ricavano da questo sguardo d'insieme? Se si analizzano le fonti per argomento (esaminando cioè per colonna i dati riportati in Tab. 1), si osserverà che, per ognuna delle materie affrontate, risulta in genere disponibile una **pluralità di fonti**: almeno 8 distinte indagini rilevano informazioni sui singoli argomenti (con l'unica eccezione dei trasferimenti monetari nazionali, oggetto di sole 3 fonti), i quali risultano centrali (evidenziati in grigio in Tab. 1) per almeno due (ma generalmente tre o più) fonti. Diversa, tuttavia, appare la **consistenza** delle stesse. Molteplici sono gli aspetti rilevati su *domanda di assistenza*, tramite le Indagini Multiscopo sulle Famiglie (in particolare “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” – fonte n. 1 – e “Aspetti della vita quotidiana”, fonte n. 3) nonché l’”Italian Longitudinal Study on Ageing” (ILSA), coordinato dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) nell’ambito del Progetto Finalizzato Invecchiamento (fonte n. 2). Lo stesso può dirsi dei *servizi sanitari*, grazie alle rilevazioni attivate dal Ministero della Salute (sulle Schede di Dimissione Ospedaliera – SDO, fonte n. 12 – e sulle attività di ASL e Aziende Ospedaliere, fonte n. 13), oltre alla già menzionata Multiscopo ISTAT sulle condizioni di salute. Molto meno numerose, al contrario, risultano le variabili rilevate rispetto all’*assistenza fornita da famiglia e vicinato* o dal *settore privato*, nonché ai *trasferimenti monetari nazionali*. In una posizione intermedia si collocano le altre categorie, con una maggiore abbondanza di informazioni riscontrabile a favore delle categorie formali di assistenza (*servizi territoriali e residenziali*) rispetto a quella prestata dal *volontariato*.

Ospedale Sicuro (2004b) e Progetto Integrato Tutela (PIT) Salute (2005), in quanto non riportanti dati distinti per classe di età; nonché diversi rapporti redatti dal CENSIS - ad esempio nell’ambito del Forum per la Ricerca Biomedica su sanità e salute (2002, 2004, 2004a) o per conto dell’ASSR (2004b) - in quanto frutto di indagini che solo irregolarmente trattano degli argomenti qui affrontati - a differenza della fonte, sempre CENSIS, considerata ai fini del presente rapporto (cfr. fonte n. 11 in Appendice).

⁴ Tre delle fonti individuate sono in realtà costituite da rilevazioni condotte per la prima volta, ma suscettibili di essere ripetute con periodicità: si tratta dell’indagine sul volontariato condotta dall’ILENIS (fonte n. 8), dell’indagine ISTAT su interventi e servizi sociali dei comuni (fonte n. 15) e dello studio sulla spesa socio-sanitaria per anziani non autosufficienti dell’ASSR (fonte n. 17).

Tab. 1: Fonti statistiche in materia di assistenza agli anziani: argomenti trattati e numero di variabili rilevate in materia*

Fonti	Domanda di assistenza (cap. 3)	Assistenza informale: famiglia e vicinato (cap. 4.1)	Assistenza informale: volontariato (cap. 4.2)	Assistenza personale privata (cap. 5)	Servizi sanitari (cap. 6)	Servizi territoriali (cap. 7)	Servizi residenziali (cap. 8)	Trasferimenti monetari nazionali (cap. 9)	Totale variabili rilevate
1 ISTAT - IMF Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari	35	10	2	11	34	9			101
2 CNR - Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA)	20 [^]	1 [^]			3 [^]				24
3 ISTAT - IMF Aspetti della vita quotidiana	11	1	5	2	5	2			26
4 ISTAT - IMF Famiglia e soggetti sociali	2	6	4	1		4			17
5 ISTAT - IMF Uso del tempo	1	5	1	1					8
6 ISTAT - Organizzazioni di volontariato (registrate)			10						10
7 FIVOL - Organizzazioni di volontariato (registrate e non)			11						11
8 ILESIS - Rapporto sul volontariato sanitario e assistenziale			11						11
9 ISTAT - Consumi delle famiglie				2	1		1		4
10 Università - Indagine Longitudinale sulle Famiglie Italiane (ILFI)	3	3		5		2		1	14
11 CENSIS - Quadro di vita degli anziani in Italia	1	2	1	4	4	1	1		14
12 Ministero Salute - Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	2				13				15
13 Ministero Salute - Attività gestionali ed economiche ASL e AO					24	22	8		54
14 ISTAT - Interventi e servizi socio-assistenziali delle Province						5	1		6
15 ISTAT - Interventi e servizi sociali dei Comuni						9	1		10
16 ISTAT - Cooperative sociali						1			1
17 ASSR - Spesa socio-sanitaria per anziani non autosufficienti						8	4		12
18 ISTAT - Presidi residenziali socio-assistenziali							22		22
19 Ministero Interno - Censimento strutture per anziani							6		6
20 ISTAT - Censimento della popolazione	1						4		5
21 INPS/ISTAT - Casellario dei pensionati								8	8
22 Banca d'Italia - Bilanci delle famiglie italiane		2		2		2		4	10
Totale fonti considerate per capitolo:	8	8	8	8	8	11	9	3	-

* : Per ogni fonte è indicato il numero di variabili rilevate rispetto ai vari argomenti, tra i quali quello principale è evidenziato in grigio.

[^] : dato riferito al numero di “dimensioni” o scale di valutazione (ognuna contenente una serie più o meno numerosa di variabili o items).

Analizzando i dati per singola fonte (e cioè per riga in seno alla Tab. 1), degno di nota appare il ruolo svolto in Italia da due enti: l'**ISTAT** ed il **Ministero della Salute**. Il primo, referente di ben metà di tutte le fonti rilevanti (11 su 22), va a ragione considerato il punto di riferimento italiano della produzione statistica corrente in materia, in quanto responsabile, tra le altre cose, di quella che può ritenersi l'unica rilevazione nazionale – la menzionata Indagine Multiscopo sulle condizioni di salute⁵ – con un numero cospicuo di dati (oltre 100 le variabili complessivamente riscontrate) sia sulla domanda di assistenza, sia sull'uso (e quindi l'offerta) di servizi sanitari, nonché titolare della fonte più consistente di dati sui servizi residenziali (fonte n. 18). Il Ministero della Salute costituisce anch'esso una fonte preziosa d'informazioni correnti, seppur limitatamente all'offerta di servizi sanitari (nei vari contesti: ospedaliero, territoriale e residenziale), anche alla luce del ruolo di vigilanza esercitato nei confronti dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR, fonte n. 17). Secondario, rispetto a questi enti, appare il ruolo assunto dagli altri, tutti responsabili di una sola rilevazione a testa in materia: il CNR con l'ILSA, la FIVOL e l'ILENIS (quest'ultima per conto di Farindustria) sul volontariato (fonti n. 7 e 8), le Università di Milano-Bicocca, Trento e Bologna impegnate nell'ILFI (Indagine Longitudinale sulle Famiglie Italiane, fonte n. 10), il CENSIS con la survey annuale sulla vita degli anziani in Italia (n. 11), il Ministero dell'Interno con il censimento delle strutture per anziani (n. 19), l'INPS (in collaborazione con l'ISTAT) con il Casellario dei Pensionati (n. 21) e la Banca d'Italia con la rilevazione inerente i Bilanci delle Famiglie (n. 22).

Se non può sorprendere che - dato l'argomento preso in esame, cui viene riconosciuta in Italia una **rilevanza di carattere prevalentemente pubblico** - la quasi totalità delle fonti sia espressione di uno sforzo di natura istituzionale (eccezione fatta per ILENIS, FIVOL e CENSIS, queste ultime due rappresentate da organizzazioni *non profit*), degna di nota appare invece la differenziazione esistente tra le varie fonti rispetto all'**unità elementare di rilevazione** adottata. Dalla Tab. 2 è infatti possibile osservare che le prime 11 fonti (ad eccezione della 6 e della 7) sono incentrate prevalentemente sull'*individuo*, talora integrato da dati sul *nucleo familiare* di appartenenza (secondo le modalità tipiche delle survey e delle rilevazioni censuarie).

⁵ Le altre indagini comprese nel sistema delle Multiscopo riguardano, come noto: "Aspetti della vita quotidiana", "Viaggi e vacanze", "Tempo libero e cultura", "Sicurezza del cittadino", "Famiglia, soggetti sociali e condizioni dell'infanzia" e "Uso del tempo".

Queste fonti, come già evidenziato nella Tab. 1, hanno come oggetto principale la domanda di assistenza e le risposte informali o private ad essa, espressione di situazioni e iniziative di natura intrinsecamente (o, in Italia, comunque prevalentemente) individuale (e familiare); fa eccezione l'attività volontaria di assistenza, espletata spesso anche in forma organizzata, per la quale sono infatti disponibili pure due fonti aventi come unità di rilevazione l'ente di volontariato. Prevalentemente incentrate sull'individuo sono anche le ultime tre fonti considerate (20, 21 e 22), che consentono di rilevare informazioni – a dir la verità piuttosto scarse – sul ruolo svolto dai trasferimenti monetari nazionali (è il caso dell'indagine della Banca d'Italia e del Casellario INPS⁶) o sugli ospiti dei servizi residenziali (attraverso il Censimento della Popolazione).

Tab. 2: Unità elementare di rilevazione delle fonti statistiche considerate				
Fonti	Individuo	Famiglia	Convivenza	Altra unità di rilevazione
1 ISTAT - IMF Condizioni di salute etc.	X	X		
2 CNR – ILSA	X			
3 ISTAT - IMF Aspetti della vita quotidiana	X	X		
4 ISTAT - IMF Famiglia e soggetti sociali	X	X		
5 ISTAT - IMF Uso del tempo	X	X		
6 ISTAT - Organizzazioni di volontariato				ente di volontariato
7 FIVOL - Organizzazioni di volontariato				ente di volontariato
8 ILESIS - Rapporto sul volontariato	X			
9 ISTAT - Consumi delle famiglie	X	X		
10 Università – ILFI	X	X		
11 CENSIS - Quadro di vita degli anziani	X			
12 Ministero Salute – SDO				ricovero ospedaliero
13 Ministero Salute - Attività ASL e AO				ASL / AO
14 ISTAT - Interventi sociali delle Province				amministr. Provinciale
15 ISTAT - Interventi sociali dei Comuni				amministr. Comunale
16 ISTAT - Cooperative sociali				cooperativa sociale
17 ASSR - Spesa anziani non autosufficienti				amministr. Regionale
18 ISTAT - Presidi residenziali				presidio residenziale
19 Ministero Interno - Censimento strutture				struttura per anziani
20 ISTAT - Censimento della popolazione	X	X	X	
21 INPS/ISTAT - Casellario dei pensionati	X			prestazione pensionistica
22 Banca d'Italia - Bilanci delle famiglie	X	X		

⁶ La banca dati del Casellario INPS riporta anche variabili riferite alle prestazioni erogate, che risultano meglio dettagliate rispetto a quanto non avvenga per i percettori delle stesse (cfr. in merito il cap. 9).

Incentrate *sull'ente erogatore di prestazioni* sono invece le rimanenti fonti (dalla 12 alla 19), a testimonianza della prevalente funzione ricognitiva da queste svolta nei confronti dell'offerta assistenziale – sanitaria, territoriale e/o residenziale – prodotta dall'ente di volta in volta considerato per la rilevazione. Rispetto a questa situazione di quasi “auto-referenzialità” del settore va sottolineata ancora una volta l'eccezione rappresentata dalla Multiscopo sulle condizioni di salute, unica rilevazione corrente in grado di cogliere il punto di vista dell'utenza (e non dell'ente erogatore) rispetto all'uso di servizi sanitari (e, seppur in molto minor misura, socio-assistenziali).

Un ulteriore aspetto su cui si ritiene opportuno richiamare l'attenzione è la **diversa definizione** dell'unità elementare di rilevazione adottata da fonti pur incentrate sullo stesso argomento: è il caso delle *organizzazioni di volontariato* – che l'ISTAT include solo se registrate nei rispettivi registri regionali, mentre la FIVOL ammette anche organizzazioni non registrate (cfr. cap. 4.2) – nonché delle *strutture residenziali*, di cui viene fornita da ISTAT, Ministero della Salute e Ministero dell'Interno una definizione non sempre collimante (basata sul concetto di “presidio socio-assistenziale” nel primo caso, di “struttura residenziale sanitaria” nel secondo caso, e di “struttura residenziale” generica nel terzo caso). Rimandando al dettaglio dei rispettivi capitoli per un approfondimento delle questioni terminologiche ad essi associate, preme qui tuttavia sottolineare che il principio della *omogeneità definitoria* dovrebbe invece costituire un cardine delle rilevazioni pubbliche in materia, onde poter consentire una reale confrontabilità dei dati raccolti.

Altro elemento di differenziazione è costituito dalla **tipologia di campionamento** adottata. I dati riportati in Tab. 3 evidenziano che la maggioranza relativa delle fonti considerate si avvale di banche dati contenenti informazioni relative all'*universo* delle unità rilevate, o comunque ad un *campione rappresentativo ampio* (con cioè almeno 20.000 unità, ma spesso anche superiore a 50-60.000, fino all'estremo dei circa 140.000 individui dell'ultima Multiscopo sulle condizioni di salute). La prima situazione concerne in genere le indagini aventi come unità di rilevazione enti e organizzazioni assistenziali, ma interessa in due casi anche i singoli individui (come si verifica per le SDO e, ovviamente, per il Censimento della popolazione). Il ricorso a campioni ampi è invece tipico delle Multiscopo ISTAT, ma anche dell'indagine condotta dalla Banca d'Italia.

Tab. 3: Tipologia di campionamento e rappresentatività territoriale delle fonti statistiche considerate

Fonti	Tipo di campione				Rappresentatività territoriale minima					
	Universo	Rappresentativo ampio ¹	Rappresentativo ridotto ¹	Altro	Comune	Provincia	Regione	Ripartizione geografica	Italia	Altro
1 ISTAT - IMF Condizioni di salute		X					X			
2 CNR – ILSA				X ²						X ²
3 ISTAT - IMF Aspetti vita quotidiana		X					X			
4 ISTAT - IMF Fam. e soggetti sociali		X					X			
5 ISTAT - IMF Uso del tempo		X					X			
6 ISTAT - Organizzazioni volontariato	X						X			
7 FIVOL - Organizzazioni volontariato	X ³						X ³			
8 ILESIS - Rapporto sul volontariato			X					X		
9 ISTAT - Consumi delle famiglie		X					X			
10 Università – ILFI			X				X			
11 CENSIS - Quadro di vita anziani			X					X		
12 Ministero Salute – SDO	X									X ⁴
13 Ministero Salute - Attività ASL e AO	X ³									X ⁴
14 ISTAT - Interventi delle Province	X					X				
15 ISTAT - Interventi dei Comuni	X				X					
16 ISTAT - Cooperative sociali	X						X			
17 ASSR - Spesa non autosufficienti				X ³			X ³			
18 ISTAT - Presidi residenziali	X						X			
19 Ministero Interno – Strutture anziani	X				X					
20 ISTAT - Censimento popolazione	X				X ⁵					
21 INPS/ISTAT - Casellario pensionati	X					X				
22 Banca d'Italia - Bilanci famiglie		X					X			

1: con “ampio” si intende un campione di almeno 20.000 individui, con “ridotto” meno di 10.000;
2: campione casuale di 5.632 soggetti tra 65 e 84 anni residenti in 8 comuni italiani: Genova, Segrate (MI), Selvazzano-Rubano (PD), Impruneta (FI), Fermo (AP), Napoli, Casamassima (BA) e Catania;
3: l’indagine mirava all’universo degli enti di riferimento, ma solo parte di essi ha aderito alla rilevazione (nel caso del Ministero della Salute il 95% di ASL e AO, nel caso dell’ASSR 14 regioni);
4: livello di aggregazione minimo: singola struttura ospedaliera;
5: livello di aggregazione minimo: singola sezione di censimento.

Cinque sono le rilevazioni che raggiungono, all’opposto, un *campione quantitativamente meno consistente*. Per due di esse il numero relativamente ridotto di soggetti coinvolti nello studio è spiegabile in rapporto alla natura longitudinale dello studio (elemento di cui si tratterà anche più avanti con riferimento alla Tab. 4). E’

questo il caso degli studi ILFI e ILSA, anche se va sottolineato che per quest'ultimo si rileva inoltre una modalità di campionamento – basata sull'estrazione casuale di soggetti dalle liste dei residenti di 8 comuni italiani – che non consente di parlare di un campione rappresentativo a livello nazionale (a differenza dell'ILFI). Nel caso dello studio ASSR sulla spesa socio-sanitaria per anziani non autosufficienti – che pure puntava in origine a raggiungere l'universo delle regioni italiane – la mancata risposta di un numero non irrilevante di interpellati (oscillante tra le 5 e le 14 regioni, a seconda del quesito posto), ha parzialmente minato la validità e trasferibilità a livello nazionale delle informazioni raccolte (pur non arrivando a giustificare l'esclusione dal presente rapporto, data la rilevanza strategica dell'argomento trattato). Negli ultimi due casi – il rapporto ILESIS sul volontariato e l'indagine CENSIS – il ridotto numero di soggetti coinvolti appare giustificato, oltre che da evidenti ragioni di natura economica, anche dagli obiettivi di carattere prevalentemente nazionale delle informazioni ricercate dagli enti di riferimento.

La diversa metodologia di campionamento adottata si riflette chiaramente in termini di **rappresentatività territoriale minima**. Per ben metà delle fonti consultate tale rappresentatività raggiunge il livello regionale, spingendosi alla disaggregazione comunale solo nel caso dell'indagine dedicata agli interventi operanti a tale livello (fonte n. 15), di quella ministeriale sulle strutture per anziani e del Censimento della popolazione. Consentono un'analisi disaggregata spinta dei dati – a livello provinciale – anche il Casellario dei pensionati e (comprensibilmente) l'indagine sulle misure socio-assistenziali adottate dalle Amministrazioni Provinciali, nonché (persino a livello di singola struttura ospedaliera) le rilevazioni curate dal Ministero della Salute su SDO e attività di ASL/Aziende Ospedaliere. Le fonti meno dettagliate in tal senso risultano, all'opposto, quelle dell'ILEGIS, del CENSIS e dell'ILSA, per motivi riconducibili alle finalità di respiro nazionale nel caso delle prime due, e per il particolare campionamento adottato dall'ILSA.

Un ulteriore elemento di distinzione tra le diverse fonti considerate è rappresentato dalla **periodicità** delle stesse (cfr. Tab. 4). La gran parte delle rilevazioni è riproposta con cadenza annuale (8 casi) o biennale (7 casi); una frequenza, quest'ultima, che caratterizza anche le “ondate” di cui si “nutrono” le indagini longitudinali dell'ILFI e

della Banca d'Italia⁷, mentre una maggiore irregolarità e distanza temporale contraddistingue le rilevazioni ILSA. Tra le eccezioni in negativo a questa relativamente elevata frequenza rilevatoria merita una menzione particolare – per l'osservata importanza che la stessa assume in termini di copiosità delle informazioni raccolte nei vari ambiti assistenziali (cfr. il commento alla Tab. 1) – la Multiscopo sulle condizioni di salute che, assieme ad altre due Multiscopo ed all'indagine FIVOL, viene reiterata “solo” ogni cinque anni, mentre non desta al contrario meraviglia la cadenza decennale dell'appuntamento censuario.

Quasi complementare alla periodicità delle rilevazioni correnti, e almeno altrettanto decisivo ai fini di determinarne la **tempestività**, è il tempo intercorrente tra il momento in cui la raccolta materiale di dati si chiude, e quello in cui i dati sono elaborati e resi noti alla collettività. Questo indicatore - per comodità espositiva ripartito in periodi inferiori all'anno ed inferiori o superiori ai due anni – rivela che assai di rado (in soli 5 casi su 22) ci si può attendere una rapida pubblicazione dei dati (entro un anno). Questo si verifica in particolare nel caso di indagini “snelle” – aventi cioè un campione ridotto di individui, come le osservate survey ILESIS e CENSIS – o inerenti l'attività svolta dagli enti stessi oggetto di rilevazione, specie se “consolidate” nel tempo (è il caso delle informazioni del Ministero della Salute su ASL/Aziende Ospedaliere, e dell'ISTAT sugli interventi socio-assistenziali delle Province). Degna di nota appare pertanto, alla luce di tali considerazioni, la “performance” della Banca d'Italia, in grado di “sfornare” dati entro l'anno nonostante l'elevato numero di individui e famiglie reclutati (pur dovendosi riconoscere che la presenza di un numero consistente di famiglie panel all'interno del campione può contribuire a ridurre gli oneri, anche temporali, di campionamento e reclutamento).

Nel complesso, il gruppo più numeroso di fonti sembra essere in grado di produrre risultati entro l'ancora accettabile termine di due anni, ma non mancano eccezioni rilevanti (in negativo). Non ci si riferisce qui tanto al “ritardo” osservato dal censimento della popolazione – assolutamente giustificato dalla mole incomparabile di dati dallo stesso “movimentata” – quanto soprattutto alla Multiscopo sulle condizioni di salute e

⁷ Il campione impiegato per l'indagine della Banca d'Italia è costituito in parte da famiglie “panel” (intervistate cioè anche in una o più precedenti rilevazioni ai fini di studio longitudinale), ed in parte da nuclei coinvolti nello studio per la prima volta (impiegate pertanto per l'analisi *cross-sectional*). Nell'ultima rilevazione il gruppo “panel” ha raggiunto circa il 45% dell'intero campione (cfr. scheda 22 in Appendice).

Tab. 4: Periodicità e tempestività delle fonti statistiche considerate								
Fonti	Periodicità della rilevazione					Tempo intercorso tra rilevazione e pubblicazione dei dati		
	Annuale	Biennale	Quinquennale	Decennale	Longitudinale	Entro un anno	Entro due anni	Oltre due anni
1 ISTAT - IMF Condizioni di salute			X					X
2 CNR – ILSA					X			X
3 ISTAT - IMF Aspetti vita quotidiana	X						X	
4 ISTAT - IMF Fam. e soggetti sociali			X					X
5 ISTAT - IMF Uso del tempo			X ¹				X	
6 ISTAT - Organizzazioni volontariato		X						X
7 FIVOL - Organizzazioni volontariato			X ²				X	
8 ILESIS - Rapporto sul volontariato		X				X		
9 ISTAT - Consumi delle famiglie	X						X	
10 Università – ILFI					X		X	
11 CENSIS - Quadro di vita anziani	X					X		
12 Ministero Salute – SDO	X						X	
13 Ministero Salute - Attività ASL e AO	X					X		
14 ISTAT - Interventi delle Province	X					X		
15 ISTAT - Interventi dei Comuni		X ³						X ³
16 ISTAT - Cooperative sociali		X					X	
17 ASSR - Spesa non autosufficienti		X ³						X ³
18 ISTAT - Presidi residenziali	X							X
19 Ministero Interno – Strutture anziani		X					X	
20 ISTAT - Censimento popolazione				X				X
21 INPS/ISTAT - Casellario pensionati	X						X	
22 Banca d'Italia - Bilanci famiglie		X			X	X		

1: periodicità approssimativa (non sempre rispettata);
2: quadriennale;
3: trattasi di indagini pilota non aventi come finalità principale la pubblicazione di risultati, bensì la preparazione di successive indagini di più ampio respiro o il monitoraggio di costi e prestazioni.

all'indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali. Della rilevanza di entrambe si è già ampiamente detto, e preme quindi in questa sede sottolineare quanto cruciale sia poter disporre con rapidità delle informazioni da esse raccolte, al fine di seguire tempestivamente l'evoluzione della domanda e dell'offerta di assistenza agli anziani nel nostro Paese. Ciò che si può ulteriormente cogliere, nel quadro sinottico offerto dalla Tab. 4, è che quasi tutte le fonti "ritardatarie" nel pubblicare i dati raccolti sono di

responsabilità ISTAT. E' vero che ciò in parte si spiega certamente anche per l'osservata, grande dimensione che caratterizza le indagini gestite dall'ISTAT; d'altro canto si deve riconoscere che non può considerarsi ottimale una situazione in cui, prendendo ad esempio l'indagine sui presidi residenziali, la pubblicazione dei dati rilevati nel 2000 è avvenuta quattro anni dopo, durante i quali sono state già completate ulteriori tre rilevazioni annuali (nel 2001, 2002 e 2003), di cui non sono ancora disponibili i risultati, ed avviata la quarta (nel 2004). In questo caso sembra sensato suggerire di diradare la rilevazione dei dati – trasformandola ad esempio da annuale in biennale – ed impiegare le risorse così risparmiate al fine di accelerarne i tempi di pubblicazione.

Altro aspetto preso in esame per valutare la fruibilità delle fonti considerate riguarda l'**accessibilità alle banche dati** da esse prodotte (Tab. 5). Da un punto di vista meramente *tecnico*, in questo settore si sono registrati progressi informatici notevolissimi, che si riflettono nelle prime *banche dati consultabili on-line*: è il caso del Ministero della Salute per i dati sulle attività gestionali ed economiche di ASL e Aziende Ospedaliere, della Banca d'Italia per i bilanci sulle famiglie, e dell'ISTAT per diverse delle sue rilevazioni (compreso l'ultimo censimento della popolazione). Alla luce della rapidità con cui tali progressi si stanno diffondendo nel settore statistico, è pertanto presumibile prevedere che, sebbene il metodo tradizionale dell'*invio file su CD* (o altro supporto magnetico) appare tutt'oggi ancora prevalente, nel giro di pochi anni l'accesso ai dati via internet costituirà la regola.

Al di là della modalità tecnica di accesso va tuttavia considerata, in quanto certamente più rilevante in termini di politica statistica, l'**accessibilità tout court** alle banche dati realizzate dai vari enti impegnati in questo settore. Dalla Tab. 5 si può infatti evincere che non sono poche le rilevazioni alle cui banche dati è del tutto precluso l'accesso, e ciò riguarda sia iniziative private (ILESIS e CENSIS) – per le quali tale scelta potrebbe anche considerarsi ammissibile – sia fonti pubbliche (ISTAT, CNR, Ministero della Salute e dell'Interno), caso in cui diviene invece non solo legittimo, ma anche doveroso chiedersi quali siano i motivi che impediscano la massima fruizione di dati raccolti grazie all'impiego di risorse pubbliche. Sebbene non sia in questa sede possibile approfondire ulteriormente l'argomento, può tuttavia accennarsi al fatto che tra i motivi spesso addotti per tale scelta si riscontrano quelli del rispetto della

Tab. 5: Accessibilità e costi di accesso alle banche dati delle fonti statistiche considerate					
Fonti	Accessibilità banca dati			Costo accesso	
	On line	Invio file	No	Gratuito	A titolo oneroso (€ + IVA)
1 ISTAT - IMF Condizioni di salute etc.		X			90
2 CNR – ILSA			X	-	-
3 ISTAT - IMF Aspetti della vita quotidiana		X			90
4 ISTAT - IMF Famiglia e soggetti sociali		X			90
5 ISTAT - IMF Uso del tempo		X			90
6 ISTAT - Organizzazioni di volontariato		X ¹			20-60 ¹
7 FIVOL - Organizzazioni di volontariato		X		X ²	100-500 ²
8 ILESIS - Rapporto sul volontariato			X	-	-
9 ISTAT - Consumi delle famiglie		X			90
10 Università – ILFI		X			170
11 CENSIS - Quadro di vita degli anziani			X	-	-
12 Ministero Salute – SDO			X ³	X	
13 Ministero Salute - Attività ASL e AO	X	X		X	
14 ISTAT - Interventi sociali delle Province	X			X	
15 ISTAT - Interventi sociali dei Comuni			X	-	-
16 ISTAT - Cooperative sociali	X			X	
17 ASSR - Spesa anziani non autosufficienti		X		X	
18 ISTAT - Presidi residenziali			X	-	-
19 Ministero Interno - Censimento strutture			X	-	-
20 ISTAT - Censimento della popolazione	X ⁴			X	
21 INPS/ISTAT - Casellario dei pensionati			X ⁵	X ⁵	
22 Banca d'Italia – Bilanci delle famiglie	X			X	

1: accesso consentito solo alle istituzioni affiliate al SISTAN;
2: gratuito per organizzazioni di volontariato, a pagamento ad altre istituzioni (di ricerca, etc.)
3: dati disponibili solo in forma aggregata, tramite “database per consultazioni guidate”;
4: dati disponibili in forma di incroci delle relative variabili;
5: è possibile solo la consultazione – gratuita – di dati aggregati, privilegiando le richieste provenienti da istituzioni appartenenti al SISTAN.

privacy, e della necessità di evitare interpretazioni “errate” dei dati rilevati (Farchi 2004a: 11). E’ evidente che questo tipo di ragionamento può trovare adeguata risposta, da un punto di vista tecnico, attraverso idonee procedure di anonimizzazione dei dati, da un lato, e di scissione tra le responsabilità dell’ente rilevatore e quelle di chi analizza i dati, dall’altro. Se è in questo senso che va quindi letta la riserva accordata alle istituzioni affiliate al Sistema Statistico Nazionale (SISTAN) per l’accesso a talune fonti

– come ad esempio l’indagine ISTAT sulle organizzazioni di volontariato e il Casellario pensionati INPS/ISTAT – sembra tuttavia auspicabile, nel rispetto del principio della massima accessibilità dei dati raccolti tramite risorse pubbliche, che siano attivate tutte le procedure necessarie a garantire che tale principio trovi piena applicazione. Eventualmente anche comportando un esonero – parziale e/o totale – dagli eventuali oneri di accesso previsti (se e laddove gli stessi risultino un ostacolo in tal senso, cfr. Tab. 5), distinguendo i potenziali utenti dei dati in base alla tipologia dell’ente di appartenenza (consentendo ad esempio ai centri studi di organizzazioni non profit un accesso gratuito), come del resto già avviene per talune delle banche dati oggi esistenti.

Un ultimo elemento considerato dalla presente analisi riguarda la **raccordabilità trasversale tra le diverse fonti statistiche** prese in esame, con ciò intendendosi la possibilità di impiegare una o più *variabili-chiave comuni* alle diverse banche dati per analizzare congiuntamente le informazioni in esse esistenti. Allo stato attuale, solo due fonti non longitudinali⁸ risultano in grado di consentire tale raccordo – la banca dati delle SDO gestita dal Ministero della Salute e il Casellario dei Pensionati INPS/ISTAT – e ciò avviene attraverso il *codice fiscale* individuale. Il motivo di questa generale, ridotta raccordabilità tra fonti è evidente, e riconducibile essenzialmente alla necessità non solo di *tutelare* ma anche di *rassicurare* gli interpellati circa l’uso anonimo delle informazioni da essi rilasciato. Questo elemento, certamente essenziale per la riuscita di survey come la Multiscopo ISTAT (onde mantenere elevato il tasso di adesione da parte dei potenziali rispondenti), vede relativizzare la propria importanza solo di fronte all’obbligo di identificare la propria persona al fine di ottenere controprestazioni ospedaliere (alla base delle SDO) o pensionistiche (da cui discende il Casellario INPS/ISTAT). Con la conseguenza che, salvo queste rare eccezioni, il panorama statistico delle fonti correnti italiane non consente generalmente una raccordabilità trasversale tra le diverse fonti esistenti.

⁸ Tale raccordo è implicito – tra rilevazioni successive – nel caso delle rilevazioni longitudinali (ILSA, ILFI e Banca d’Italia).

2.2. Le fonti statistiche sull'assistenza agli anziani nel contesto del Sistema Statistico Nazionale (SISTAN) e delle sue più recenti evoluzioni

2.2.1. Le fonti statistiche sull'assistenza agli anziani nel contesto del SISTAN

Come precedentemente osservato, i 22 flussi correnti presi in esame sono il prodotto dell'attività statistica di 11 diverse organizzazioni, di cui 5 appartenenti al SISTAN: l'ISTAT, il CNR, i Ministeri della Salute e dell'Interno ed INPS (con l'ISTAT in ruolo di coordinatore)⁹. Sebbene la maggior parte dei flussi derivi proprio da questi enti (i.e. 15 dei 22 flussi considerati, grazie soprattutto alla mole di rilevazioni condotte dall'ISTAT), si possono tuttavia formulare almeno due osservazioni in merito alle organizzazioni non aderenti al SISTAN (FIVOL, ILESIS/Farindustria, CENSIS, Università di Milano-Bicocca, Trento e Bologna - per l'ILFI - Banca d'Italia e ASSR). La prima è che tali enti forniscono una quota non marginale di dati in settori quali l'assistenza fornita dal volontariato, l'assistenza personale privata, i servizi territoriali e i trasferimenti monetari nazionali (cfr. Tab 1 nel precedente paragrafo); la seconda concerne la natura pubblica di ben tre di esse (il pool di università impegnate nell'ILFI, la Banca d'Italia e l'ASSR).

Alla luce di tali constatazioni, un primo suggerimento formulabile è l'**auspicio che tali enti aderiscano al SISTAN**, contribuendo in tal modo a far sì che la tematica dell'assistenza agli anziani possa essere affrontata in modo più sistematico all'interno del Piano Statistico Nazionale (PSN). In alternativa, si può ipotizzare che gli stessi vengano **coinvolti con propri rappresentanti nei circoli di qualità** – gli organi consultivi di cui si avvale l'ISTAT per l'approntamento e il monitoraggio del PSN (ISTAT 2004a) – anche senza preventiva adesione al SISTAN, sulla falsariga di quanto recentemente sollecitato più in generale dalla Commissione per la Garanzia dell'Informazione Statistica (CGIS) (2004:2), con riferimento alla necessità di ampliare

⁹ Il SISTAN, costituito da una rete di operatori statistici coordinati dall'ISTAT, “si fa garante, nel quadro del Programma Statistico Nazionale, dell'unità d'indirizzo, dell'omogeneità dei metodi e della razionalizzazione dei flussi dell'informazione statistica ufficiale attraverso un coordinamento organizzativo e funzionale coinvolgente l'intera Amministrazione pubblica, centrale, regionale e locale. Fanno parte del SISTAN, oltre all'ISTAT, gli enti ed organismi di informazione statistica, gli uffici di statistica delle amministrazioni centrali dello Stato, degli enti nazionali, delle Regioni e Province autonome, delle Province, dei Comuni, delle Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura, degli Uffici territoriali del Governo, di alcuni enti privatizzati e dei soggetti privati aventi particolari requisiti previsti dalla legge” (per ulteriori dettagli si rimanda al sito del SISTAN in <http://www.sistan.it/inbreve/inbreve.html>).

l'attualmente scarso numero di componenti di tali organi che proviene da Università, centri di ricerca, regioni ed istituzioni private o senza finalità di lucro.

Tale richiamo appare particolarmente pregnante anche rispetto alle recenti modifiche apportate al titolo V della Costituzione Italiana dalla legge costituzionale n. 3/2001, ed alla conseguente **attribuzione regionale di competenze in via esclusiva per materie come quella dell'assistenza sanitaria**, accentuando il ruolo svolto in tale ambito dalle Regioni anche da un punto di vista dell'informazione statistica, **ma mantenendo di pertinenza statale il “coordinamento informativo, statistico ed informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale”**, di cui all'art.117 della Costituzione. Il che, assieme alla revisione dell'assetto complessivo dei rapporti tra Stato ed autonomie locali, lascia prevedere l'insorgere, nel medio-lungo periodo, di notevoli ripercussioni all'interno del SISTAN sotto il profilo delle relazioni tra i diversi soggetti coinvolti (Savi et al. 2003:109).

Se quindi, in tale ottica, assolutamente **improrogabile appare l'adesione al SISTAN** e/o al PSN, tramite i circoli di qualità, soprattutto **dell'ASSR** – organo che, pur sotto la vigilanza del Ministero della Salute, risponde istituzionalmente alla Conferenza Unificata Stato-Regioni per il proprio programma annuale di attività, nonché per il supporto tecnico-scientifico accordato alle stesse Regioni per il monitoraggio dell'attività e della spesa sanitaria da queste sostenute, compreso “l'affinamento degli strumenti di rilevazione, analisi e valutazione dei dati” (Presidenza del Consiglio dei Ministri 2003) – altrettanto necessaria risulta l'analisi di alcune ulteriori tendenze recentemente osservate, sia a livello nazionale che in ambito regionale, onde poter comprendere come meglio affrontare le sfide che oggi si presentano all'offerta di informazione statistica in materia.

2.2.2. Il “Nuovo Sistema Informativo Sanitario” e il progetto “Mattoni del SSN”

Un recente tentativo di risposta alla necessità di assicurare un flusso di informazioni statistiche correnti in ambito **sanitario** a livello nazionale, che merita menzione per la sistematicità dell'approccio adottato e dell'impianto informativo dallo stesso previsto, è rappresentato dal **progetto “Mattoni” nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario** (NSIS). Rimandando per approfondimenti al sito di riferimento (<http://www.ministerosalute.it/nsis/nsis.jsp>), basti qui ricordare che l'accennata

evoluzione in senso federale del sistema sanitario ha trovato tra l'altro applicazione, nel febbraio 2001, tramite l'accordo tra Ministero della Salute e Regioni con cui si avviava una ridefinizione concordata del sistema informativo sanitario esistente (Presidenza del Consiglio 2001: 6), quale "strumento strategico per il cambiamento" rispetto alla possibilità di perseguire due principali categorie di obiettivi:

- *obiettivi di governo*, in termini di monitoraggio della situazione rispetto a quattro principali dimensioni: stato di salute della popolazione; efficacia/efficienza delle prestazioni sanitarie; appropriatezza delle prestazioni; spesa sanitaria;
- *obiettivi di servizio/comunicazione*, al fine cioè di rendere disponibile, tra le altre cose, un **sistema integrato a livello nazionale di informazioni sanitarie individuali**.

Quest'ultimo elemento – la disponibilità di informazioni riferite all'individuo nella sua veste di utente (reale o potenziale) dei servizi sanitari – rappresenta la chiave di volta su cui poggia la possibilità di elaborare informazioni e statistiche utili a cogliere l'andamento di prestazioni e costi del SSN nelle sue varie articolazioni e livelli aggregativi, ed ha pertanto costituito l'oggetto principale del primo studio di fattibilità realizzato nell'ambito del processo di implementazione del NSIS (Ministero della Salute 2004). Da tale studio emerge, in estrema sintesi, che per un corretto sviluppo del sistema di informazioni sanitarie individuali è necessario basarsi su un modello concettuale e metodologico (Ministero della Salute 2003c), il quale:

- consenta l'identificazione univoca dei cittadini (ad esempio attraverso il codice fiscale);
- parta dalla duplice relazione "cittadino-prestazioni" e "prestazioni-strutture" (riconoscendo anche la distinzione tra soggetto prescrittore e soggetto erogatore della prestazione sanitaria);
- disponga di informazioni omogenee rispetto alle singole prestazioni sanitarie;
- possa contare su sistemi informativi regionali a loro volta in grado di raccogliere dati individuali per prestazione ed assistito, successivamente utilizzabili anche per il NSIS (configurabile quindi come dorsale di collegamento tra i sistemi informativi regionali);

- proceda per stadi successivi (se ne individuano quattro), onde risolvere gradualmente le molteplici sfide metodologiche connesse, spesso in forma cumulativa, allo sviluppo del sistema complessivo.

L'obiettivo individuato per la prima fase di implementazione del progetto consiste nell'integrare le informazioni già disponibili per le SDO - unico flusso corrente attualmente disponibile per l'intero territorio nazionale, a testimonianza delle caratteristiche "ospedalocentriche" del sistema assistenziale italiano, cui il NSIS cerca di porre argine spostando l'attenzione, anche statistica, verso il territorio (Bergamaschi 2005) – con un nucleo minimo di informazioni relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza farmaceutica ((Ministero della Salute 2004:6-7). Una delle conseguenze principali di tale approccio è la necessità di disporre, nelle varie regioni, di **dati codificati, classificati e metodologicamente rilevati in modo omogeneo**. A tal fine, nell'ambito del NSIS è stato avviato il menzionato progetto "**Mattoni del SSN**" (Presidenza del consiglio 2003), organizzato in 15 diversi sub-progetti, ognuno incentrato nell'individuazione di tale approccio comune (e quindi confrontabile a livello nazionale) in diversi aree fondamentali del SSN (da ciò il nome del progetto medesimo) (Ministero della Salute 2004).

Rimandando per approfondimenti alle relazioni presentate in occasione di recenti seminari di aggiornamento sullo sviluppo del progetto (cfr. in particolare gli atti della giornata di studi dedicata a "I Mattoni del servizio nazionale", <http://www.ministerosalute.it/dettaglio/pdPrimoPiano.jsp?id=248&sub=1&lang=itha>; nonché del convegno su "Sistema informativo di monitoraggio della rete di assistenza" <http://www.ministerosalute.it/nsis/pgPrimoPiano.jsp?area=primopiano&language=italiano&id=4>), preme qui sottolineare i seguenti aspetti:

- l'organicità dell'approccio metodologico adottato, ed il coinvolgimento delle Regioni in uno sforzo congiunto per la fondazione del NSIS, appaiono una valida premessa per una riuscita dello stesso nel lungo periodo;
- primi, incoraggianti segnali di progresso in tal senso cominciano a registrarsi, ad esempio, rispetto alla necessità di disporre di: una **classificazione delle strutture sanitarie omogenea a livello nazionale**, in grado di riportare le eterogenee situazioni rilevabili nelle diverse regioni ad un unico sistema descrittivo e

- classificatorio (Gallo 2005); di una **Anagrafica “ASL-Comuni-Assistibili”**, riportante l’elenco aggiornato di tutte le strutture erogatrici di prestazioni sanitarie esistenti nelle ASL del Paese (Di Minco 2005; Burgio e Venturi 2005); nonché di un **flusso informativo nazionale relativo all’assistenza domiciliare** (Pomo 2005). Tra i prossimi traguardi auspicabili va invece annoverata la disponibilità di flussi informativi regionali, comparabili nazionalmente, che consentano la **distinzione dei dati per classi di età**, come già possibile in alcune regioni, ad esempio nel campo dei consumi farmaceutici (Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Toscana);
- così come attualmente configurato, il NSIS consente di cogliere le caratteristiche delle prestazioni erogate ai cittadini solo nel momento in cui questi si rivolgono alle strutture sanitarie. Se è vero che in prospettiva è prevista l’estensione dei dati rilevati anche alle informazioni sanitarie personali (stadio 3 del progetto generale), **il sistema non sarà comunque in grado di valutare le condizioni di salute dei cittadini nel loro complesso** (e cioè anche di coloro che non ricorrono alla rete di servizi), a differenza di quanto possono invece cogliere indagini come le Multiscopo ISTAT (e ogni altra survey condotta presso il domicilio di interpellati estratti casualmente dall’universo dei residenti);
 - tale sistema, pur prevedendo una sua **futura integrazione con il settore sociale** – in termini di raccordo tra NSIS e Sistema Informativo dei Servizi Sociali (SISS) (cfr. paragrafo successivo) – ipotizza che ciò **non sia realisticamente realizzabile prima di “almeno dieci anni”** (Ministero della Salute 2003c: 23);
 - a tale dilazione dei tempi contribuisce senz’altro la **mancata sottoscrizione del protocollo di sperimentazione** relativo al “sistema di integrazione delle informazioni sanitarie individuali” **da parte di ben 7 regioni** (tutte meridionali, ad eccezione della Val d’Aosta) (Bergamaschi 2005a: 10), sebbene vada rilevato che, al fine di superare le difficoltà sperimentate in tale ambito, è stato attivato un “progetto di assistenza tecnica degli osservatori epidemiologici regionali” (<http://fad.nsis.sanita.it/multiprogetto/oer/index.php>).

2.2.3. L'evoluzione dell'offerta informativa a livello regionale

L'avvio del NSIS rappresenta forse la più rilevante innovazione all'interno del SISTAN di cui tenere conto ai fini del presente rapporto, ma non esaurisce certamente il panorama dei cambiamenti registrati di recente nel settore, soprattutto su iniziativa di diverse regioni del Centro Nord. Una prima tendenza degna di menzione in tal senso è costituita dal **forte sviluppo della produzione di dati statistici a livello locale** (soprattutto, ma non solo, regionale), in corrispondenza del menzionato, recente impulso dato al processo di decentramento/regionalizzazione della responsabilità finanziaria e politica in ambito sanitario (*devolution* sanitaria), da un lato (Petretto et al. 2003), ed alla stesura di Piani Sociali di Zona nell'ambito del **sistema integrato di interventi e servizi sociali** di cui alla legge n. 328 del 2000, dall'altro (De Ambrogio 2004; Pesaresi 2003). Quest'ultima esperienza, in particolare, pur nei limiti derivanti da uno sviluppo caratterizzato da velocità ed articolazioni fortemente diverse tra regione e regione, ha dato luogo ad una produzione notevolissima di informazioni statistiche a livello locale, segno di un'esigenza fortemente sentita in tal senso, cui tuttavia non sembra finora essere corrisposta un'altrettanto elevata capacità di gestione integrata delle stesse a livello nazionale. Ciò si deduce anche dalla **mancanza di banche dati nazionali che consentano un'analitica lettura trasversale e comparata di tali dati**, riflessa anche dal fatto che uno dei tentativi potenzialmente più avanzati in tal senso, rappresentato dal sito ISTAT dedicato ai piani sanitari e sociali (<http://pianisocialiesanitari.istat.it/index.htm>), si sia finora limitato a fornire un quadro prettamente qualitativo e fermo al 2002 dei principali servizi ed interventi previsti nelle varie regioni. Tale situazione dovrebbe registrare tuttavia in tempi relativamente brevi un deciso miglioramento¹⁰, grazie ai risultati emergenti dall'indagine – finalmente censuaria – sui servizi socio-assistenziali erogati dai comuni (cfr. fonte n. 15 e cap. 7), sulla quale è legittimo riporre adeguate speranze al fine di superare la cronica carenza informativa nazionale in materia, a conferma che il raccordo tra più enti – in tal caso tra ISTAT, Ragioneria Generale dello Stato, Ministero del Welfare e Regioni – può e deve rappresentare la chiave di volta per garantire un'informazione statistica tempestiva e dettagliata. Promettente appare in tal senso anche il progetto Ulisse, nato da una

¹⁰ Informazione confermata telefonicamente il 6/6/2005 dalla referente del sito (Paola Baroncini, ISTAT).

collaborazione pubblico-privato tra il Ministero della Salute e la società farmaceutica Pfizer, ed in procinto di fornire una banca dati in grado di raccordare informazioni rilevate presso i principali snodi di erogazione dei servizi assistenziali alla persona anziana, quali le strutture per acuti, le RSA e i servizi di assistenza domiciliare integrata¹¹.

Un altro fronte rispetto al quale è dato registrare un sensibile “movimento” è certamente costituito da quello della produzione di dati relativi ai **livelli essenziali di assistenza sanitaria** (LEA). Nel 2003 il Tavolo di monitoraggio e verifica sui LEA ha fornito una prima stima dei valori delle attività assistenziali e della relativa spesa sostenute dalle Regioni nel 2001 (Tavolo di monitoraggio 2003). La rilevazione, avente carattere sperimentale e mirata anche ad agevolare l’adeguamento del flusso informativo del Ministero della salute rispetto ai LEA adottati con il DPCM del 29 novembre 2001, si è rivelata di notevole complessità, in quanto per la prima volta incentrata su dati non presenti nei flussi correnti disponibili. Ciò ha comportato in alcuni casi lacunosità nell’acquisizione del dato, nonché una forte variabilità tra Regioni, conseguenza di una diversa modalità di classificazione delle informazioni di base (tipo di strutture, categorie di prestazioni erogate e sistemi di rilevazione dei costi), e quindi evidenziato l’urgente necessità di **omogeneizzare le tipologie dei servizi e delle prestazioni**, ma anche di distinguere tali dati rispetto alla variabilità dei **consumi dovuti alle diverse fasce di età**, ai costi strutturali ed ai livelli di efficienza.

Mentre i primi dati raccolti dal Tavolo sui LEA non riuscivano a coprire, rispetto agli anziani non autosufficienti in strutture residenziali o semi-residenziali, neanche metà delle regioni italiane (Tavolo di monitoraggio 2003a) – sia, come si è visto, per il diverso grado di sviluppo dei flussi informativi regionali, sia per la differente organizzazione dell’offerta di servizi, comportante prestazioni di contenuto disomogeneo tra regioni – le successive rilevazioni sembrano aver superato tale difficoltà, per cui l’ultima di queste che vengono comunque ancora denominate “sperimentazioni” riporta informazioni riferite a tutte le regioni italiane (pur permanendo lacune nei dati sugli anziani non autosufficienti relativi ai servizi

¹¹ Informazione fornita telefonicamente il 12/5/2005 dal coordinatore della validazione e centralizzazione dei dati del progetto (Emanuele Scafato, ISS). Per ulteriori dettagli cfr. anche i relativi siti della Società Italiana di Gerontologia (<http://www.sigg.it/progetti.asp?riferimento=Ulisse>) e del Ministero della Salute (<http://www.ministerosalute.it/dettaglio/pdPrimoPiano.jsp?id=89&sub=0&lang=it>).

semiresidenziali - per due sole regioni - e, soprattutto, ai servizi ADI e ADP, sui quali sono invece ben otto le regioni non ancora in grado di fornire dati di spesa) (Tavolo di monitoraggio 2004).

Un elemento organizzativo certamente non estraneo alla summenzionata capacità dimostrata da molte regioni di produrre e gestire statistiche in modo efficiente sull'argomento è testimoniata anche dall'istituzione, in diverse di esse, di **“osservatori” dedicati alla popolazione anziana** aventi, tra le proprie finalità, quella di raccogliere, analizzare e diffondere dati su problematiche sociali, assistenziali e sanitarie riguardanti la popolazione anziana¹², sebbene più spesso tale funzione sia svolta attraverso osservatori “epidemiologici”, per le “politiche sociali” o agenzie regionali sanitarie “trasversali” (rivolti cioè alla popolazione nel suo complesso), aventi generalmente compiti specifici di monitoraggio e valutazione della qualità dell'assistenza socio-sanitaria prestata, anche attraverso la consultazione on-line di proprie banche dati¹³. Di nuovo, non si può fare a meno di osservare che, a fronte di questa – per quanto non universale - dinamicità regionale, **nulla di confrontabile esista a livello centrale**, sebbene giaccia ormai in Parlamento più di una proposta di legge mirata alla costituzione di un Osservatorio Nazionale per l'Anziano (Senato della Repubblica 2002 e 2003). Una situazione che appare ancor più sorprendente se si tiene conto che già il Progetto Obiettivo Anziani del 1991-92 ne prevedeva l'istituzione permanente, seppure secondo modalità diverse da quelle oggi più propriamente auspicabili (Ministero della Sanità 1995:308).

Non estranea a questa situazione è probabilmente anche l'impasse che si registra rispetto allo sviluppo del **Sistema Informativo dei Servizi Sociali** (SISS). Istituito formalmente dalla legge 328/2000, tale strumento non ha trovato debita

¹² Si possono citare, a titolo di esempio, l'“Osservatorio per la salute degli anziani” della Regione Umbria (<http://www.osaumbria.it/chisiamo.htm>) e l'“Osservatorio regionale sulla condizione delle persone anziane” della Regione Veneto (<http://www.venetosociale.org/index.php?obs=AN&pgtype=osservatorio>), nonché, a livello provinciale, quelli di Bergamo (<http://www.provincia.bergamo.it/ProvBgSettori/provBgSettoriHomePageProcess.jsp?myAction=&page=&folderID=33920>), Rimini (<http://www.provincia.rimini.it/informa/osservatori/>), Forlì-Cesena (<http://www.provincia.forli-cesena.it/ola/>) e Cremona (<http://www.provincia.cremona.it/servizi/sociali/?pagina=ossanziani.inc>).

¹³ Interessanti esempi sono forniti in tal senso dal sito ad hoc approntato l'Agenzia Regionale di Sanità della Regione Toscana (<http://www.mad.it/ars/anziani/>), nonché da quello – non specifico per il settore anziani, ma comunque integrato sul piano socio-sanitario - del Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna (<http://www.regione.emilia-romagna.it/sanita/sis/index.htm>).

concretizzazione nonostante la nomina, seguita all'approvazione della legge (per il biennio 2001-2003), della Commissione tecnica – con rappresentanti ministeriali, regionali e delle autonomie locali - cui sarebbe spettato il compito di formulare proposte per dare attuazione allo stesso. In realtà, come osservato in precedenza, diverse esperienze di sistemi informativi regionali nel settore socio-assistenziale avevano preso le mosse ben prima dell'attivazione del SISS ad opera della legge 328, seppur dando luogo a modelli spesso disomogenei tra loro, e talora volti a produrre informazioni un tantum o relative a ricerche mirate, piuttosto che non basate sulla logica, più corretta, della produzione di flussi correnti (Pasquinelli 2000; Candela e Mobilio 2003: 113-117).

Riflessi negativi devono inoltre registrarsi anche a seguito della **carenza di risorse umane dedicate all'attività statistica** rilevata all'interno del SISTAN, non solo a livello di enti periferici, ma anche di amministrazione centrale, con la situazione più eclatante registrata presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, assolutamente privo di personale dedicato in maniera permanente a tale attività (Savi et al. 2003: 112-114). Tale carenza di risorse umane e finanziarie nell'ambito degli assetti istituzionali ed organizzativi dell'informazione statistica ufficiale appare una difficoltà comune a molteplici regioni, dove risulta aggravata dalla carenza di personale specializzato (CISIS 2004a:35-37).

Un esempio eclatante delle conseguenze di questa situazione può riscontrarsi nella difficoltà che si incontra nel nostro Paese per calcolare i **costi dell'assistenza** alla popolazione anziana. Mentre non mancano stime molto dettagliate sui consumi e costi sanitari sostenuti nelle diverse classi di età a livello locale (cfr. ad esempio Mapelli 2004), previsioni e riferimenti a livello nazionale sono molto più rari, e caratterizzati da livelli di incertezza molto più elevati, ed anche per tal motivo suscettibili di critiche più o meno articolate (Taroni 2003, Donia Sofio 2004). Dei disagi esistenti in Italia per la quantificazione di tali oneri assistenziali si sono fatte portavoce sia la Ragioneria Generale dello Stato (Ministero dell'Economia e delle Finanze 2002; 2004; 2004a), sia la Commissione di studio interministeriale sulla non autosufficienza (2002:71-72), la quale ha “incontrato notevoli difficoltà a definire l'entità della spesa sostenuta nel Paese per la cura e il trattamento delle non autosufficienze delle persone anziane”, osservando in particolare che “non si è in grado al momento di conoscere l'entità della spesa [...]”

sostenuta da regioni ed enti locali”, e sottolineando “l’urgenza che tale esercizio sia svolto nel più breve tempo possibile”.

Anche in tal caso, tuttavia, non possono sottacersi alcuni **recenti segnali positivi**, quali: il fatto che, grazie all’**incrementata qualità dei flussi informativi correnti regionali**, questi siano in alcuni casi arrivati a sostituire i dati ISTAT dell’Indagine Multiscopo sulle Famiglie per la stima dei consumi sanitari (Ministero dell’Economia e delle Finanze 2004: 95-96); i passi avanti registrati nella **collaborazione tra alcuni sistemi informativi statistici regionali e l’ISTAT in ambito sociale** (Palazzo 2004; Tartari 2004); da un punto di vista tecnico, la graduale estensione, finora avvenuta in sei regioni (Abruzzo, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Umbria e Veneto), ma destinata ad interessare, nel corso del 2005, ulteriori quattro regioni (Sardegna, Sicilia, Toscana e Friuli Venezia Giulia) e le Province Autonome di Trento e Bolzano (Ministero dell’Economia e delle Finanze 2005), della **Tessera Sanitaria Elettronica**, presupposto essenziale per la rapida rilevazione di dati individuali raccordabili su base nazionale (Ministero dell’Economia e delle Finanze - Ragioneria Generale dello Stato 2004a:103).

Nonostante tali progressi, e la ricchezza di dati riscontrabile in diverse regioni, allo stato attuale scarse risultano comunque le informazioni sull’assistenza agli anziani pienamente confrontabili - e quindi impiegabili a fini di pianificazione e programmazione - a livello nazionale, così come recentemente sottolineato anche dal Gruppo di lavoro Politiche Sociali del CISIS (Centro Interregionale per il Sistema Informativo ed il Sistema Statistico)¹⁴ nei suoi rapporti sul contesto socio-assistenziale delle regioni italiane (CISIS 2003: 31-34; 2004: 22-24). Va inoltre sottolineato che gran parte degli sforzi finora compiuti – in questi ricomprendendo anche la menzionata (e per altri versi assai promettente) indagine censuaria sugli interventi socio-assistenziali dei comuni (cfr. cap. 7) – appare concentrata nel quantificare e monitorare le prestazioni erogate e la spesa a queste connessa, piuttosto che rilevare i bisogni della popolazione, la conseguente domanda di assistenza e la relativa soddisfazione degli utenti, obiettivo per il quale va ritenuta ormai inderogabile – come segnalato ormai da tempo da più fonti

¹⁴ Il CISIS, associazione costituita tra le Regioni e le Province autonome al fine di garantire un efficace coordinamento di strumenti informativi e di informazione statistica tra le regioni, lo stato e gli enti locali, è organo tecnico della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome nonché interlocutore tecnico interregionale per gli organi centrali dello Stato (ISTAT, Cnipa, Ministeri, ecc.) in materia di statistica e di sistemi informativi (cfr. <http://www.cisis.it/index.html>).

(Ministero del lavoro e delle politiche sociali 2002: 44-46; Ministero della Salute 2003c: 31) – l’attivazione, con finalità programmatiche locali e nazionali, di un sistema di valutazione multidimensionale del fabbisogno assistenziale individuale (cfr. sull’argomento l’approfondimento proposto nel cap. 3).

2.2.4. Uno sguardo d’insieme

Le recenti evoluzioni osservate in seno all’informazione statistica in materia assistenziale prodotta dagli enti appartenenti al SISTAN lasciano ben sperare nella possibilità di poter integrare i flussi rilevati dal presente rapporto con una serie di informazioni socio-sanitarie di ben più ampia portata. Tale processo, tuttavia, non può definirsi certo, né relativamente ai suoi tempi di attuazione, né rispetto al dettaglio dei contenuti, per una serie di motivi, di seguito riassunti.

Facendo riferimento, in primo luogo, al NSIS ed alla sua componente essenziale costituita dal Progetto Mattoni, si osserva infatti che la complessità della tematica affrontata, ed il numero di soggetti coinvolti, richiedono che **l’impegno comune avviato in tale direzione rimanga quanto più serrato e sostenuto** in itinere, affinché i tempi tecnici per la riuscita dell’iniziativa – già di per sé lunghi per la soluzione dei problemi di raccordo contenutistico e metodologico che lo stesso comporta – non vengano ulteriormente dilatati da problemi di carattere organizzativo. Sempre nel contesto di questo progetto, deve rilevarsi che lo sforzo avviato per l’implementazione del NSIS appare ancora **“sbilanciato” verso la rilevazione delle “prestazioni oggettive”** erogate ai singoli cittadini, trascurando la raccolta di dati inerenti i bisogni – e quindi le “valutazioni soggettive” – da questi manifestati, che costituiscono una componente ineluttabile della qualità ascrivibile a gran parte delle prestazioni erogate. Da ultimo, non può sottacersi il fatto che, da un punto di vista di coordinamento statistico, abbastanza **marginale appare il ruolo riconosciuto all’ISTAT** in questo processo di reingegnerizzazione statistica così rilevante – non risulta menzionato tra gli attori impegnati nella sua attuazione (<http://www.ministerosalute.it/nsis/pgServiziAttori.jsp?area=attori&language=italiano>), né tra gli enti coinvolti nella Cabina di Regia del NSIS (Palumbo 2005: 4) – pur essendo stato coinvolto all’interno della Commissione ministeriale costituita nel 2000 per sviluppare il ridisegno del NSIS (Presidenza del Consiglio 2001: 3) e nella messa a

punto del sistema di monitoraggio della rete di assistenza (Di Minco 2005; Burgio e Venturi 2005). E' evidente che la riuscita degli ambiziosi obiettivi da questo posti presuppone invece la massima collaborazione tra ISTAT, Ministero della Salute, ISS e Regioni.

Se, grazie a progetti come questo, ma anche ad altre iniziative intraprese a livello nazionale – si pensi all'istituzione dell'ASSR, al progetto SINDIS sugli indicatori sanitari (Farchi 2004) – il **settore sanitario** appare comunque avanzare con una certa speditezza nel processo di miglioramento dei flussi correnti in materia di assistenza sanitaria alla popolazione anziana, meno rapida appare invece, anche in prospettiva, la capacità di trovare simili soluzioni per il settore socio-assistenziale. Questo in quanto l'istituzione formale di un SISS (Servizio Informativo dei Servizi Sociali), oltre ad essere assai più recente del SSN, non risulta adeguatamente sostenuta a livello governativo, né finanziariamente, né organizzativamente. Ciò è testimoniato dalla mancanza di un referente nazionale che svolga un ruolo di impulso e coordinamento in **ambito socio-assistenziale**, cui si affianca – significativamente – una strutturale carenza di personale espletante funzioni statistiche presso il Ministero del Welfare, che infatti non riveste alcun ruolo nella gestione di banche dati, ed è costretto ad affidarsi totalmente ad altri enti per condurre adeguati approfondimenti in tal senso (come ad esempio per la relazione biennale sulla condizione dell'anziano, affidata nelle ultime due edizioni all'Università degli Studi di Milano-Bicocca).

Indicatore evidente della necessità di un maggiore stimolo in tal senso è costituito dall'esistenza di un Istituto Superiore di Sanità e di un'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, cui non corrispondono strutture equivalenti per il settore socio-assistenziale (non potendosi ad esse paragonare il summenzionato CISIS – che pure prevede al suo interno un Gruppo di lavoro sulle Politiche sociali – in quanto organismo di carattere più volontario che non istituzionale). E ciò nonostante i continui, autorevoli appelli invocanti, in Italia come all'estero, una maggiore integrazione tra i settori sociale e sanitario, anche a livello informativo, soprattutto nel caso di utenti anziani (Presidenza del Consiglio 2000: 18; Candela e Mobilio 2003: 114-115; Eurostat 2003; Nesti et al. 2004; UNECE 2005: 4-5). Un contributo positivo in tal senso sarà comunque certamente fornito a breve dai risultati che emergeranno dall'indagine censuaria sugli interventi socio-assistenziali dei comuni, ancora in corso, cui sarà tuttavia necessario

accordare in prospettiva sufficienti risorse, onde garantirne continuità nel tempo e tempestività delle elaborazioni, oltre a permetterne il raccordo con i flussi (sociali e sanitari) di fonte regionale.

Non che l'informazione statistica in materia di assistenza agli anziani sia all'optimum nel settore sanitario, dove il **ruolo dell'assistenza geriatrica appare spesso ben lungi dall'essere adeguatamente considerato**, con evidenti riflessi sul fronte statistico-informativo ed organizzativo. Ne è un esempio l'articolazione data al "Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute" (CNESP), recentemente istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) con la specifica missione di sviluppare "studi e ricerche epidemiologiche e biostatistiche miranti alla protezione ed alla sorveglianza della salute umana e alla valutazione dei servizi sanitari [...], fornendo risposte ai problemi scientifici di SSN, Ministero della Salute, Regioni e Aziende Sanitarie, e contribuendo a integrare i sistemi informativi sanitari" (cfr. http://www.iss.it/sitp/attivita/ISSWEB_istituto/UO/index.asp?idUO=1000&lang=1).

Stupisce infatti osservare che, tra gli 11 reparti che lo compongono, nessuno affronti esplicitamente come proprio "*core*" la salute e l'assistenza della popolazione anziana (sebbene tale argomento sia una delle tante materie affrontate dal reparto "salute della popolazione e suoi determinanti"). Ulteriori esempi possono individuarsi nella scarsità di indicatori confrontabili inerenti l'esito del ricovero ospedaliero di pazienti anziani, che costringe ancor oggi ad attivare progetti ad hoc – non essendoci flussi correnti adatti – onde poter valutare tali risultati in termini approfonditi e confrontabili tra strutture (De Alfieri 2004; Zuccaro e Palleschi 2004), ma anche negli scarsi investimenti in percorsi formativi e offerta assistenziale di carattere geriatrico (Golini 2003:539), come testimoniato anche dal modesto spazio riservato in genere alla geriatria nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 (Salvioli 2005).

Tale sbilanciamento, certamente da riequilibrare, appare tuttavia poca cosa rispetto alla **carezza informativa riscontrabile in ambito socio-assistenziale**, dove il raffronto tra regioni comporta un faticosissimo onere, soprattutto quando l'oggetto dell'analisi sia rappresentato dalla spesa sociale (Colombini 2004), ma generalmente difficile, come precedentemente osservato, in tutto il settore. In tal senso appare prioritario far sì che, essendo la produzione di dati a livello nazionale intrinsecamente legata alla qualità dei flussi informativi regionali (dai quali dipende e senza i quali non può neanche

sussistere), venga assicurato che tutte le regioni italiane partecipino al PSN, al contrario di quanto accade ancor oggi (Commissione di Garanzia per l'Informazione Statistica 2004: 3).

L'esigenza di un maggiore raccordo statistico tra enti non costituisce tuttavia una necessità solo interna al settore socio-assistenziale, bensì una priorità – forse anche maggiore – anche **tra istituzioni operanti nei due settori sociale e sanitario**. Esempi di difficoltà nella collaborazione, anche informativa, tra i due settori sono presenti a tutti i livelli, dal più basso a quello istituzionalmente più elevato (come ad esempio si verificò nel caso dell'incremento della mortalità di persone anziane verificatosi per l'ondata di caldo dell'estate 2003, occasione in cui l'ISS non coinvolse l'ISTAT nell'indagine condotta sul fenomeno, cfr. Commissione per la Garanzia dell'Informazione Statistica 2003).

Un maggiore coordinamento tra istituzioni che producono dati – non solo diversi per settore disciplinare, ma anche per livello territoriale di riferimento, amministrazione di appartenenza - perseguito attraverso protocolli di intesa, convenzioni o altre forme atte a regolare i rapporti tra enti (come si è visto, quasi sempre di natura pubblica in questo settore), è obiettivo urgente per tutta una serie di motivi. In primo luogo, avrebbe certamente riflessi positivi sulla **tempestività dell'informazione statistica**, che come si è visto rappresenta un problema non secondario per diversi dei flussi correnti considerati. In secondo luogo, favorirebbe una **produzione congiunta di dati**, di carattere anche interdisciplinare, cosa spesso lacunosa per la strutturale separazione che ad esempio tiene separati in Italia i settori sociale e sanitario, ed invece altamente auspicabile in un ambito intrinsecamente olistico come quello dell'assistenza agli anziani fragili (Ferrucci et al 2001).

Alcuni esempi delle sinergie ottenibili tramite un maggior coordinamento in tal senso sono già oggi evidenti, come nel caso della collaborazione instauratasi tra Regioni, ISTAT ed altri enti del SISTAN per ampliare il campione della Multiscopo sulle condizioni di salute, o per la messa a regime della rilevazione sugli interventi sociali dei Comuni (Commissione per la Garanzia dell'Informazione Statistica 2004:16). Ma potrebbero in prospettiva toccare anche la possibilità di **rivedere la periodicità di certe rilevazioni** – si pensi alla possibile trasformazione della Multiscopo sulle condizioni di salute da quinquennale in biennale – come pure **l'ampliamento delle opportunità di**

rilevazione longitudinale, anche in forma parziale, similmente all'impostazione data all'indagine della Banca d'Italia (con solo parte del campione in forma "panel", cosa che tra l'altro potrebbe riflettersi positivamente sui tempi di rilevazione).

Altro vantaggio va visto nella verosimile riduzione – a fronte dell'osservata (e per certi versi auspicabile) pluralità delle fonti informative in materia – di **inopportuni fenomeni di sovrapposizione** delle stesse su determinati argomenti, specie nel caso di fonti pubbliche (come ad esempio invece si osserva nel settore delle statistiche in materia di servizi residenziali, cfr. il capitolo 8). Più facile, a nostro avviso, risulterebbe in tal modo anche applicare il principio della **omogeneità definitoria** dell'oggetto rilevato da enti diversi, che dovrebbe invece costituire un cardine delle rilevazioni pubbliche, onde poter consentire una reale confrontabilità dei dati raccolti (cfr. su questo anche il commento alla tabella 2 di questo capitolo). E ciò dovrà avvenire al di là dei pochi indicatori segnalati nell'ambito degli sforzi intrapresi per i LEA – limitati, per il settore, alla percentuale di anziani trattati in ADI, al numero di giornate in strutture residenziali e semiresidenziali per anziani in rapporto alla popolazione anziana totale, ed ai costi pro-capite dell'assistenza prestata alla popolazione anziana (Ministero della Salute 2004b:54-56) – proseguendo il solco già avviato da recenti approfondimenti intervenuti in ambito sanitario (Bellini et al 2002; Roti e Gini 2004; ISTAT 2004c; Agenzia Regionale Sanitaria Toscana 2005), ed estendendolo al settore socio-assistenziale (per il quale, ad esempio, ancora non risultano disponibili indicatori relativi all'assistenza e previdenza sociale, ISTAT 2004d).

Strategica risulta in particolare, trasversalmente ad entrambi i settori, la capacità di fornire risposte al bisogno informativo esistente in materia di **qualità dell'assistenza** (Sabbadini e Cialesi 2004: 20). E' emblematico in proposito che il Ministero della Salute – a fronte di una carenza strutturale di flussi periodici in grado di cogliere il giudizio della popolazione sui servizi socio-sanitari utilizzati – si affidi ad indagini ad hoc affidate ad enti terzi (EURISKO) per rilevare tali informazioni (Ministero della Salute 2003a). Ciò potrebbe invece forse essere perseguito attraverso un potenziamento della già esistente Multiscopo sulle condizioni di salute – incrementandone la frequenza di rilevazione, accelerandone la disponibilità dei dati, ed estendendone il campo di azione ai servizi socio-assistenziali – ed integrando le rilevazioni attualmente esistenti

sugli enti erogatori di assistenza con raccolte mirate di informazioni – ad esempio a campione – tra gli utenti dei loro servizi (Accetta et al. 2004).

Un ulteriore fronte sul quale certamente sono possibili margini di miglioramento è costituito dalla **raccordabilità tra fonti**, oggi quasi del tutto assente al di fuori dei flussi correnti sanitari regionali, che se realizzata consentirebbe invece di incrociare variabili di domini diversi, e verificare ad esempio in modo più dettagliato le dinamiche esistenti tra condizioni di salute e socio-economiche (queste ultime notoriamente peggiori tra le persone anziane, cfr. ISTAT 2004b:4-5).

Last, but not least, la produzione coordinata di dati in materia dovrebbe riflettersi – anche qualora non risulti possibile concretizzare tale collaborazione nelle fasi precedenti del processo informativo statistico – in una **presentazione integrata dei dati provenienti da fonti diverse**, onde consentire una maggiore e più agevole fruizione degli stessi da parte dell’utenza. A tal fine, strategica risulta oggi certamente **l’attivazione di un portale internet dedicato all’argomento**, similmente a quanto già avviene nel settore dell’handicap – cfr. ad esempio il sito realizzato dall’ISTAT nell’ambito di un progetto promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, rinvenibile, indifferentemente, sotto i due siti www.disabilitaincifre.it/ o www.handicapincifre.it – che consenta di consultare, e possibilmente elaborare, tramite un unico accesso, la gran mole di dati multidisciplinari disponibile sull’assistenza alla popolazione anziana non autosufficiente, oggi dispersa su una miriade di siti, non tutti tra l’altro immediatamente raggiungibili attraverso i comuni motori di ricerca virtuale, e spesso limitati a poche informazioni settoriali, come ad esempio la documentazione approntata dal Ministero della Salute (2003b) in materia di stato di salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana.

Questa ampia panoramica sulle più recenti tendenze osservate in Italia può chiudersi con la riflessione che, in un’epoca di crescente globalizzazione e, soprattutto in seno all’Unione Europea, di crescenti sforzi a favore di una maggiore armonizzazione tra sistemi informativi nazionali, l’analisi critica dell’offerta statistica sull’argomento deve necessariamente tenere conto anche di quanto si sta realizzando a livello europeo. Argomento, questo, cui è dedicato il prossimo paragrafo.

2.3. L'assistenza agli anziani in un contesto europeo

2.3.1. L'informazione statistica sull'assistenza agli anziani nei paesi sviluppati

Il problema dell'assistenza agli anziani ha avuto una notevole risonanza nei paesi sviluppati a partire dagli anni '80. Il rapido invecchiamento della popolazione, soprattutto nei paesi dell'Europa meridionale, congiunto con la crisi del Welfare State, ha fatto sì che l'assistenza agli anziani sia diventato un argomento di discussione fra politici, ricercatori e categorie operanti nel settore. La richiesta di dati su come gli anziani fruiscano delle diverse fonti di assistenza è diventata una priorità per molti istituti di statistica e di ricerca, che si sono mobilitati per raccogliere maggiori informazioni sul mondo degli anziani in generale, creando o indagini dedicate o moduli per gli over 65 all'interno delle indagini già esistenti (Tomassini 2004).

La raccolta di dati su questo argomento è cominciata prima nei paesi a più "antico" invecchiamento, quali i paesi dell'Europa settentrionale: la prima indagine nazionale sugli anziani in Svezia si è svolta nel 1954; in Gran Bretagna il primo modulo sugli anziani nell'annuale *General Household Survey* (GHS, cominciata nel 1971) risale al 1980, e viene ripetuto ogni 4-5 anni; il supplemento sugli anziani (SOA) negli Stati Uniti è iniziato nel 1984, a cui sono seguite una serie di indagini longitudinali sulla popolazione anziana. Solo recentemente il tema delle condizioni di vita degli anziani viene invece affrontato nei paesi dell'Europa meridionale, dove le conseguenze di bassa fecondità e scarsa presenza di assistenza formale possono in prospettiva creare situazioni di grave carenza nel settore dell'assistenza agli anziani. L'ISTAT ha incluso il primo modulo sugli anziani nell'Indagine Multiscopo del 1991, mentre la Spagna ha condotto due grandi indagini nazionali su disabilità ed handicap nel 1986 e 1999, in cui l'assistenza formale ed informale ha costituito parte integrante del questionario.

Nel 1991 è stato creato dalla Commissione Europea l'European Observatory on Ageing and Older People, che aveva fra i quattro argomenti di principale interesse proprio l'assistenza. Una delle prime difficoltà incontrate dall'Osservatorio è stata proprio quella della mancanza di dati comparabili fra i paesi membri dell'Unione (Walker 1993).

Le indagini armonizzate europee (come ad esempio il Panel Europeo sulle Famiglie) non hanno incluso domande sull'assistenza ricevuta, ma solo sull'assistenza offerta

(senza distinguere se la persona a cui si è dato aiuto fosse anziano o no). La nuova EU-SILC (che ha sostituito il Panel Europeo) non offre ulteriori informazioni, dato l'eccessivo taglio economico delle poche informazioni raccolte, a discapito di quelle sociali ed assistenziali. Le quattro dimensioni coperte dalle variabili rilevate nell'ambito di questa indagine – che per la prima volta consentirà, una volta a regime, una reale confrontabilità delle informazioni così raccolte nei 25 Paesi dell'Unione Europea – si incentrano su reddito, partecipazione al mercato del lavoro, condizioni abitative ed esclusione sociale (Regolamento CE n. 1983/2003 della Commissione 2003).

Quest'ultimo argomento – che pure lascerebbe ampie opportunità di comprendere quesiti inerenti l'assistenza agli anziani – pone invece solo 3 brevi domande inerenti le condizioni di salute (stato generale, presenza di patologie croniche e limitazioni nelle attività abituali), una sull'eventuale necessità non soddisfatta di esami o trattamenti medici (nonché sui motivi di tale insoddisfazione) e due sull'ammontare (lordo e netto) della pensione di invalidità percepita. In due ulteriori quesiti si fa riferimento ad una possibile condizione di caregiver informale quale motivo per lavorare part-time o aver cambiato recentemente lavoro, ma senza distinguere né tra i destinatari dell'attività di caregiving svolta (“figli o altre persone”) né se ciò avvenga per dedicarsi a lavori domestici. Tale carenza riguarda anche alcune variabili target secondarie (Regolamento CE n. 13/2005 della Commissione 2005), laddove viene rilevata la partecipazione ad “attività volontarie informali” o “di enti caritativi”, ma senza distinguere gli eventuali destinatari di tali attività. Più utile, sebbene limitato alla più semplice risposta dicotomica (sì/no), il quesito inerente la “capacità di chiedere aiuto a parenti, amici o vicini” (anche qui, tuttavia, senza distinguere tra le diverse categorie).

Un'eccezione degna di nota al panorama sopra descritto di carenti informazioni comparabili è rappresentata dall'indagine Eurobarometer del 1992, la quale chiedeva, ad un campione di anziani residente negli allora 12 paesi dell'Unione, il mix di assistenza ricevuta regolarmente, nonché di individuare le persone cui ci si sarebbe affidati in caso di bisogno di assistenza. Fra i risultati più interessanti emersi va menzionato il dato inerente la stima della percentuale dell'assistenza informale, pari a circa il 75-80% dell'assistenza totale in Europa (Glaser et al 1998). Purtroppo nel successivo modulo sugli anziani del 1999, la domanda sull'assistenza non veniva più inclusa.

Il ritardo con cui gli istituti di statistica e di ricerca dell'Europa meridionale (con eccezione della Spagna) affrontano il tema dell'assistenza agli anziani (nonché di altri aspetti inerenti la popolazione anziana più in generale), è confermato dal recente rapporto dell'Ufficio Europeo di Statistica sulla comparabilità di statistiche nell'area dell'assistenza nell'Unione Europea (EUROSTAT 2003). In tale rapporto si cerca di individuare fonti statistiche in grado di valutare varie caratteristiche dell'assistenza agli adulti considerati dipendenti. Le sezioni di tale rapporto comprendono sia l'assistenza formale, sia la residenza in istituzioni per anziani, sia l'aiuto informale, ma rispetto a quest'ultimo aspetto solo informazioni per pochi paesi (Austria, Svezia, Spagna e Regno Unito) sono presentate. In generale il rapporto dell'EUROSTAT sottolinea la scarsa armonizzazione dei dati rilevati dalle fonti nazionali come uno dei problemi principali dell'informazione statistica in materia di assistenza agli anziani a livello europeo (ed internazionale in genere). La scarsa armonizzazione non consente l'aggregazione delle informazioni, ad esempio per cogliere la consistenza del fenomeno a livello di Unione Europea, e la comparabilità tra Paesi. Al fine di ovviare a questa situazione il rapporto formula diversi suggerimenti, tra cui i principali sono:

- l'adozione di un protocollo comune di rilevazione contenente lo stesso set di quesiti nei diversi Paesi membri;
- l'estensione delle rilevazioni concernenti il grado di autosufficienza della popolazione anche chi risiede in strutture residenziali;
- l'inclusione di quesiti concernenti le attività previste dalla Classificazione Internazionale di Funzionamento, Inabilità e Salute (meglio nota come "ICF", dall'*International Classification of Functioning, Disability and Health*), inerenti a mobilità, auto-assistenza, vita e attività domestiche, vita comunitaria e sociale;
- la raccolta di adeguate informazioni anche sull'assistenza prestata da caregiver informali, rilevandone le principali caratteristiche e le implicazioni che tale attività informale comporta in termini di pari opportunità e prospettive occupazionali dei lavoratori più anziani, alla luce dei sostegni (monetari e non) a questi accordati;
- l'invito ad integrare la disponibilità di dati sul fronte dell'assistenza formale, generalmente di origine amministrativa, con informazioni rilevate tramite *survey*, onde meglio comprenderne le esigenze degli utenti e come soddisfarle.

2.3.2. Alcuni risultati europei

Il rapporto EUROSTAT mostra un panorama estremamente variegato fra i paesi dell'Unione Europea per quanto riguarda la raccolta di dati sull'assistenza ricevuta dal settore formale ed informale. Allo stesso tempo è necessario notare che il ricorrere o meno all'assistenza formale dipende sia dalla presenza e dall'organizzazione dei servizi sul territorio, sia dai modelli culturali prevalenti nei vari contesti geografici. In questo senso sono molto interessanti i risultati delle indagini europee Eurobarometer che nel 1992 e 1999 hanno dedicato un modulo all'assistenza nella terza età, e nel 1998 una domanda sull'assistenza ai genitori. Le indagini del 1992 e 1999 mostravano come esistesse ancora una forte reciprocità e responsabilità delle giovani generazioni nei confronti dell'assistenza agli anziani, anche se le modalità variano da paese a paese.

Se si considerano le preferenze nei confronti dell'assistenza familiare o istituzionale delle persone di età compresa fra i 40 ed i 64 anni per anziani non autosufficienti nel 1992 e 1999, gli adulti dell'Europa settentrionale hanno maggiore probabilità di indicare l'istituzione come soluzione (13% degli svedesi contro il 7% degli italiani) con poca variazione fra le due date considerate (Tomassini et al. 2004). Se viene chiesta la preferenza per l'assistenza ai propri genitori (e non agli anziani in generale), le differenze fra Sud e Nord Europa sono ancora più marcate. Il 42% degli italiani pensa che se uno dei propri genitori non è autosufficiente, la soluzione preferibile è quella di convivere con uno dei figli, contro il 30% degli inglesi e solo il 9% degli svedesi. Sia in Svezia che nei Paesi Bassi l'istituzionalizzazione è la scelta preferita dagli adulti di età compresa fra i 40 ed i 64 anni. Queste differenze possono riflettere sia norme e valori con cui la società vede gli obblighi fra genitori e figli e sia differenze nel contesto di welfare, in cui esiste una notevole variazione fra i paesi europei sulla disponibilità, i costi e la qualità degli istituti di assistenza.

La dipendenza degli anziani che non hanno sufficienti fonti di aiuto da parte della rete familiare e sociale, può determinare una maggiore pressione sulla richiesta di servizi formali, se supponiamo la presenza di disabilità come costante con il tempo. In realtà per i paesi di cui disponiamo serie temporali comparabili, lo stato di salute degli anziani sembra essere migliorato per le generazioni entrate recentemente nella terza età: la maggiore istruzione, le migliori condizioni finanziarie, l'attenzione maggiore riservata alla prevenzione, e le migliori condizioni di vita e di lavoro nelle fasi

precedenti l'età anziana hanno fatto sì che gli anziani di oggi hanno in generale uno stato di salute migliore rispetto alle generazioni di anziani precedenti.

Ad esempio in Gran Bretagna, i moduli sugli anziani della General Household Survey (condotti ogni 4-5 anni) mostrano risultati evidenziati (cfr. Tab. 6) che, nonostante l'aumento della popolazione anziana, la proporzione che usa servizi di assistenza formale non è cambiata dal 1980 al 2001, mentre si registra un aumento dei servizi di assistenza privata, complementare alla diminuzione di quelli pubblici (Jarvis et al. 1998). Stessi risultati sono stati ottenuti nei Paesi Bassi, dove gli anziani intervistati confermavano la preferenza per i servizi a pagamento, così da controllare meglio la periodicità e la qualità dei servizi di assistenza (Broese van Gregou 2003).

Tab. 6: Percentuale di popolazione anziana (anni 65 ed oltre) che usa servizi sociali alla persona in Gran Bretagna, per sesso (1980-2001)						
Servizi	1980	1985	1991	1994	1998	2001
Assistenza infermieristica domiciliare	6	6	6	6	5	6
Servizio di assistenza domiciliare (SAD)	9	9	9	8	4	4
Assistenza domiciliare privata			4	7	9	10
Pasti a domicilio	2	2	3	3	2	2
Fonte: GHS, People aged 65 and over (2003)						

2.3.3. Problemi legati alla raccolta di informazioni sugli anziani

La collaborazione alle indagini su argomenti sociali ha subito un decremento negli ultimi anni in tutti i Paesi europei ed in Nord America, e l'età sembra un fattore fortemente correlato con la mancata partecipazione all'intervista. Per la popolazione anziana i problemi di salute, le difficoltà di coinvolgimento durante l'intervista, il livello di istruzione più basso rispetto alle generazioni più giovani, la naturale diffidenza nell'incontrare gente estranea sono fattori che hanno una grande influenza sui risultati finali dell'indagine, e possono originare delle stime non corrette del fenomeno considerato. Inoltre, gli anziani sono coloro che rispondono più facilmente "non so" ad alcune domande, soprattutto quando le condizioni di salute sono più precarie, quando sono meno interessati ai contenuti dell'intervista, quando sono meno istruiti e quando le

informazioni sono fornite da una “*proxy*”. I tassi di risposta possono variare da indagine a indagine a causa anche della lunghezza del questionario, dell’adozione di definizioni differenti, nonché della quantità di modalità di risposta proposte. Un altro problema da tenere presente è che un’indagine può escludere a priori una parte precisa della popolazione presa in esame: ad esempio, le rilevazioni che escludono le unità residenti in istituzioni, tendono ovviamente a sottostimare l’uso dei servizi di assistenza (poche indagini europee, soprattutto tra quelle dedicate agli anziani, sono infatti rivolte anche alle persone istituzionalizzate).

2.3. Progetti internazionali futuri

L’interesse per tematiche legate all’assistenza agli anziani in un quadro europeo è manifestato dalla presenza di molti progetti finanziati nell’ambito dei più recenti programmi di ricerca dell’Unione Europea (Programmi Quadro per la Ricerca V e VI). Al primo progetto ACRE (Age Care Research Europe) sui servizi di assistenza per anziani, condotto agli inizi degli anni ’90, sono infatti seguiti una serie di altri progetti che hanno anche previsto la raccolta di dati empirici sull’argomento (ad es. gli studi OASIS, EUROFAMCARE etc.).

L’EAPS (European Association for Population Studies) ha creato un gruppo di lavoro che si occupa di “Demographic change and care for older people”, anche al fine di coordinare i numerosi progetti sull’argomento, ed agire come lobby per promulgare indagini che coprano la rilevazione dell’assistenza agli anziani (Glaser 2004).

Anche l’OECD si è ampiamente soffermato sugli aspetti di uso e finanziamento dei servizi formali di assistenza nei paesi membri, attraverso numerosi studi a livello macro, che hanno stimato l’impatto dell’invecchiamento della popolazione sui costi di erogazione di servizi di assistenza formale, attraverso strumenti di previsione ad hoc.

Un ulteriore progetto interessante per la rilevazione di informazioni sull’assistenza agli anziani è SHARE (Survey of Health, Ageing, Retirement in Europe), che ha raccolto informazioni armonizzate sulle condizioni di vita degli adulti con più di 50 anni. Il progetto si avvale della collaborazione del National Institute of Ageing (NIA) negli Stati Uniti, che ha per anni sponsorizzato l’Indagine longitudinale Health and Retirement Survey (HRS), usata come modello da diverse indagini europee.

PARTE SECONDA:

**DOMANDA DI ASSISTENZA E RISPOSTE “INFORMALI
E PERSONALI”**

3. BISOGNI E DOMANDA DI ASSISTENZA¹⁵

3.1. Premessa

3.1.1. Il legame debole fra bisogno, domanda ed invecchiamento

L'invecchiamento è un fenomeno che caratterizza l'individuo (invecchiamento biologico) e la società (invecchiamento demografico), e di entrambi gli aspetti ci si deve occupare quando si esaminano i dati statistici sull'invecchiamento per trarne indicazioni utili alla programmazione futura (Ministero del Lavoro e delle politiche sociali 2003). A prescindere dall'avanzare delle tecniche sanitarie, che hanno favorito il forte aumento dell'attesa di vita della popolazione e in particolare dei malati cronici registrato negli ultimi decenni, risulta relativamente incerta la previsione sui bisogni futuri di assistenza sociale e sanitaria basata sull'estrapolazione del presente. La programmazione dei servizi è infatti un esercizio effettuato utilizzando la propensione al consumo degli attuali anziani, proiettando questa correlazione verificata nella popolazione presente sulla futura piramide della popolazione, la cui conformazione i demografi sono in grado di prevedere con un buon margine di certezza per i decenni futuri, ad eccezione delle migrazioni. Questo esercizio produce risultati relativamente tranquillizzanti quanto all'espansione dei consumi e della spesa, poiché la piramide della popolazione si modifica con movimenti molto lenti, con effetti altrettanto gradualmente (*ceteris paribus*) sull'aumento della domanda di servizi sanitari, ma tale aumento sarebbe ben maggiore se, per ipotesi, il Mezzogiorno raggiungesse il tasso di ricovero in RSA degli anziani oggi registrato in Lombardia (di tre volte superiore).

Questo esempio lascia comprendere come bisogni, domanda e offerta di servizi sociali e sanitari, fra loro fortemente dipendenti, sono inscindibilmente collegati non solo ai mutamenti demografici, ma anche a quelli sociali, economici e tecnologici (Presidenza del Consiglio dei Ministri 2000:113-131), per cui non è pensabile trasferire meccanicamente nel futuro il dato dell'invecchiamento della popolazione in un parallelo

¹⁵ Nonostante il presente capitolo sia frutto dell'impegno congiunto di Carlo Hanau e Giovanni Lamura, è possibile attribuire la redazione del paragrafo 3.1.1 e dell'Appendice al capitolo prevalentemente a Carlo Hanau, e dei paragrafi 3.1.2 e 3.2 a Giovanni Lamura. Pur rimanendo i soli responsabili di quanto scritto, gli autori desiderano inoltre ringraziare il Dr. Alessandro Solipaca dell'ISTAT per la collaborazione prestata nel fornire materiali e commenti.

aumento dei bisogni che caratterizzano oggi le classi di età più anziane. Ciò in quanto sono molteplici i fattori che possono modificare, anche positivamente, la prevalenza e l'andamento di malattie, disabilità e non autosufficienza oggi riscontrate con molta maggior frequenza tra gli anziani. La letteratura sulla domanda di assistenza (soprattutto di natura sanitaria e socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria) sottolinea pertanto le particolari difficoltà a formulare proiezioni della domanda di prestazioni assistenziali, dato il ruolo giocato da variabili – meno agevolmente prevedibili di quelle demografiche – quali la prevenzione delle malattie, il proseguimento della naturale riduzione dell'incidenza delle malattie cardiovascolari, il tasso di innovazione bio-medica (che potrebbe subire una forte accelerazione con l'applicazione di tecnologie genetiche atte a modificare l'orologio biologico), la flessibilità dei sistemi di offerta "formale" (quali la disponibilità di assistenza integrata a domicilio, di posti letto in lunga degenza e in strutture residenziali e semiresidenziali) e l'evoluzione delle forme non strutturate di assistenza (fornita cioè a domicilio da personale non qualificato) (Brau et al 2003, Donia Sofio e Spandonaro 2003: 117-118; Piperno 2002, Beltrametti 2003, Taroni 2003).

In tal senso, occorre ribadire che la vecchiaia non è di per sé stessa una malattia, e che la disabilità dell'individuo deriva da malattia, trauma o malformazione congenita, e non dalla sua età avanzata: per il singolo, l'aumento dell'età e l'avvicinarsi della fine costituisce un aumento del rischio di malattia e di quello di morte, che ovviamente tocca ciascuno una volta soltanto. Si eviti pertanto di ricorrere ad impropri automatismi basati sul nesso "aumento del numero di anziani = aumento dei soggetti malati e disabili = aumento della domanda di servizi assistenziali". La pericolosità e l'infondatezza di tale semplicistica affermazione appariranno evidenti se si tiene presente che:

- in Italia, come in diversi altri Paesi industrializzati, negli ultimi decenni la proporzione di soggetti non autonomi (perché non più in grado di svolgere le principali attività di vita quotidiana) sembra essersi ridotta in quasi tutte le fasce di età (Presidenza del Consiglio 2000: 96-97; Ministero del Lavoro 2002: 53);
- la presenza di disabilità e di malattie non si riflette sempre ed immediatamente in domanda di assistenza, in quanto a) il benessere soggettivo degli individui risente di altri fattori (ad esempio la presenza/assenza di una rete informale di supporto) che possono incidere sostanzialmente sul bisogno e sulla domanda di servizi

effettivamente espressa; b) alcune malattie croniche asintomatiche - come ad esempio l'ipertensione - non vengono avvertite come bisogno di cura dai diretti interessati;

- la reale domanda di assistenza è spesso influenzata in modo sostanziale anche dall'offerta dei servizi socio-sanitari esistenti (Golini et al 2003:537). A tale aspetto non è estranea la fragilità che per definizione caratterizza la condizione di molti potenziali utenti di tali servizi, dando luogo a quella che è stata giustamente definita "asimmetria informativa" tra singoli cittadini ed enti erogatori di servizi (Ministero della Salute 2004:13).

Da questo punto di vista, l'esercizio, spesso attuato, di trasferire sulla popolazione futura i pesi registrati dai consumi assistenziali degli anziani di oggi (Golini et al. 1995; Cariani et al. 1996; Presidenza del Consiglio dei Ministri 2000), deve essere integrato da adeguate assunzioni che tengano conto delle notevoli innovazioni tecniche che i servizi sanitari e sociali hanno mostrato di sapere apportare negli ultimi decenni, spesso aumentando gli anni di vita e insieme i costi. Tale indicazione di cautela emerge anche dal rapporto CEIS 2003 (Atella et al. 2003), che prende in considerazione le otto simulazioni che l'Agenzia Sanitaria per i Servizi Regionali (ASSR 2003) ha recentemente proposto riguardo il tema della non autosufficienza, che costituisce indubbiamente il capitolo più importante dell'assistenza agli anziani, quello che ha suscitato i maggiori dibattiti e la soluzione del quale si è attualmente scontrata con la volontà del Governo di non appesantire il livello di imposizione fiscale nazionale.

Tra gli elementi positivi, va registrato che recenti indagini sui consumi sanitari condotte in Emilia Romagna riferite in un recente convegno dall'Assessore alla sanità di quella regione (in via di pubblicazione), sembrano provare che le spese sanitarie sostenute nell'ultimo anno di vita degli individui decrescono di molte volte all'aumentare della loro età. Questo risultato va incastonato sulle evidenze, già acquisite da qualche anno, seppur con riferimento ad altri Paesi, in base alle quali la spesa sanitaria si concentra nella fase terminale dell'esistenza, essendo i costi assistenziali associati non tanto all'età degli individui, quanto piuttosto al tempo intercorrente rispetto al momento della morte dell'individuo (Piperno 2002: 123). In definitiva si può prevedere ragionevolmente che l'allungamento della vita, sostenuto da interventi sanitari e sociosanitari, aumenterà il bisogno, ma di una proporzione inferiore a quella

che risulterebbe applicando le attuali ponderazioni dei valori dei consumi ricavate dalla media dei consumi per una classe di età di anziani di oggi, poiché le condizioni di salute degli anziani sono in costante miglioramento. Tuttavia, al fine di quantificare correttamente la domanda assistenziale di long term care, non è sufficiente stimare il numero di anziani per grado di disabilità e stato di salute, ma occorre anche formulare chiare ipotesi inerenti le opportunità terapeutiche percorribili e gli standard assistenziali minimi auspicabili e/o garantiti, onde evitare che bassi livelli di consumi socio-sanitari siano interpretati esclusivamente come effetto di una scarsa presenza di bisogni, mentre di fatto riflettono sempre anche l'offerta di servizi, la loro conoscenza da parte dell'utenza, e la percezione da parte di questa della loro qualità.

3.1.2. Definizioni

Sulla base delle considerazioni sopra formulate, e pur rimanendo consapevoli della molteplicità di fattori che rendono complesso lo sforzo di quantificazione della domanda di assistenza delle persone anziane, un aspetto importante per misurare tale fabbisogno può individuarsi nell'insieme di disabilità che impediscono il normale svolgimento delle abituali attività quotidiane, riducendo significativamente la qualità di vita dell'individuo. Per predisporre idonei servizi assistenziali è infatti opportuno misurare la salute negli anziani in termini di capacità funzionale, piuttosto che in termini di gravità della patologia. A tal fine, una nuova classificazione (l'ICF, da *International Classification of Functioning, Disability and Health*) è stata recentemente approvata dall'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS) per misurare l'indipendenza funzionale (World Health Organisation 2002).

In attesa che l'applicazione di questa nuova classificazione internazionale sortisca il suo effetto – cosa che richiederà il suo tempo anche per l'adeguamento che essa richiede alle pratiche assistenziali ed informative delle diverse organizzazioni coinvolte – le fonti correnti disponibili in Italia al fine di quantificare il fabbisogno assistenziale della popolazione anziana continuano a far riferimento, per la stima della disabilità, alle attività di vita quotidiana di base e strumentali, su cui si basano anche le tradizionali rilevazioni ISTAT. Le attività di base, spesso denominate con l'acronimo ADL (da *Activities of Daily Living*), comprendono l'accudimento e la cura di sé stessi, limitazioni nella locomozione fino al limite del confinamento, nonché le difficoltà nella

comunicazione, cioè incapacità nel vedere, parlare e sentire; le attività strumentali (meglio conosciute come IADL: Instrumental Activities of Daily Living), includono quesiti su compiti domestici, gestione del denaro, uso del telefono, ecc.

Tra le survey ISTAT che adottano queste domande, l'Indagine Multiscopo delle Famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" assume, come ben illustra il prossimo paragrafo, un ruolo certamente preponderante, per la vastità degli aspetti da essa considerati. Altrettanto approfondita, ma con un taglio *panel* che ne acuisce le capacità predittive in senso longitudinale, è l'Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA), l'indagine condotta nell'ambito del Progetto Finalizzato Invecchiamento CNR.

Sebbene attraverso queste due principali fonti sia possibile operare, secondo un approccio prevalentemente epidemiologico, il "salto" che consente di legare evoluzione demografica e grado di disabilità della popolazione, le stesse fonti non risultano certamente sufficienti da sole a stimare, per i motivi sopra esposti, la domanda di assistenza proveniente dalla popolazione anziana. Per tal motivo, nell'ultima sezione del capitolo, ci si soffermerà nell'esposizione di come questo fabbisogno sia ricostruibile solo legando le note procedure di valutazione multidimensionale dei bisogni per la formulazione di piani personalizzati di assistenza, ad un sistema informativo basato sulla rilevazione dei bisogni individuali, a sua volta poggiato su un sistema di valutazione funzionante.

3.2. Fonti e contenuti

Le fonti statistiche correnti cui la gran parte dei recenti studi ufficiali (Presidenza del Consiglio 2000; Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 2002 e 2003; Ministero dell'Economia e delle Finanze 2002 e 2004) fa normalmente riferimento al fine di quantificare, in modo più o meno diretto, il fabbisogno di assistenza della popolazione anziana italiana, possono essere ricondotte essenzialmente a due¹⁶:

- 1) l'Indagine Multiscopo sulle Famiglie dell'ISTAT su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" (cfr. fonte n. 1 in Appendice);

¹⁶ Per un approfondimento delle considerazioni qui sinteticamente esposte (ed oltre a quanto riportato nelle relative schede informative riportate nell'Appendice del presente rapporto), cfr. anche Presidenza del Consiglio (2000: 11-13 e 98). Per dettagli concernenti lo studio ILSA, cfr. il sito web ufficiale del Progetto Finalizzato Invecchiamento, Sottoprogetto 2 (<http://www.aging.cnr.it/index.htm>), nonché le principali pubblicazioni ad esse inerenti (Maggi et al 1994; Inzitari 2003 e Farchi et al 2004).

2) lo studio ILSA (Italian Longitudinal Study on Aging), avviato nell'ambito del Progetto Finalizzato Invecchiamento del CNR (fonte n. 2);

A queste devono tuttavia aggiungersi una serie di altre indagini in cui viene raccolto un numero molto meno rilevante di informazioni (rispetto alle due precedenti), e comunque in grado di fornire indicazioni sull'argomento affrontato. Tra queste possono ricordarsi le seguenti:

3) Altre indagini:

3a) l'Indagine Multiscopo sulle Famiglie dell'ISTAT "Aspetti della vita quotidiana" (fonte n. 3);

3b) l'Indagine Multiscopo sulle Famiglie dell'ISTAT "Famiglia e soggetti sociali" (fonte n. 4);

3c) l'Indagine Multiscopo sulle Famiglie dell'ISTAT "Uso del tempo" (fonte n. 5);

3d) l'Indagine Longitudinale sulle Famiglie Italiane (ILFI) condotta dalle Università degli Studi di Milano Bicocca, Trento e Bologna (fonte n. 10);

3e) l'indagine del CENSIS "Quadro di vita degli anziani in Italia" (fonte n. 11).

Di tutte viene fornita di seguito una sintetica descrizione dei principali contenuti in questo ambito.

1) l'Indagine Multiscopo sulle Famiglie dell'ISTAT su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"

Questa indagine, effettuata su base campionaria a cadenza quinquennale (l'ultima rilevazione completata risale al 1999-2000, mentre ne è attualmente in corso l'ultima edizione), mira a cogliere – limitatamente alle dimensioni di pertinenza del presente capitolo – lo stato di salute della popolazione in termini di condizioni soggettivamente percepite (fatto di assoluta rilevanza, considerata la loro non trascurabile importanza nell'influenzare la domanda di servizi), la diffusione di malattie croniche e il grado di disabilità degli interpellati. La gran parte dei dati pubblicati per età sono disponibili per le classi "65-69", "70-74", "75-79" e "80 e più", talora in forma accorpata.

Gli argomenti trattati da questa rilevazione – che raggiunge sul territorio nazionale, grazie ad un'integrazione finanziaria ad hoc erogata dalle Regioni (interessate a poterne elevare le potenzialità informative a livello regionale), ben 52.300 famiglie, per un totale di 140.000 individui di età superiore ai 6 anni – toccano molteplici aspetti. Tra questi, spiccano i quesiti concernenti: la presenza di disturbi o malattie ed il loro

eventuale impatto sulle abituali attività quotidiane, di invalidità (individuandone tipo e cause) o di malattie croniche; l'eventuale bisogno di assistenza notturna (distinguendo chi la fornisce); il consumo di farmaci (verificando se il medico di base ne sia a conoscenza, se ne venga fatto un uso improprio e se non venga assunto un farmaco prescritto); se siano stati prescritti accertamenti diagnostici che si è deciso di non effettuare (per diversi motivi) nonché se si è esente dalla compartecipazione, indagando, in caso di risposta affermativa, se tale esenzione sia dovuta a presenza di patologia (malattia cronica o invalidità) o altro motivo.

2) L'Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA) del CNR

L'ILSA rappresenta il primo studio di tipo longitudinale condotto in Italia, con finalità epidemiologiche e di stima dell'incidenza e della prevalenza di malattie croniche e disabilità sulla popolazione anziana. In quanto tale, ha consentito per la prima volta nel nostro Paese di seguire nel tempo le dinamiche sottostanti al fenomeno della perdita dell'autosufficienza ed alle principali patologie croniche invalidanti, attraverso quattro tipi diversi di rilevazioni:

- **un questionario somministrato a domicilio**, volto a rilevare le principali caratteristiche demografiche, socio-economiche, condizioni di salute, stile di vita e ricorso ai servizi sanitari dei soggetti interpellati;
- **una visita medica a domicilio**, mirata a raccogliere dati inerenti pulsazione cardiaca, pressione arteriosa e parametri di analisi laboratoristiche (attraverso un prelievo ematico);
- **una visita clinica approfondita**, finalizzata a valutare la funzionalità fisica e cognitiva dell'individuo, attraverso esami diagnostici specifici (elettrocardiogramma, spirometria, retinografia, Mini Mental State Examination, test di memoria di prosa, test delle matrici, scala della depressione, indici ADL e IADL, breve esame clinico, breve esame neurologico e tre misurazioni della pressione arteriosa);
- **una conferma clinica specialistica**, per quei soggetti risultati positivi allo screening per ciascuna delle malattie oggetto di studio.

Lo studio, avviatosi nel 1992-93, ha preso le mosse raggiungendo con una prima survey 5.632 soggetti tra i 65 e gli 84 anni, estratti dalle liste dei residenti di otto aree

selezionate nelle principali ripartizioni geografiche italiane (Nord, Centro, Sud e Isole). Ulteriori dati sono stati quindi raccolti nel 1994, nel 1995-96 e nel 2002.

Come appare chiaro dalla metodologia di rilevazione adottata, l'approccio dell'ILSA è un approccio prevalentemente sanitario-epidemiologico, seppur caratterizzato dallo sforzo di cogliere, con un taglio anche multidisciplinare, l'impatto esercitato da diversi fattori di rischio socio-economici, comportamentali e biologici, sullo stato di salute delle persone anziane, soprattutto quando si riscontri la presenza di una o più delle principali patologie croniche invalidanti (demenza, parkinsonismo, ictus, sintomatologia depressiva, cardiopatia ischemica, ipertensione, diabete, ecc.). Tale approccio, soprattutto quando operato in chiave longitudinale, consente di valutare la portata di cambiamenti fisiologici e funzionali nel corso dell'invecchiamento, consentendo, attraverso lo studio della storia naturale delle diverse patologie, di approfondire la relazione tra malattia e disabilità.

3) Altre indagini

I contenuti delle altre fonti di indagini condotte in materia sono sintetizzabili come segue:

3a) l'Indagine Multiscopo sulle Famiglie dell'ISTAT su "Aspetti della vita quotidiana"

Rispetto all'argomento considerato, questa Multiscopo – che, a differenza della precedente, viene condotta annualmente – rileva la percezione soggettiva dell'individuo sulle proprie condizioni di salute, con l'indicazione di eventuali malattie croniche e l'impatto da queste esercitato sull'autonomia personale. Degno di nota anche il quesito inerente il ruolo svolto da incidenti verificatisi in ambito domestico nel determinare l'eventuale compromissione delle proprie condizioni di salute.

3b) l'Indagine Multiscopo sulle Famiglie dell'ISTAT su "Famiglia e soggetti sociali"

Anche nel caso di questa Multiscopo viene colta la presenza di malattie croniche e/o di invalidità permanente quale causa di riduzione dell'autonomia personale, ma rilevando anche se ciò si verifica per i genitori dell'interpellato.

3c) l'Indagine Multiscopo sulle Famiglie dell'ISTAT su "Uso del tempo"

Nell'ultima delle Multiscopo qui considerate si rileva la presenza di un unico quesito che, come per le precedenti, concerne la presenza di malattie croniche e/o di invalidità permanente quale causa di riduzione dell'autonomia personale.

3d) l'Indagine Longitudinale sulle Famiglie Italiane (ILFI) condotta dalle Università degli Studi di Milano Bicocca, Trento e Bologna

Anche lo studio ILFI formula un unico quesito rilevante ai fini della quantificazione del fabbisogno assistenziale, ma lo fa in modo da individuare se l'eventuale compromissione dello stato di salute si riflette in un impedimento a "curare la propria persona", a "curare la casa" oppure semplicemente a "lavorare". In tal modo, fornisce forse un gradino di dettaglio maggiore rispetto alla formulazione normalmente adottata dalle Multiscopo ISTAT.

3e) l'indagine del CENSIS su "Quadro di vita degli anziani in Italia"

L'indagine CENSIS ha il pregio di sottoporre agli intervistati, oltre al solito quesito inerente la capacità dell'individuo di svolgere le ordinarie attività quotidiane (ma con un livello di abilità in più rispetto ai tre normalmente proposti dalle Multiscopo ISTAT), anche una domanda a risposte multiple, in cui si chiede di identificare quali siano i servizi "socio-assistenziali da potenziare per migliorare la situazione degli anziani". Tale quesito può infatti rivelarsi funzionale ad un esercizio di stima della domanda – più o meno diretta – esistente nei confronti delle 8 categorie di servizi proposti (centri ADI, telefono verde per emergenze, centri anziani e/o diurni, assegni di cura per famiglie non autosufficienti, sportelli informativi sui servizi, trasporti sociali e servizi di consegna a domicilio di spesa, pasti etc.). Tuttavia, non ci si può esimere dal rimarcare che: a) non è chiaro che cosa si intenda per centri ADI e b) sarebbe forse stato utile sottoporre agli interpellati anche un elenco di servizi sanitari.

3.3. Lacune e proposte

Il diverso taglio che caratterizza l'indagine Multiscopo ISTAT su "Condizioni di salute etc." e lo studio ILSA è tale da far ritenere che i dati da queste forniti possano

essere utilmente impiegati in modo complementare tra loro, piuttosto che in termini comparati. Ciò è legato ad almeno tre ordini di considerazioni:

a) disegno e finalità della rilevazione: l'ILSA è uno studio longitudinale di coorte (con rilevazioni operate nel 1992, 1994, 1995-96 e 2001-02), la Multiscopo uno studio trasversale a cadenza tendenzialmente quinquennale (condotto negli anni 1983, 1986-87, 1990-91, 1994, 1999-2000 e, in corso di svolgimento, nel 2005);

b) ampiezza e rappresentatività del campione: l'ultima Multiscopo completata ha interessato un numero elevatissimo di soggetti (52.300 famiglie, pari a circa 140.000 individui oltre i 6 anni di età) residenti a domicilio, rappresentative dell'universo demografico italiano (con l'unica esclusione degli ospiti di strutture residenziali), mentre l'ILSA ha raggiunto un campione iniziale di 5.632 soggetti tra i 65 e gli 84 anni, estratti casualmente tra i residenti in 8 comuni italiani (e quindi solo parzialmente rappresentativi della popolazione italiana);

c) contenuti della rilevazione: l'ILSA costituisce uno studio "oggettivo" a carattere epidemiologico, ed in quanto tale volto prevalentemente ad accertare, tramite interviste ed accertamenti clinico-diagnostici reiterati nel tempo, prevalenza ed incidenza delle principali patologie croniche osservate, nonché tassi di disabilità e mortalità (e solo nell'ultima rilevazione anche il consumo di servizi sanitari e assistenziali). L'Indagine Multiscopo si sostanzia invece nella raccolta, tramite questionario, delle valutazioni "soggettive" degli interpellati sulle proprie condizioni di salute e sul ricorso ai principali servizi sanitari (farmaci, ricoveri, accertamenti diagnostici, assistenza domiciliare e servizi riabilitativi), oltre alle spese famigliari sostenute.

Ciò che in questa sede preme più sottolineare, seguendo il filo del ragionamento anticipato in premessa, è chiedersi se le informazioni raccolte tramite queste due fonti – trascurando quelle, ben più "marginali" rispetto all'argomento, rilevate dalle altre fonti menzionate – consentono di stimare adeguatamente, a fini programmatici, la domanda di assistenza della popolazione anziana a livello italiano. Pur riconoscendo l'utile contributo fornito in tal senso, per ambiti diversi, dalle due indagini – prettamente oggettiva e clinico-epidemiologica la prima, più soggettiva ed anche socio-assistenziale

(comprendendo il rapporto degli utenti con i servizi) la seconda – la risposta a tale quesito non può che essere (almeno parzialmente) negativa.

Questa valutazione è legata in primo luogo alla **periodicità**, certamente **troppo dilazionata**, che caratterizza sia la quinquennale Multiscopo ISTAT, sia – per motivi in parte legati anche al mancato rinnovo del finanziamento al Progetto Finalizzato Invecchiamento – l'ILSA. Un ruolo negativo è giocato in questo senso, in secondo luogo, anche dalla **manca**za, all'interno della Multiscopo ISTAT, **di una serie di quesiti** che meglio consentirebbero di quantificare il fabbisogno assistenziale della popolazione anziana, ad esempio in termini di **esigenze non soddisfatte** (rispetto a prestazioni sia sanitarie sia socio-assistenziali), nonché di altri aspetti che impediscano ad una **condizione di bisogno soggettivamente percepita di trasformarsi in domanda di assistenza** nei confronti dei servizi esistenti. Nella Multiscopo ISTAT vengono in realtà rilevate diverse condizioni di disabilità inerenti gli aspetti mentali e comportamentali, che notoriamente costituiscono (quali corollari di malattie diffuse come il morbo di Alzheimer e altre forme di demenza) una delle sfide assistenziali oggi più pressanti; tuttavia i risultati dell'indagine vengono pubblicati soltanto per quelle parti che danno maggiore affidabilità di rappresentare realmente la situazione. Infatti si registra un forte scarto fra la prevalenza della disabilità mentale e comportamentale dichiarata dall'intervistato per sé e per i familiari, da un lato, e quella che ci si attende sulla base delle rilevazioni epidemiologiche effettuate dagli esperti sulla popolazione, dall'altro. E' questo, tra l'altro, uno dei principali motivi per cui non è utile effettuare domande sulla disabilità in occasione dei censimenti della popolazione.

Da un punto di vista metodologico, invece, occorre sottolineare come sia da ritenersi ormai inderogabile l'attivazione, in questo ambito, di un processo di produzione delle informazioni che sia in grado di quantificare con tempestività la domanda complessiva di assistenza attraverso **l'aggregazione dei bisogni individuali sulla base di procedure standardizzate di valutazione multi-dimensionale**. Tale approccio – che da un punto di vista tecnico può ormai contare su linee guida condivise a livello nazionale, grazie allo sforzo intrapreso in tale direzione dalla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (Ferrucci et al. 2002) – non appare pienamente accolto nell'ambito della Multiscopo ISTAT mentre, pur in gran parte presente nello studio ILSA, soffre in quest'ultimo caso della scarsa rappresentatività territoriale da questa

raggiunto (anche per motivi legati al naturale invecchiamento del campione, fatta salva la possibilità di procedere ad un suo futuro – quanto oggi improbabile - ripristino quantitativo). Si ritiene pertanto necessario che tale processo debba avviarsi facendo leva su di uno sforzo che, pur basandosi sul sistema informativo attualmente esistente a supporto delle strutture già operanti in ambito sanitario e socio-assistenziali, ne favorisca una più sistematica organizzazione in rete, attraverso la raccolta di dati individuali facilmente aggregabili per ottenere saldi utili alla quantificazione della domanda assistenziale.

Nonostante la necessità di adottare questo approccio sia nota ormai da tempo (cfr. in materia l'approfondimento proposto nel cap. 2.2), l'adozione di passi istituzionali concreti per la raccolta sistematica di informazioni a livello individuale direttamente impiegabili per quantificare i bisogni collettivi di assistenza appare un risultato piuttosto recente e di portata ancora parziale. Ci si riferisce in primo luogo al fatto che solo nel 2004 il Ministero della Salute ha realizzato uno studio di fattibilità per la rilevazione, nell'ambito dell'istituendo "Nuovo Sistema Informativo Sanitario" (NSIS), di un "nucleo minimo" di informazioni propedeutiche allo sviluppo di un *sistema di integrazione delle informazioni sanitarie individuali* (Ministero della Salute 2004). Tale sistema – che nello sforzo già avviato per il settore sanitario appare troppo "sbilanciato" verso la rilevazione di "prestazioni oggettive" erogate, a discapito di quelle inerenti i bisogni (e le valutazioni soggettive) manifestati dai cittadini – sarà tuttavia in grado di rilevare dati in forma integrata con il settore socio-assistenziale non prima di "almeno dieci anni" (Ministero della Salute 2003c: 23). Altro elemento da tenere presente è che *l'introduzione della Tessera Sanitaria Elettronica*, presupposto essenziale per la rapida rilevazione di dati raccordabili su base nazionale in quanto basati sull'individuo come unità di rilevazione statistica elementare, è finora avvenuta solo in sei regioni (Abruzzo, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Umbria e Veneto) (Ragioneria Generale dello Stato 2004), sebbene altre quattro dovrebbero riuscirvi entro l'anno (Ministero dell'Economia e delle Finanze - Ragioneria Generale dello Stato 2004a:103).

Alla luce di queste osservazioni, inderogabile appare il suggerimento – segnalato anche da autorevoli fonti (Ministero del lavoro e delle politiche sociali 2002: 44-46; Ministero della Salute 2003c: 31) – di attivare, con finalità programmatiche locali e nazionali, un **sistema di valutazione multidimensionale del fabbisogno assistenziale**

individuale. Tale sistema, facilmente ancorabile territorialmente presso gli organismi di valutazione attualmente esistenti - come ad esempio le Unità di Valutazione Distrettuale (UVD), Geriatrica (UVG), Handicap (UVH) o Multidimensionale (UVM) – potrà consentire da un lato la personalizzazione delle prestazioni attraverso la stesura di piani personalizzati di assistenza, e dall'altro l'aggregazione dei dati a fini conoscitivi e, soprattutto, di pianificazione. In quest'ottica, le diverse tipologie di commissioni dedicate all'accertamento dell'invalidità e della disabilità, alla definizione dei bisogni e degli interventi da effettuare per rispondere ai bisogni dei disabili dovrebbero unificarsi, così come una recentissima proposta della Federazione Italiana Superamento Handicap propone, adottando metodi e strumenti omogenei almeno all'interno di ogni Regione, così da permettere una conoscenza dei dati utile non soltanto alla soluzione ottimale dei singoli casi, ma anche alla programmazione generale (Speziale et al. 2005). Nel rispetto delle autonomie regionali garantite dall'ordinamento federale, sarà poi necessario avere un minimo comune riferimento che consenta di paragonare fra loro le realtà dell'intero Paese. Strategica, al riguardo, risulterà la nuova indagine avviata dall'ISTAT sulle certificazioni di disabilità ed handicap rilasciate dalle commissioni medico-legali delle ASL, di cui nel febbraio 2005 si è conclusa la fase sperimentale e nel 2006 è prevista l'estensione su scala nazionale¹⁷.

Di questa esigenza si è fatta recente portavoce anche la "Commissione di studio interministeriale sulla prevenzione e sul trattamento della non autosufficienza con particolare riferimento agli anziani", proponendo di far riferimento a cinque classi di disabilità di livello crescente (Ministero del lavoro e delle politiche sociali 2002: 44-46). In proposito si possono tuttavia avanzare riserve, in quanto i bisogni sanitari, sociosanitari e sociali degli anziani malati e disabili, quando sono rilevanti ed esigono l'integrazione fra servizi diversi (ad esempio RSA, Case protette, ADI, tutti servizi "ad elevata integrazione sanitaria", cfr. D. Del. n. 229 del 1999), meritano un'analisi puntuale e personale ed un piano di assistenza personalizzato, che non può e non deve essere sostituito da una classificazione in intervalli di costi, secondo schemi che sono propri di sistemi mutualistico-assicurativi come quello degli USA, dove l'assicurazione si limita a rimborsare l'assistito o a pagare direttamente il produttore del servizio. Il Servizio sanitario nazionale, adottato anche nel nostro Paese, esige invece che l'accesso

¹⁷ Fonte: notizia fornita dal Dr. Solipaca dell'ISTAT (giugno 2005).

alle cure sia regolato per prestazioni descritte nel piano di assistenza personalizzato, garanzia di equità distributiva e di attenzione alla persona singola ed alle sue peculiari esigenze. La Commissione del Ministero del Welfare, pur recuperando queste necessità nell'ipotizzare un percorso che consenta risposte adeguate allo stato di bisogno individuale identificato, suggerisce inoltre strumenti di valutazione (scale di disabilità e VAOR) che non si ritengono del tutto idonei alla compilazione del piano di assistenza personalizzato, in quanto favoriscono un approccio che rischia di cadere nella trappola dell'offerta che crea la domanda su sua misura, dimenticando che in molti casi non vi è corrispondenza proporzionale fra grado di disabilità, con qualunque scala misurato, e bisogno di assistenza della persona (Tragnone et al. 1999).

In proposito occorre ulteriormente riconoscere che anche l'adozione di un sistema capace di raccogliere e raccordare in un'unica banca-dati nazionale le informazioni relative alle valutazioni multidimensionali individuali standardizzate operate a livello locale da commissioni ad hoc, non potrà non risentire della selezione a monte che le finalità assistenziali legate a tale meccanismo possono operare sulla popolazione di riferimento. Ci si riferisce qui in particolare alla possibilità che molti soggetti di livello socio-culturale meno elevato – tra i quali certamente sovra-rappresentate sono le persone anziane – possano rimanere esclusi, per carenze informative, da questo tipo di processo di valutazione. Ciò può pertanto giustificare il mantenimento – a fianco di questa rilevazione che potremmo definire di carattere “passivo” (per il ruolo quasi di “attesa” svolto dai “valutatori” rispetto a quello attivo richiesto ai “valutati”) – di una rilevazione “attiva”, sull'esempio dell'attuale Multiscopo, in cui sia l'ente rilevatore a muoversi per entrare nei domicili famigliari (ed in generale nei vari luoghi in cui le persone anziane vivono, potendosi in prospettiva ipotizzare di estendere la rilevazione anche alle strutture residenziali, attualmente escluse dalle Multiscopo, cfr. cap. 8), per raccogliere le informazioni cercate. Un ruolo fondamentale in tal senso potrebbe essere svolto anche dal MMG, per sollecitare la domanda di queste fasce di popolazione deboli, purché si informi periodicamente sulle condizioni di salute di quella (per quanto bassa) percentuale di anziani suoi assistibili che di norma non accede al suo ambulatorio.

E' verosimile che il raccordo tra questi due tipi di fonti – quella basata su un sistema “passivo” di valutazione multidimensionale dei bisogni individuali, legato

all'erogazione di provvidenze e servizi personalizzati, e quella "attiva" basata sulla Multiscopo, di cui sarebbe certamente auspicabile un'evoluzione anche in senso longitudinale (Commissione di Garanzia per l'Informazione Statistica 2004: 16) – potrà contribuire fattivamente alla costruzione di indicatori di appropriatezza dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) non più centrati sulle sole prestazioni, bensì basati anche sulle esigenze del cittadino-utente, così come previsto, non da ultimo, dall'attuale Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 (Decreto del Presidente della Repubblica 2003).

Utile alla realizzazione di tale raccordo sarà certamente il recepimento del flusso informativo derivante dalla valutazione multidimensionale dei bisogni, così come sopra definito, nell'ambito del sistema di flussi regionali – finora prevalentemente sanitari, ma in prospettiva anche sociali – il cui progressivo miglioramento è testimoniato anche dal fatto di essere ormai arrivati a sostituire, per alcuni dati, le informazioni precedentemente derivate dalla Multiscopo ISTAT, ai fini della stima dei consumi sanitari operata dal Ragioneria Generale dello Stato (Ministero dell'Economia e delle Finanze 2004: 95-96). Questo senza voler sottovalutare il ruolo, già sopra evidenziato, svolto da indagini campionarie come le Multiscopo, le quali consentono di approfondire i profili socio-demografici della domanda in un modo qualitativamente non espletabile da parte delle informazioni di natura amministrativa, quali i flussi correnti regionali (Solipaca 2003 e 2004), anche per la capacità di cogliere la rispondenza dell'offerta alle aspettative dell'utente, rilevando l'eventuale presenza di domanda insoddisfatta.

APPENDICE AL CAP. 3:
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEI BISOGNI
INDIVIDUALI E SISTEMA INFORMATIVO

1) Necessità di favorire l'empowerment dell'utente (anziano) di servizi socio-sanitari

Nel campo della sanità e dei servizi sociali è noto che la domanda non dipende soltanto dal bisogno ma anche dalla struttura dell'offerta, che costituisce un "letto di Procuste" dove la domanda viene conformata alla disponibilità dei servizi offerti nel contesto reale. Il consumatore di questi servizi è ben lontano dal modello di consumatore libero, informato e razionale che il liberista pone alla base del funzionamento ottimale del libero mercato postulato dalla teoria classica. L'asimmetria esistente fra consumatore e produttore di assistenza e di cure impone che si parli in questi casi di rapporto di agenzia fiduciario, nel quale il consumatore si affida fiducioso al medico e all'operatore sociale che, di fatto, sollecitano (quando l'anziano non ha neppure la coscienza delle sue necessità e dei suoi diritti), accolgono, legittimano la sua domanda di intervento.

Nei sistemi a terzo pagante, totale o parziale (cfr. la compartecipazione indicata nel DPCM 29 novembre 2001), che in questi settori sono del tutto prevalenti nel nostro Paese, viene eliminato il fattore prezzo pagato dal consumatore, che pertanto non esprime le sue preferenze se non attraverso meccanismi di quasi mercato, di voucher, di preferenze espresse in forme di scelte amministrative. Il cosiddetto universalismo selettivo, che vorrebbe un servizio ufficialmente accreditato dall'ente pubblico ed offerto a tutte le classi sociali, che lo pagherebbero in relazione alla propria situazione economica (indicata dall'ISE), fino a coprirne completamente il costo nel caso di ISE elevato, non riesce a realizzarsi, soprattutto a causa delle molte possibilità (facilitate dal luogo domestico di svolgimento delle mansioni) di ricorso al lavoro "in nero", più economico e flessibile. In ogni caso, la distribuzione di beni e servizi sovvenzionati dal pubblico (a seconda dei bisogni e delle condizioni socio-economiche dell'individuo, nonché delle patologie da questi sofferte rispetto a quelle esenti da compartecipazione) costituisce un motivo per prevedere un servizio informativo basato sull'individuo, le cui

caratteristiche devono essere note e registrate individualmente al momento dell'erogazione delle prestazioni.

L'analisi dei consumi di servizi sanitari e sociosanitari, nelle zone ove il sistema informativo lo consente, impone forti dubbi sull'equità e sull'efficienza di entrambi i metodi di ripartizione, libero mercato e distribuzione amministrativa: le stesse ragioni che giustificano la scarsa fiducia nella soluzione ottimale derivata dalla libera scelta di tutti, e che quindi consigliano di abbandonare l'ipotesi liberista, sono egualmente fattori di impedimento ad un corretto controllo del funzionamento della ripartizione amministrativa dei beni e dei servizi (paradossale è lo studio sulle differenze di frequenza degli interventi chirurgici più comuni svolto in Svizzera da Domenighetti, da cui risulta che l'utente poco acculturato ma dotato di elevato livello di copertura assicurativa viene sottoposto ad un volume maggiore di prestazioni sanitarie) (Domenighetti 1994; 2003). Il sistema informativo deve avere memoria del singolo utente della prestazione e delle sue caratteristiche, onde poter individuare tendenze che possono indicare quanto realizza in termini di equità distributiva il funzionamento del servizio pubblico. E' pure necessario che tutti i consumi rilevanti di servizi sanitari, sociosanitari e sociali, spesso fra loro sostituibili o complementari, siano riconducibili all'utente anche se avvenuti in tempi differenti. Molte interessanti scoperte sono emerse "linkando" i consumi ricondotti allo stesso individuo, prescritti dallo stesso medico, usufruiti presso lo stesso ambulatorio, laboratorio o farmacia.

Da quanto sopra deriva che in entrambi i sistemi è necessario che il potere del consumatore sia rinforzato (empowerment), mediante un'educazione al riconoscimento dei propri bisogni e dei propri diritti e al buon uso dei servizi, sia di tipo generale sia particolare, avendo riguardo alla specifica condizione dell'utente, quando ad esempio sia affetto da malattia cronica, che esige un adattamento della condotta di vita dell'utente e spesso della sua famiglia per la migliore gestione della sua condizione.

2) La costruzione di un nuovo sistema informativo, basato sulla rilevazione dei dati individuali

L'analisi costi/utilità, che resta la base delle decisioni di programmazione degli interventi sociali e delle scelte razionali individuali, non può prescindere, nelle sue applicazioni concrete, dalla qualità di vita percepita dall'utente singolo. La qualità della vita che un soggetto ricava dall'istituzionalizzazione in una stessa residenza è infatti

molto variabile a seconda della persona e dei suoi valori personali: per questo motivo il risultato dell'utilizzo del servizio e quindi l'analisi individuale costi/risultati dipende grandemente dalla persona interessata e non può essere trattato come valore medio per la generalità delle persone residenti in quella comunità. Vi sono persone che apprezzano la vita in collettività mentre altre la detestano. Una volta che la collettività abbia impostato un programma di assistenza territoriale sulla base dell'opinione comune riguardo ai risultati dei differenti interventi, occorre successivamente rispettare la libertà individuale, mai tanto importante come in questi casi, ove si coinvolge la vita stessa del soggetto. Ad esempio si ipotizzi l'utente costi meno per il bilancio pubblico e renda maggiori utilità (secondo il metro comune) in semiresidenza, alla quale l'UVG lo candida; si ipotizzi che egli rifiuti l'offerta e preferisca il ricovero: in tal caso la collettività potrebbe accettare la richiesta dell'utente chiedendogli di contribuire per la quota parte di spesa in residenza eccedente la spesa teorica che la collettività avrebbe sostenuto per lui con un trattamento in semiresidenza. Obbligare qualcuno ad una forma di assistenza a lui non gradita, oltre che essere incostituzionale, comporterebbe una perdita di utilità sociale ed una riduzione dell'efficienza degli interventi. Da qui emerge come la soddisfazione dell'utente debba essere registrata e debba essere utilizzata per la concreta sistemazione degli utenti nel posto giusto. Questo è un buon motivo per richiedere un sistema informativo basato sulle posizioni individuali¹⁸.

3) La rilevazione delle informazioni sanitarie individuali nell'ambito del "Progetto Mattoni" del NSIS

Nell'ambito della progettazione del "Nuovo sistema informativo sanitario" (NSIS), recentemente avviata dal Ministero della salute, e del "Progetto mattoni" a questo connesso, si prevede di poter collegare in futuro l'informazione sanitaria con quella sociale prevista dalla Legge n.328 del 2000 (Ministero della Salute 2004, cfr. su questo il cap. 2.2.2). La completa integrazione delle informazioni sanitarie individuali sul

¹⁸ Ciò non significa che tutte le richieste degli utenti possono e debbono essere soddisfatte: ad esempio vi può essere chi vorrebbe essere trattenuto in ospedale ben oltre il limite ragionevole, in quanto un'eccessiva paura di morire gli fa desiderare di essere sempre prossimo alla sala di rianimazione. Questa preferenza individuale costerebbe alla collettività una somma non indifferente oltre il limite che una soluzione alternativa a domicilio comporterebbe. Anche in questo caso il bisogno espresso dall'utente non trova una legittimazione da parte dell'UVG: si può pensare che sarebbe equo riconoscergli un credito tendenzialmente pari alla somma che sarebbe a lui dedicata se accettasse la sistemazione che gli viene proposta come ottimale da parte dell'UVG, obbligandolo a pagare la differenza con risorse proprie.

cittadino avverrà in modo progressivo fino all'ultimo (quarto) stadio di compimento, che prevede l'integrazione col sociale. Tuttavia fin dal primo stadio si prevede che le informazioni individuali siano raccolte per quattro prestazioni, tra cui la riabilitazione extraospedaliera (in regime residenziale e semiresidenziale, registrando in maniera omogenea classificazione e codifiche, variazioni nelle condizioni dell'utente all'ingresso e all'uscita) e le prestazioni residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, domiciliari ad integrazione socio sanitaria, essendo le unità di servizio prodotte oggi utilizzate – “giornate di degenza” oppure “ore di assistenza settimanali a domicilio” – del tutto insoddisfacenti.

Con particolare riferimento ai LEA, si sottolinea l'opportunità di disporre, accanto alle prestazioni, di un'omogenea modalità di rilevazione del bisogno e di un omogeneo sistema di classificazione del grado di non autosufficienza o dipendenza. Si concorda in pieno con questa esigenza, ricordando che il grado di non autosufficienza è un elemento utile ma non sufficiente per predisporre il piano di assistenza personalizzato. Il documento citato lamenta, anche a proposito dell'assistenza residenziale ai malati in fase terminale, carenze di codifica e rilevazione, che dovrebbero essere superate adottando il modello di rilevazione delle SDO. Si richiede inoltre che venga rilevato e inserito nel NSIS il tempo di attesa intercorso fra l'insorgere della domanda e il momento della erogazione della prestazione, e cioè la lunghezza delle liste di attesa.

Nella fase 4, che si prevede di realizzare a tempi lunghi, entrerà nel sistema integrato anche l'assistenza sociale che viene erogata al di fuori di ogni partecipazione del SSN (cfr.p.52 e ss.), che rientra nel sistema informativo sociale SISS (Candela e Mobilio 2003: 107-119). La Legge n.328 del 2000 e il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003 assegnano al SISS le funzioni di monitoraggio sui LEP, sul reddito minimo di inserimento e sul reddito minimo per la disabilità e l'analisi della qualità dei servizi sociali, tramite indicatori e carte dei servizi.

Ritornando ai LEA ed allo stadio 1, lo studio di fattibilità del Ministero della Salute (2004:67) constata che allo stato attuale soltanto le strutture ospedaliere possono ritenersi classificate in modo omogeneo e prospetta un'immediata azione di riclassificazione omogenea di tutte le strutture. Nella sequenza di ingresso nel monitoraggio è prioritario l'ingresso nel NSIS delle strutture per la cronicità e la disabilità, sia pubbliche che private accreditate, delle quali è necessario da subito

monitorare, nel quadro complessivo della rete dei servizi, l'appropriatezza, componente fondamentale del concetto di essenzialità racchiuso nei LEA. Si ribadisce inoltre (Ministero della Salute 2004: 87) che nello stadio 1 deve essere inserita la misura dell'appropriatezza, che è subordinata all'esistenza dell'informazione individuale, orientando il focus sulla popolazione anziana.

4) Metodi alternativi al mercato per la ripartizione amministrativa degli interventi sanitari e sociosanitari ad elevata integrazione sanitaria: l'UVH e il piano personalizzato di assistenza

Se il mercato e il quasi mercato non sono in grado di dare risposte efficienti ed eque al problema di ripartire le risorse pubbliche scarse dei servizi scolastici, sociali e sanitari fra le persone che appartengono alle categorie deboli (tra cui quella degli anziani con malattie croniche), occorre fare riferimento a forme alternative di ripartizione di tipo amministrativo, che facilitino il raggiungimento di questo obiettivo. In questa sede si esaminerà la problematica della ripartizione delle risorse fra le poche persone (circa il 5% della popolazione), appartenenti alle categorie più deboli, che concentrano su di loro circa la metà dei consumi sanitari e sociosanitari ad elevata integrazione sanitaria di un intero Paese. A differenza dei malati acuti, la situazione di questi malati è a lungo decorso ed è relativamente stabile, ad eccezione delle acutizzazioni, che sono sempre possibili e che vanno trattate come per tutti gli altri malati acuti. Questa relativa stabilità nel tempo rende più economico l'impiego delle risorse ingenti necessarie per ottenere il miglior piano di assistenza personalizzato. E' questa la stessa logica che sottostà alla scelta di farsi fare un vestito su misura quando il tessuto è costoso e la durata prevista del vestito è lunga, invece che usare un vestito a taglia preconfezionata, più economico e di breve durata.

Da oltre 30 anni i canadesi del gruppo ROSES dell'Università di Montréal (Tilquin e Vanderstraeten 1987) adottano una tecnica particolareggiata di valutazione multidisciplinare e multidimensionale dei bisogni di ciascuna persona (classificazione per tipo dei malati in cure prolungate, CTMSP) che può dare ottimi orientamenti per una distribuzione equa delle risorse fra i molti che richiedono assistenza domiciliare e residenziale: questa tecnica, esportata in molti Paesi dell'UE e spesso ripresa sotto varie denominazioni, è derivata da un'avanzata organizzazione del lavoro e consiste in un attento esame precodificato di tutti i bisogni di ciascuna persona, che consente di

costruire un piano assistenziale individualizzato completo della valutazione dei tempi mediamente necessari per adempiere alle mansioni ivi previste. In Italia questa procedura canadese informatizzata è stata introdotta venti anni addietro per le Unità di Valutazione Geriatrica (UVG). Da allora varie altre proposte sono state attuate, anche traducendo ed adattando il CTMSP (Tragnone et al 2000).

L'esigenza di un piano personalizzato di assistenza emerge con grande forza insieme con la proposta, estesa a tutte le età, dell'Unità Valutativa dell'Handicap (UVH). L'UVH, descritta nel Programma del governo per l'handicap dell'anno 2000-2002, predisposto ed approvato dalla grande assemblea delle associazioni di persone disabili che venne convocata a Roma alla fine del 1999 (AA.VV. 2000), deve essere multidimensionale e multidisciplinare, composta da più professionalità competenti sulla specifica disabilità e da rappresentanti di istituzioni diverse: ai componenti sanitari (medici, infermieri, psicologi e fisioterapisti o laureati negli altri specifici corsi universitari triennali) si devono aggiungere quelli sociali, dipendenti dal Comune, che devono assumere un ruolo chiave nella squadra. L'UVH può esigere la presenza eventuale di altre figure: gli educatori con le competenze specifiche richieste dal caso, i job coach, i tutor scelti fra i compagni di lavoro dell'azienda e tutti gli altri specialisti di volta in volta necessari. L'UVH deve assorbire tutte le competenze che ora sono distribuite fra diverse unità valutative, ivi comprese le commissioni per l'accertamento dell'invalidità e quelle per l'accertamento della disabilità: nel piano individualizzato devono ritrovarsi sia le misure di aiuto in moneta che quelle in servizi e beni reali¹⁹. La chiave dell'efficienza del sistema è rappresentata dalla continuità garantita dall'UVH, dalla manifestazione della disabilità fino alla fine.

L'UVH dovrà inglobare le funzioni attualmente svolte dalla UVG. Una forma di UVG funziona da oltre 30 anni in Emilia Romagna ove è stata codificata con legge regionale n. 5 del 1994: questo ci consente di fare tesoro della esperienza di una équipe

¹⁹ La composizione della UVH deve essere multidisciplinare: il rappresentante del Comune, componente permanente della UVH, deve prendersi la responsabilità principale di ridurre l'handicap, quella di abbassare il gradino alto, costituito dalle attese da parte della società nei confronti del disabile. Altri operatori si alternano nella UVH nelle varie fasi della vita della persona con disabilità: dalla parte della sanità ci devono essere gli operatori che, dopo avere fatto la diagnosi funzionale, abilitano, riabilitano e cercano di portare il disabile al livello massimo raggiungibile, elevando il gradino basso. Per l'azione congiunta delle due parti l'handicap, quale differenza fra i due gradini, può essere ridotto fino ad annullarsi. Dalla prima infanzia ci deve essere la partecipazione della scuola, che fin dall'asilo nido deve essere presente nell'UVH, équipe multidisciplinare che comprende anche la parte pedagogica speciale. In pratica l'UVH è prefigurata dall'équipe multidisciplinare scolastica, già ampiamente sperimentata in Italia, che dopo l'emanazione dell'apposto decreto interministeriale in preparazione dovrebbe migliorare le potenzialità del suo intervento, anche mediante l'utilizzo della nuova classificazione ICF, già introdotta in Piemonte in via sperimentale.

multidisciplinare che tiene conto dei bisogni ed ha fatto piani di assistenza personalizzati. Per ciascuno è opportuno fare un vestito con le sue misure, rifuggendo dalla tentazione, sempre presente, di cercare alcune taglie fisse in cui incasellare ognuno degli assistiti. Questa è piuttosto l'esperienza dei RUG, che tendono a dare un valore medio di spesa, utile per il terzo pagante (le mutue e Medicare degli USA), in cui incasellare i singoli casi, lasciando poi al produttore il compito di fare il piano di assistenza.

Ogni persona ha le sue particolarità, il suo percorso ottimale da fare, e queste particolarità devono essere tenute nel massimo conto proprio per valorizzare le funzionalità e, se del caso, le diverse abilità che tutti si augurano di trovare e che devono essere incentivate. L'UVH non lavora direttamente sul disabile, fornendo i servizi di cui egli ha bisogno quotidianamente, ma si trova ad un altro livello, quello della programmazione dei servizi e della verifica dei risultati, primo per vedere se le risorse necessarie sono state allocate, secondo per verificare se i servizi sono stati dati nella quantità e nella qualità previste, terzo per vedere quali sono stati i risultati che il programma ha ottenuto.

Il metodo deve prevedere che la verifica venga fatta da parte di qualcuno che non sia lo stesso proponente, perché altrimenti l'autoreferenzialità rende non credibili i risultati. Queste valutazioni di risultato da parte dell'UVH servono per ottimizzare l'uso delle scarse risorse disponibili. La società deve assumersi l'onere di decidere quale debba essere il livello di dignità umana che si deve assicurare a queste persone: non può essere questo il compito dell'esperto, del "tecnico" medico o economista che sia. Secondo Charles Tilquin dell'Università di Montréal questa decisione compete alla collettività, che può essere quella locale o quella nazionale. Nel nostro caso spetta ad entrambe, integrandosi a vicenda, costituire il Fondo per la non autosufficienza (FNA) e dettare le regole per la sua distribuzione fra i tanti che ne avrebbero bisogno, senza ricadere nel finanziamento a pioggia, che non salva nessuno, oppure in quello diretto a una sola persona, per meriti non sempre chiari e condivisi.

Il compito dei tecnici nell'équipe multidimensionale consiste nel prevedere, attraverso l'uso di scale rigorose e onnicomprensive, i bisogni delle persone, che emergono da un'analisi comparata degli stessi nelle due situazioni possibili: a domicilio o in istituzione. Sopra tutto a domicilio si deve tenere conto della parte di bisogni che la

persona stessa è in grado di soddisfare (funzionalità residue) e di quelli soddisfatti dai familiari e dall'intorno sociale. I bisogni, che risultano dalla differenza fra livello che la società considera dignitoso per la persona umana (standard) e ciò che la persona stessa è in grado di fare, devono essere coperti da risorse dei familiari e/o dei servizi. Anche in questo caso si applica una previsione, riferita al tempo medio impiegato dagli operatori delle varie qualifiche per compiere quell'intervento: tuttavia il piano personalizzato consente di correggere la previsione volta per volta. Il risultato ottenuto è una previsione di risorse necessarie, che successivamente permette di effettuare una serie di verifiche:

- se le risorse teoricamente necessarie sono state effettivamente erogate (in caso contrario si dovrà equamente suddividere la carenza di risorse fra tutte le persone che ne hanno bisogno, oppure prendere quelle decisioni "tragiche" di non assistere alcuni a favore di altri;
- se gli interventi previsti sono stati effettivamente effettuati;
- se si sono verificate le attese di miglioramento (o anche di non peggioramento) rispetto all'andamento naturale della malattia;
- se la persona stessa è soddisfatta di questi interventi.

Questo percorso è stato tracciato dal Programma del Governo 2000-2002, che prevede che per tutte le persone disabili, indipendentemente dall'età, venga stabilito da un'équipe multidisciplinare e multidimensionale un piano di assistenza individuale personalizzato per ciascun soggetto. Chi si candida ad entrare in un presidio socio-sanitario oppure in ADI presenta bisogni complessi e duraturi, che esigono la predisposizione di un piano personalizzato prima dell'ammissione nel presidio: infatti la decisione dell'istituzionalizzazione è difficilmente reversibile e deve essere preceduta da un attento esame comparato delle possibili alternative di assistenza a domicilio o in semiresidenza, che l'équipe deve prospettare alla persona disabile e ai suoi famigliari, fornendo tutti i servizi del caso.

La traduzione dei bisogni in domanda legittimata (i servizi compresi nel piano personalizzato di assistenza) dovrebbe essere compiuta da un'équipe libera da condizionamenti: in caso contrario si verificano fenomeni che tendono a impedire una rilevazione corretta dei fenomeni socio-sanitari. Ad esempio molti operatori che dipendono da amministrazioni sanitarie sottovalutano sistematicamente la tipologia dei bisogni dell'utente che necessiterebbe di una RSA (socio-sanitario ad elevata

integrazione sanitaria) declassandone i bisogni a quelli di casa protetta o casa di riposo, per via delle restrizioni di bilancio che gravano sulle AUSL. Viceversa i dipendenti dai Comuni tendono a “sanitarizzare” i bisogni sociali, per scaricare le spese sui bilanci sanitari ed evitare di dover attingere ai magri bilanci comunali. Altre volte le amministrazioni comunali e sanitarie regionali comunali ignorano, spesso volutamente, l’esistenza di strutture per non autosufficienti, poiché se riconoscessero lo stato reale dovrebbero intervenire per pagare almeno parte della retta di alcuni ospiti: il sottobosco di queste strutture può sopravvivere generalmente a bassi livelli di costo (che deve essere sostenuto dall’utente e dai suoi familiari per intero) e di qualità di prestazioni. Esiste quindi un interesse convergente ad ignorare una vasta area di assistenza, che rischia di sfuggire ad ogni controllo di tipo amministrativo, qualitativo e fiscale e che non si limita alle microstrutture di carattere “familiare” ma investe anche strutture di dimensioni medie. Tali realtà emergono soltanto come le punte di iceberg in occasione di scandalosi maltrattamenti di anziani, che l’opinione pubblica “digerisce” e dimentica presto.

Il superamento del problema della sottostima dei non autosufficienti e della resistenza ad attuare il libretto della persona con disabilità previsto dalla Legge n.104 del 1992, sarà agevolato dalla prossima generalizzazione del tesserino sanitario, per ora soltanto adottato in via sperimentale, seppure già diffuso a livello di popolazioni scelte, come quella della Regione Abruzzo e della Lombardia: nel tesserino non potrà non risultare la disabilità, che costituisce una condizione per l’esenzione dalla compartecipazione (c.d. ticket) e l’attributo di non autosufficiente potrà essere ricavato sulla base del giudizio di una équipe multidimensionale ivi riportato, possibilmente seguendo la classificazione ICF dell’OMS, e non sulla base del giudizio del gestore del presidio residenziale ove la persona risiede al momento del censimento decennale della popolazione o della compilazione dei modelli di rilevazione predisposti da ISTAT e Ministeri vari, che saranno analizzati nei capitoli seguenti, come avviene ora. Anche in questo caso la creazione di una porta unica di entrata, gestita da un solo ente, al quale dovrebbe pervenire la valutazione della UVH, consentirebbe più agevolmente di stimare con una certa precisione lo squilibrio fra domanda e offerta di posti residenziali.

4. L'ASSISTENZA INFORMALE²⁰

4.1. Definizioni

L'assistenza può essere erogata sia da assistenti professionali che da fonti informali. In passato si è spesso discusso sulla definizione di assistenza informale fra ricercatori, legislatori e professionisti del settore, il più delle volte intendendo con tale termine gli aiuti offerti da membri della rete familiare e sociale (Borgermans et al. 2001). Recentemente, in uno studio sulla fattibilità di comparare statistiche sull'assistenza agli adulti nei paesi dell'Unione Europea, si è scelta l'opzione di considerare come discriminante dell'aiuto formale o informale il fatto che questo sia erogato a pagamento (in forma diretta o indiretta) oppure in forma gratuita (EUROSTAT 2003).

Nel corso di questo rapporto, pertanto, con assistenza informale si indica qualsiasi tipo di assistenza non direttamente offerta da operatori che intervengono a pagamento (ad esempio medici, infermiere, servizi sociali, etc.), bensì gratuitamente da soggetti che in prevalenza coincidono con membri della rete familiare (coniuge, figli, nipoti, fratelli o altri parenti) o sociale (amici, vicini e volontariato).

In relazione alla natura non professionale dell'assistenza informale, esistono specifiche esigenze di definizione e di misura. Ne elenchiamo alcune:

1. *Attività che rientrano nella definizione di assistenza informale.* Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS) (WHO 1959), la salute consiste nel pieno benessere fisico e psicologico dell'individuo, visto anche nel suo contesto sociale, e non nella semplice assenza di malattie. Ne consegue che l'assistenza ad un anziano può includere sia attività pratiche che sostegno psicologico: se da una parte fare la spesa o cucinare per un anziano non autosufficiente ha una chiara connotazione di assistenza, avere una conversazione

²⁰ Sebbene il capitolo rappresenti il risultato dello sforzo congiunto di Cecilia Tomassini e Andrea Principi, i paragrafi 4.1 è stato prevalentemente curato da Cecilia Tomassini, il 4.3. da Andrea Principi. A tal fine, si desidera ringraziare Romina Fraboni, Giulia Milan, Nicoletta Pannuzi, Maria Clelia Romano, Gabriella Sebastiani, Alessandra Tinto,(ISTAT) Anna Laura Zanatta (Dipartimento di Scienze Demografiche, Università di Roma La Sapienza) per le loro osservazioni ad una prima versione dei paragrafi 4.1 e 4.2, e Renato Frisanco (FIVOL), Barbara Moreschi (ISTAT) ed Emanuela Pieroni (ILESIS) per i commenti formulati ad una prima bozza del paragrafo 4.3. La responsabilità di quanto scritto è esclusivamente degli autori.

telefonica o visitare un anziano che vive solo, può avere un effetto per la salute altrettanto benefico. La compagnia, che può quindi essere inserita nella sfera dell'assistenza, è, per sua natura, normalmente fornita da assistenti informali, mentre altre attività di sostegno possono essere erogate sia da membri della rete sociale che da assistenti formali.

2. *Assistenza funzionale.* Per misurare il bisogno di assistenza per gli anziani (argomento su cui si sofferma più approfonditamente il cap. 3, a cui si rimanda) è necessario considerare la presenza di disabilità che possono impedire il normale svolgimento delle abituali attività quotidiane, riducendo significativamente la qualità di vita della persona anziana. A tal fine, preziosa risulta la nuova classificazione adottata nel 2001 dall'OMS per misurare l'indipendenza funzionale (International Classification of Functioning, ICF). Quesiti sulla capacità di svolgere funzioni ed attività essenziali nella vita quotidiana (ADL e IADL) sono stati inseriti nelle indagini sulla salute svolte dall'ISTAT, comprendenti sia le ADL (Activities of Daily Living) – quali l'accudimento e la cura di sé stessi, limitazioni nella locomozione fino al limite del confinamento, nonché le difficoltà nella comunicazione, cioè incapacità nel vedere, parlare e sentire – sia le IADL (Instrumental Activities of Daily Living), che includono domande su compiti domestici, gestione del denaro, uso del telefono, ecc. Un modo di misurare l'assistenza agli anziani è chiedere se sono in grado di compiere indipendentemente le ADL e IADL e, in caso negativo, chiedere chi li assiste per ciascuna di esse.
3. *Chi assiste?* La rete familiare e sociale che interviene nell'assistenza all'anziano può essere estremamente variegata. Il coniuge ed i figli sono in genere considerati come il “*primary network*”, la rete primaria, e rappresentano il nucleo essenziale del sostegno disponibile per la gran parte degli anziani in Italia. Per gli anziani senza coniuge o senza figli, la rete familiare allargata (composta di fratelli, nipoti o altri parenti) e la rete sociale (formata da amici, vicini e volontari) raramente assumono un ruolo rilevante, in quanto diversi studi hanno mostrato che difficilmente membri non appartenenti alla rete primaria si prestano ad adempiere compiti di assistenza personale (Due et al. 1999). Informazioni sulla rete familiare e sociale degli anziani sono raccolte in numerose indagini internazionali: anche se al momento dell'intervista l'anziano non riceve aiuto, la presenza di una rete sociale dà una

misura (seppure parziale) dei potenziali assistenti che si possono attivare in momenti di bisogno. Anche la prossimità abitativa dei figli (presente ad esempio in tutte le Indagini Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana” fino al 2000, nonché in quelle su “Famiglie, soggetti sociali e condizioni dell’infanzia”) provvede un’informazione utile per capire le risorse su cui l’anziano può contare in caso di urgente necessità.

4. *Durata e frequenza dell’assistenza informale.* La cadenza con cui viene offerta l’assistenza può estendersi dall’aiuto continuo ad un anziano non autosufficiente all’aiuto sporadico in particolari situazioni di bisogno. La natura periodica, saltuaria o mirata a particolari situazioni dell’assistenza sono diversamente rilevate nelle indagini condotte in materia.
5. *Coresidenza.* La forma più estrema di assistenza familiare, che si attiva soprattutto quando l’anziano non è più in grado di vivere indipendentemente, è probabilmente la coresidenza. Anche per quelle coppie in cui un coniuge si prende cura dell’altro, ci troviamo di fronte ad una forma continua di assistenza. La coresidenza, se da una parte offre vantaggi dovuti al controllo continuo dell’assistito, alla riduzione dei tempi di spostamento per raggiungere un’altra abitazione, e al condividere dei compiti abituali (come cucinare, pulire, etc.), dall’altra può comportare un enorme carico di lavoro e psicologico sulla famiglia (e soprattutto sulle donne). L’assistenza offerta a membri residenti nella famiglia risulta quindi un argomento chiave per la conoscenza del fenomeno, specialmente nei paesi, come l’Italia, dove la coresidenza intergenerazionale è più diffusa. Ne consegue che avere una misura statistica di quanto la coresidenza sia o meno una conseguenza del deterioramento della salute dell’anziano è importante al fine di valutare l’aiuto offerto dalla famiglia.

4.2. La famiglia, il vicinato e altre reti sociali di supporto

4.2.1. Fonti

Le fonti considerate in questa sezione fanno prevalentemente riferimento alle indagini condotte dall’Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). L’ISTAT, principale istituto italiano nel fornire dati individuali rappresentativi a livello nazionale sull’assistenza, si basa su rilevazioni fondate su campioni sufficientemente ampi per poter analizzare il fenomeno con tecniche statistiche adeguate. Inoltre, le indagini

ISTAT contengono tutta una serie di variabili demografiche e socio-economiche che producono ulteriori informazioni sulla composizione della popolazione anziana che riceve aiuto.

Le principali indagini che vengono presentate in questa sezione sono (in ordine di importanza rispetto all'argomento qui trattato):

- l'indagine multiscopo quinquennale ISTAT "Famiglia, Soggetti Sociali e Condizione dell'Infanzia" (cfr. fonte n. 4 in Appendice);
- l'indagine multiscopo quinquennale ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" (fonte n. 1);
- l'indagine multiscopo annuale ISTAT "Aspetti della Vita Quotidiana" (fonte n. 3);
- l'indagine multiscopo quinquennale ISTAT "Uso del Tempo" (fonte n. 5);
- l'indagine biennale della Banca d'Italia "I bilanci delle famiglie italiane" (fonte n. 22);
- l'indagine annuale del Censis "Il quadro di vita degli anziani in Italia" (fonte n. 11);
- l'indagine longitudinale (biennale) delle Università di Milano Bicocca, di Trento e di Bologna sulle famiglie italiane (fonte n. 10).

Di seguito sono illustrati i contenuti delle varie fonti.

Indagine multiscopo quinquennale ISTAT "Famiglia, Soggetti Sociali e Condizione dell'Infanzia": Attraverso il questionario di rilevazione sono state raccolte varie informazioni sull'aiuto informale sia dato che ricevuto, ma non tutte risultano pubblicate nell'ultimo volume disponibile, uscito nel 2001. Per quanto riguarda l'aiuto ricevuto, è stato chiesto agli individui se hanno amici o vicini su cui poter contare in caso di bisogno; se la famiglia (e quali componenti) ha ricevuto aiuti gratuitamente (tra le modalità di risposta: accudimento di adulti, prestazioni sanitarie, etc.) da persone non conviventi, da chi è stato fornito tale aiuto (se da una fonte informale, formale o privata) e quante volte è stato ricevuto in vari lassi di tempo (dato non pubblicato). Per quel che concerne gli aiuti dati, si è chiesto se si sono prestati gratuitamente aiuti (stesse modalità di risposta di cui sopra) per persone non conviventi, a quali persone sono stati prestati, quante volte e per quante ore ogni volta.

Indagine multiscopo quinquennale ISTAT “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”: Nell’ultima edizione di questa indagine ci sono varie informazioni sull’aiuto ricevuto ma, non essendo l’argomento principale dell’indagine, le frequenze di tali variabili non compaiono nelle pubblicazioni correnti. Le informazioni sono sull’aiuto o assistenza ricevuta (gratuitamente) da persone non coabitanti e da quali persone (figli, parenti, altri, etc.). Si chiedono informazioni sugli aiuti di natura economica, prestazioni sanitarie, compagnia, accudimento e assistenza, attività domestiche, accompagnamento e ospitalità, pratiche burocratiche, etc. Pubblicati sono invece i dati sull’assistenza notturna ricevuta in ospedale da parte di familiari o altre persone conviventi, parenti non conviventi, amici, colleghi o vicini di casa (dati aggregati). L’indagine inoltre ha una sezione sulle difficoltà nel compiere le ADL, ma non viene rilevato qualora, in caso di presenza di difficoltà nella salute funzionale, la persona riceva o meno aiuto da altre persone.

Indagine annuale Censis “Il quadro di vita degli anziani in Italia”: In questa indagine - condotta dal Censis per conto della rivista “Salute” de “La Repubblica” – si chiede ai sessantenni ed oltre se c’è qualcuno che presta loro una qualche forma generica di aiuto (informazioni disponibili nelle pubblicazioni dell’indagine). Tra le modalità di risposta è possibile identificare se la persona che ha fornito assistenza è il coniuge, i figli, i parenti, amici o vicini.

Indagine multiscopo annuale ISTAT “Aspetti della Vita Quotidiana”: L’indagine multiscopo annuale contiene una sola domanda sull’aiuto informale fornito, per la quale però i risultati non sono stati pubblicati. La domanda rileva quanto tempo l’intervistato dedica mediamente al lavoro domestico e familiare, come faccende di casa, fare la spesa e cura di altri componenti.

Indagine multiscopo quinquennale ISTAT “Uso del Tempo”: La pubblicazione di riferimento relativa all’ultima rilevazione (2002/2003) non è ancora disponibile. In questa indagine si rileva il tempo speso nell’aiuto dato gratuitamente dagli adulti a persone coresidenti e non coresidenti. È possibile integrare tale informazione anche con l’informazione rilevata nella sezione della situazione lavorativa, ove infatti si chiede ai lavoratori se non hanno lavorato nell’ultima settimana perché impegnati nella cura di

anziani, malati, etc.; se hanno organizzato il loro orario di lavoro in base ad esigenze di assistenza a familiari anziani, malati, etc.; se hanno smesso di lavorare per accudire familiari anziani; se non stanno cercando lavoro per accudire altri familiari (ma non figli).

Indagine biennale della Banca d'Italia “I bilanci delle famiglie italiane”: Qui viene chiesto (il dato non è pubblicato, ma è elaborabile tramite consultazione gratuita della banca dati) se la famiglia ricorre all'aiuto di parenti non residenti nello svolgimento di attività domestiche o di cura, e per quante ore settimanali in media.

Indagine longitudinale (biennale) delle Università di Milano Bicocca, di Trento e di Bologna sulle famiglie italiane: Solo le frequenze calcolate sul totale del campione di questa rilevazione sono pubblicate correntemente nel codebook dell'Indagine. Riguardo l'assistenza informale vengono rilevate alcune variabili sull'aiuto prestato, fra cui se i rispondenti si sono dovuti occupare direttamente per lunghi periodi, della cura-assistenza di familiari malati, invalidi, disabili o anziani. Purtroppo le modalità sono aggregate e dunque non è possibile distinguere l'assistenza fornita esclusivamente agli anziani. Viene inoltre chiesto il legame di parentela con la persona assistita ed il periodo esatto durante il quale è stata prestata assistenza. L'indagine ILFI rappresenta una fonte unica per la rilevazione longitudinale dell'assistenza: tale indagine infatti permette di legare la storia di cura delle persone insieme a quella familiare e professionale.

4.2.2. Altre informazioni sulle reti sociali

La famiglia conserva un ruolo fondamentale nel benessere emotivo dell'anziano: la frequenza e la qualità dei contatti con figli e parenti lo aiutano a conservare la sua integrazione con la società. La presenza e la locazione di reti familiari estese ha una notevole importanza per capire l'insieme dei possibili assistenti per un anziano bisognoso di aiuto. L'argomento viene ampiamente trattato nelle Indagini Multiscopo su Famiglia e Soggetti Sociali del 1998 e del 2003, che contengono una ricca sezione sugli scambi con parenti non conviventi e con vicini ed amici. Le relazioni fra anziani e parenti vengono però rilevate in termini puramente di contatti (faccia a faccia o telefonici), i quali sono più utili ad individuare le relazioni sociali che l'assistenza vera e

propria. Anche se è possibile ipotizzare una stretta relazione fra la mancanza di un'ampia rete sociale e familiare ed una bassa possibilità di ricevere aiuto da essa, la relazione non è necessariamente vera al contrario.

L'assistenza a persone anziane fornita da parenti (soprattutto figli e nuore/generi) rappresenta la norma nella maggior parte dei paesi dell'Europa meridionale. Fra gli anziani che ricevono assistenza in Italia, secondo l'Indagine Multiscopo del 1998 (calcoli a cura dell'autore), circa due anziani su cinque lo ricevono esclusivamente dalla famiglia ed altri due esclusivamente dal settore privato a pagamento. L'assistenza formale pubblica è usata in modo esclusivo solo dal 2% degli anziani e dal 3.5% combinata ad altre fonti di aiuto, a dimostrazione della vitale importanza del settore informale e privato nell'assistenza alla popolazione anziana non istituzionalizzata in Italia. In proposito va anche sottolineato che tali dati sono riferiti solamente agli aiuti ricevuti dall'esterno del nucleo familiare, mentre ad essi dovrebbero aggiungersi tutti quegli aiuti che vengono scambiati all'interno della famiglia, e che sono purtroppo quasi completamente assenti dalle indagini italiane, con la sola eccezione dell'Indagine sulla salute del 1986-87 e dell'Indagine sull'uso del tempo del 2002-03. In quest'ultima, in particolare, è possibile identificare coloro che prestano aiuto a familiari sia coresidenti che non conviventi, in termini di cura, compagnia o aiuto mediante prestazioni sanitarie, quantificando anche in termini di tempo l'aiuto offerto. In proposito va inoltre ricordato che i paesi dell'Europa meridionale sono caratterizzati da un'alta frequenza di coresidenza fra genitori e figli, fra parenti anziani e famiglie con componenti più giovani.

Gli amici ed i vicini possono avere un ruolo molto importante nell'assistenza agli anziani, soprattutto quando questi mancano di membri della rete primaria (coniuge e figli). Le Indagini Multiscopo su Famiglie e Soggetti Sociali del 1998 e del 2003 contengono una domanda sulla presenza di amici su cui contare in caso di bisogno. Inoltre viene rilevata la frequenza dei contatti con questi amici. Per quanto riguarda i vicini, entrambe le indagini hanno una domanda sulla presenza di persone che abitano vicino e sui quali l'intervistato può contare in caso di necessità.

In un recente studio sull'assistenza ricevuta da anziani non in coppia con età superiore ai 65 anni che ha usato i dati dell'Indagine Multiscopo del 1998, si è visto come il 4.2% aveva ricevuto aiuto da parte di amici o vicini (Tomassini e Glaser 2003),

contro il 14.1% da parte della famiglia e l'1.8% da parte di strutture formali di assistenza. Per quanto riguarda gli anziani in generale che ricevono aiuto, il 2.5% lo riceve da amici o vicini. Diversi studi (Shye, Mullooly et al. 1995) hanno mostrato però come l'assistenza offerta da amici e vicini ha diverse connotazioni da quella offerta dalla rete primaria, tendendo ad essere più saltuaria che periodica (soprattutto nel caso degli amici), e non investendo normalmente la sfera dell'assistenza personale.

4.2.3. Lacune e proposte per la raccolta di dati sull'assistenza informale

1. Una strategia utile per migliorare l'informazione statistica sull'assistenza agli anziani in Italia è sicuramente quella volta ad incrementare la disponibilità di dati sulla ripartizione dell'attività assistenziale fra settore formale e settore informale. Una delle priorità che il processo di invecchiamento pone è, infatti, proprio quella di stimare il livello di domanda potenziale esistente nei confronti delle varie tipologie di servizi assistenziali, in un contesto demografico in cui la popolazione anziana aumenta e il numero di potenziali assistenti famigliari diminuisce. Se la famiglia ha sempre avuto in Italia un ruolo chiave per l'assistenza agli anziani, non è detto che questo ruolo voglia e possa rimanere invariato in futuro. Per individuare i reali bisogni degli anziani (cfr. cap. 3), ad esempio in termini di capacità funzionale laddove l'anziano non sia più autosufficiente, sarebbe utile sapere chi normalmente assolve il compito di aiutarlo quando ne ha bisogno. Un altro rilevante elemento informativo da includere nelle indagini andrebbe raccolto chiedendo se la soluzione di assistenza attuale sia la preferita dall'anziano e da colui/colei che lo assiste.
2. Si ritiene sia importante rilevare l'assistenza scambiata all'interno della famiglia (e cioè tra persone conviventi), inclusa quella fra coniugi. Attualmente infatti le maggiori fonti (multiscopo "Famiglia e soggetti sociali" e "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari") sono concentrate esclusivamente sull'aiuto informale ricevuto da (o prestato a) persone non conviventi.
3. Si ritiene importante raccogliere le informazioni sull'assistenza soprattutto a livello individuale, piuttosto che non familiare.
4. Si ritiene utile non concentrarsi solo sull'aiuto principale, ma coprire l'assistenza per ciascuna funzione. Alcuni paesi come la Gran Bretagna, la Svezia ed i Paesi Bassi, nelle rispettive indagini General Household Surveys (GHS), Hemma på äldre

dar (HPAD) e Longitudinal Ageing Study Amsterdam (LASA) hanno adottato o uno speciale questionario riservato agli anziani (GHS), ripetuto con cadenza periodica, o una batteria fissa di domande (HPAD, LASA) che rileva l'assistenza ricevuta per ciascuna delle ADL ed in generale per lo svolgimento delle IADL.

5. Sarebbe bene classificare con maggior precisione le diverse categorie di assistiti, così da poter individuare e distinguere ad esempio l'assistenza prestata ad anziani da quella a disabili o ad altri familiari malati.
6. Alla raccolta di informazioni statistiche sull'assistenza agli anziani non sempre segue la loro pubblicazione in forma di statistiche correnti. È auspicabile che l'assistenza agli anziani divenga un argomento abituale nelle pubblicazioni correnti degli enti gestori delle varie indagini considerate in questa sezione.

4.3. Il volontariato

4.3.1. Definizioni

In questo lavoro definiamo “volontariato” l'opera prestata volontariamente e gratuitamente (o a fronte di un semplice rimborso spese) da parte di persone che appartengono ad un'organizzazione di volontariato fondata sui principi della solidarietà, della sussidiarietà, della partecipazione, etc. In quanto non retribuita, ma organizzata e strutturata al di fuori del contesto familiare (affrontato nel paragrafo precedente), si tratta pertanto di un'attività “informale”, pur nella consapevolezza che in quei (rari) casi in cui un'organizzazione di volontariato vada a dar luogo a rapporti di lavoro retribuiti, l'attività finisca con il dover essere considerata formale.

E' possibile riferirsi al volontariato “attivo” o “passivo”. E' attivo quando si presta opera di volontariato, è passivo quando la si riceve. Le organizzazioni di volontariato e quindi i volontari, prestano opera in tutti i campi del sociale, socio-assistenziale, sanitario, tutela e promozione dei diritti, tutela e valorizzazione dell'ambiente, attività educative, attività culturali, educazione alla pratica sportiva, attività ricreative, protezione civile, etc., ma qui l'attenzione si limiterà al volontariato nell'assistenza agli anziani, prevalentemente erogata in campo socio-assistenziale e sanitario.

4.3.2. Fonti e contenuti

Le principali fonti disponibili a livello di statistiche correnti in materia sono le seguenti:

- ISTAT: Rilevazione biennale delle organizzazioni di volontariato iscritte nei registri delle Regioni e delle Province Autonome (cfr. fonte n. 6 in Appendice);
- FIVOL: Rilevazione quadriennale delle organizzazioni di volontariato iscritte e non iscritte nei registri delle Regioni e delle Province Autonome (fonte n. 7);
- ISTAT: Indagine multiscopo quinquennale “Famiglia e Soggetti Sociali” (fonte n. 4);
- ILESIS: Primo rapporto sul volontariato sanitario e socio-assistenziale (fonte n. 8).

Tramite le prime due fonti è possibile ricavare informazioni sul volontariato attivo, mentre le altre sono più centrate sul volontariato “passivo”. Esistono anche altre fonti che toccano l’argomento, ma poiché lo trattano in maniera marginale, saranno descritte in seguito solo brevemente.

ISTAT – Rilevazione delle organizzazioni di volontariato iscritte nei registri delle Regioni e delle Province Autonome: Si tratta di una rilevazione biennale, ma va tenuto presente che il questionario “2001” impiegato per la costruzione della scheda in Appendice è stato in realtà somministrato nel 2002-2003. Non esiste ancora la pubblicazione cartacea, mentre l’uscita on-line dei risultati è data come imminente. Ai fini della stesura del presente rapporto è stato comunque possibile reperire “in anteprima” alcuni risultati rilevanti, tramite la collaborazione dell’ISTAT. L’unica informazione utile è risultata quella del numero degli utenti anziani (autosufficienti e non autosufficienti) fruitori dei servizi forniti dalle varie organizzazioni di volontariato.

FIVOL - Rilevazione delle organizzazioni di volontariato iscritte e non iscritte nei registri delle Regioni e delle Province Autonome: La principale differenza tra la rilevazione condotta dalla Fondazione Italiana per il Volontariato (FIVOL) e quella dell'ISTAT, è che la prima rileva, oltre alle organizzazioni di volontariato iscritte nei registri delle Regioni, anche quelle non iscritte a tali registri. Mentre ovviamente i fondi ISTAT sono pubblici, la FIVOL per rilevazioni e pubblicazioni opera con fondi propri e con il contributo della Fondazione “Cassa di Risparmio di Roma”.

L'ultima rilevazione (quadriennale) è stata quella del 2001, non esiste ancora il volume cartaceo che dovrebbe uscire nei prossimi mesi. Il ritardo della pubblicazione è dovuto alla scelta della FIVOL di privilegiare i singoli rapporti regionali (ne sono stati pubblicati 18, disponibili on-line anche nel sito della FIVOL: www.fivol.it), rispetto al quadro nazionale.

I dati qui considerati si riferiscono alla rilevazione del 1997, i cui risultati sono stati pubblicati due anni dopo (cfr. Appendice). Tra le informazioni più interessanti fornite dalla rilevazione FIVOL, vanno menzionate quelle relative al numero di organizzazioni di volontariato che si occupano di anziani (specificandone l'ordine di priorità) e al tempo dedicato dai volontari alle attività in tale settore. Inoltre vengono individuate anche le eventuali strutture all'interno delle quali l'organizzazione opera, il settore d'intervento e le prestazioni che l'organizzazione eroga, oltre a qualche informazione su risorse, costi e qualità (i.e. iniziative di formazione oppure eventuali corsi preliminari per le “reclute”). Ciò consente di elaborare (FIVOL 1999: 115) anche alcuni indicatori sul volontariato per diverse categorie di utenza (tra cui quella degli “anziani autosufficienti”), come ad esempio il settore d'intervento prevalente, le maggiori strutture ed ambiti di intervento, le principali prestazioni erogate, l'eventuale presenza anche di un'utenza di anziani non autosufficienti, nonché il profilo tipo dei volontari che si occupano di anziani (in termini di principali caratteristiche demografiche).

ISTAT – Indagine multiscopo “Famiglia e Soggetti Sociali”: L'ultima rilevazione effettuata è del 2003 ma, non avendo ancora dato luogo a pubblicazioni, ci si baserà di seguito sull'ultima disponibile del 1998 (epoca in cui l'indagine si intitolava ancora “Famiglia, soggetti sociali e condizione dell'infanzia”). Tramite questa indagine è possibile ricavare informazioni sul volontariato passivo, ed in particolare (nell'ambito della sezione 4 del “questionario familiare” dedicata agli “aiuti ricevuti dalla

famiglia”) le seguenti: 1) persone della famiglia con più di 65 anni di età, che nelle ultime 4 settimane hanno ricevuto aiuto (tra “accudimento e assistenza adulti”, “prestazioni sanitarie”, “attività domestiche”, “compagnia, accompagnamento, ospitalità” e “espletamento di pratiche burocratiche”) da una persona appartenente a gruppi di volontariato; 2) quante volte è stato ricevuto questo aiuto; 3) se l’aiuto è stato ricevuto anche altre volte (se sì, quante) nel corso degli ultimi 12 mesi.

L’indagine del 1998 ha dato vita a cinque pubblicazioni: “Vita quotidiana di bambini e ragazzi”, “Le strutture famigliari”, “La mobilità sociale”, “La vita di coppia” e “Parentela e reti di solidarietà”. L’unica pubblicazione utile per le informazioni sul volontariato è quest’ultima, anche se, come vedremo nel paragrafo successivo, tale lavoro rispetto all’assistenza agli anziani non porta particolari contributi, in quanto le informazioni reperite sopra descritte, e dunque presenti nella banca dati, non sono state pubblicate nel volume in questione.

ILEGIS – Primo rapporto sul volontariato sanitario e socio-assistenziale: Il rapporto dell’Ilesis, inserito nel contesto delle statistiche correnti disponibili sull’argomento, costituisce in realtà solo la prima rilevazione realizzata (nel 2003) da questa società. Come nel caso della FIVOL, siamo nel campo del privato (il rapporto è stato prodotto con il contributo di Farindustria), quindi non è facile avere garanzie sulla sua futura continuità, sebbene nelle intenzioni dei curatori la rilevazione dovrebbe avere cadenza biennale. La fonte merita comunque di essere menzionata perché dettaglia come nessun’altra certi aspetti dell’argomento, in particolare quello del volontariato passivo.

Le rilevazioni in realtà sono state due: una su un campione rappresentativo della popolazione nazionale, ed una su 174 testimoni privilegiati. La parte ai nostri fini più interessante è stata quella sul campione nazionale, che ha permesso di raccogliere informazioni per classi di età rispetto alle esperienze di aiuto ricevuto dagli interpellati (direttamente e/o indirettamente, in passato o attualmente), circa le quali è stata anche chiesta una valutazione piuttosto dettagliata.

E’ stata inoltre “misurata” la propensione verso il volontariato attivo nel campo dell’aiuto agli anziani malati, chiedendo anche se si consideri auspicabile che il volontariato sanitario e/o socio-assistenziale si sviluppi verso l’aiuto agli anziani malati.

Tra le altre fonti che affrontano solo marginalmente l'argomento, possono infine ricordarsi le seguenti:

- **Indagine Multiscopo ISTAT “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”** (cfr. fonte n. 1 in Appendice): tramite questa indagine quinquennale è possibile conoscere la percentuale di anziani che durante le notti di ricovero trascorse in ospedale è stata assistita da volontari;
- **Indagine CENSIS “Il quadro della vita degli anziani in Italia”** (fonte n. 11): l'indagine del 2004 è la terza della serie avviata dal Censis per conto del quotidiano “La Repubblica”. Il campione preso in considerazione comprende 1.500 soggetti dai 60 anni in avanti. Sul volontariato è raccolta una sola informazione, ma importante, che consente di conoscere la percentuale di anziani “attualmente” assistita da volontari;
- **Indagine Multiscopo ISTAT “Aspetti della vita quotidiana” sulle famiglie** (fonte n. 3): la rilevazione del 2002 di quest'indagine dedicava un'intera sezione al volontariato attivo, sulla quale non è stato pubblicato alcun dato, e che poi non è stata ripetuta nella rilevazione del 2003. Da qui si ricavano informazioni sul volontariato attivo nei confronti degli anziani per attività di assistenza infermieristica, terapeutica e sanitaria, settore di attività prevalente dell'organizzazione di volontariato, e tipo di servizi da questa offerti;
- **Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali** (fonte n. 18): tramite questa rilevazione, dai dati sul personale è possibile ricavare (risultati non pubblicati) il numero di volontari operanti nel presidio e la professione da essi esercitata;
- **Indagine CENSIS/ASSR su domanda di salute e soddisfazione dei cittadini anziani verso il SSN**: indagine su un campione di 1500 persone di 65 anni ed oltre, condotta una tantum e pertanto non considerabile tra le statistiche correnti. Qui tramite la domanda “chi fornisce assistenza in caso di bisogno”, è possibile risalire alla percentuale di anziani che hanno risposto “volontari” (Censis 2004/b).

4.3.3. Lacune e proposte

4.3.3.1. Considerazioni generali

Una prima considerazione formulabile è che spesso, nel campo del volontariato attivo, si chiede alle organizzazioni interpellate di indicare il “settore d’intervento”. Non è previsto esplicitamente un settore “anziani”, dunque le informazioni riferite all’assistenza agli anziani confluiscono e si “perdono” prevalentemente nei settori socio-assistenziale e sanitario, all’interno dei quali non vengono forniti dati per classi di età sull’utenza. Per colmare tale lacuna sarebbe quindi opportuno, per ogni settore d’intervento previsto, dettagliare i dati per classi di età rispetto all’utenza.

Prima di entrare nel dettaglio circa le singole quattro fonti principali, è d’uopo qualche ulteriore considerazione di carattere generale. Al fine di ricavare informazioni di base su volontariato e assistenza agli anziani, sarebbe auspicabile che tali fonti riuscissero a rispondere almeno alle seguenti domande, ponendole, a seconda dei casi, sia alle organizzazioni di volontariato, sia agli utenti: 1) Quanti sono gli anziani che beneficiano dell’assistenza erogata dalle organizzazioni di volontariato? 2) Quante associazioni di volontariato si occupano di assistenza agli anziani? 3) Quanti volontari prestano la loro attività nel campo dell’assistenza agli anziani? 4) Quali prestazioni vengono erogate ad utenti anziani? 5) Con che frequenza? Vediamo qual è la situazione attualmente in Italia rispetto a tali domande (cfr. Tab. 1).

Delle due rilevazioni sulle organizzazioni di volontariato, solo quella dell’ISTAT risponde alla **prima domanda** (la FIVOL nell’indagine del 1997 non ha chiesto alle organizzazioni il numero degli utenti, mentre lo ha fatto nel 2001, sebbene il dato non sia stato ancora pubblicato). Tuttavia va segnalato che l’indagine ISTAT nel questionario non pone il quesito in modo troppo chiaro. La domanda è infatti la seguente: “Per i servizi rivolti ad utenti indicare, per ciascuna tipologia, il numero”. Ciò che non è chiaro è se si sta chiedendo il numero dei servizi o il numero degli utenti. Per chiarire che ci si stesse riferendo agli utenti è stato necessario un contatto telefonico con i responsabili della rilevazione.

Tab. 1: Disponibilità di informazioni inerenti alcuni quesiti di base in materia di volontariato assistenziale per anziani		
Quesito	Fonte	Disponibilità dato
1) Quanti sono gli anziani che beneficiano dell'assistenza erogata dalle organizzazioni di volontariato?	ISTAT	Si (616.843)
	FIVOL	Non rilevato
	ISTAT (IMF)	Non pubblicato
	ILESIS	8,7%
2) Quante associazioni di volontariato si occupano di assistenza agli anziani?	ISTAT	Non pubblicato
	FIVOL	4.555
3) Quanti volontari prestano la loro attività nel campo dell'assistenza agli anziani?	ISTAT	Non pubblicato
	FIVOL	Non pubblicato
4) Quali prestazioni vengono erogate ad utenti anziani?	ISTAT	Non pubblicato
	FIVOL	Non pubblicato
5) Con che frequenza?	ISTAT	Non pubblicato
	FIVOL	Non rilevato

Valutando le indagini tramite le quali ci si rivolge direttamente agli utenti o ai potenziali utenti, quella campionaria dell'ILESIS rileva la percentuale di persone con più di 55 anni (non di 65 anni) che ha avuto esperienza diretta di aiuto ricevuto dalle organizzazioni di volontariato. Potenzialmente il dato per gli ultrasessantacinquenni è ricavabile anche dall'indagine multiscopo dell'ISTAT, ma non è stato pubblicato.

Solo l'indagine sulle organizzazioni di volontariato della FIVOL risponde alla **seconda domanda**, mentre sarebbe auspicabile che in futuro lo facesse anche l'ISTAT (che in realtà rileva il dato, ma non lo pubblica).

Le indagini sulle organizzazioni di volontariato non rispondono in modo esplicito al **terzo quesito**. Quella della FIVOL riporta la percentuale delle ore di volontariato per tipologia di utenza (tra cui quella anziana), ma non il numero dei volontari che prestano attività nel campo dell'assistenza agli anziani. In realtà qui una stima sarebbe possibile incrociando le organizzazioni che dichiarano di occuparsi in modo esclusivo o

prioritario di anziani (autosufficienti e non) con il numero dei volontari delle organizzazioni, ma il dato non viene pubblicato.

Anche nel caso dell'ISTAT il dato sarebbe ricostruibile, perché il questionario di rilevazione chiede alle varie organizzazioni il numero dei volontari impiegati nei vari servizi svolti, tra cui quelli resi ad utenti anziani. In sostanza, delle organizzazioni che affermano di occuparsi di anziani si conosce anche il numero dei volontari, ma anche qui il dato non viene pubblicato. La lacuna andrebbe pertanto colmata con la pubblicazione dell'informazione in entrambe le indagini. Inoltre, sarebbe interessante conoscere il profilo dei volontari impiegati nel settore (età, sesso ed altre principali caratteristiche demografiche).

Per quanto riguarda la **quarta domanda**, la FIVOL e l'ISTAT rilevano una serie di prestazioni, ma non pubblicano i risultati per classe di età dell'utenza. Quanto all'**ultimo quesito**, il numero di prestazioni/utenti viene rilevato dall'ISTAT (risultati non pubblicati per classi di età dell'utenza), ma non dalla FIVOL.

Rispetto alle tematica dei **costi**, alcune informazioni sono ricavabili dalle rilevazioni sulle organizzazioni ISTAT e FIVOL. Per quanto riguarda la qualità del servizio offerto, le rilevazioni appena citate affrontano l'argomento informandosi su corsi di pre-ammissione (FIVOL) o di formazione-aggiornamento dei volontari (ISTAT e FIVOL), mentre l'indagine dell'ILEISIS si rivolge a chi ha beneficiato del volontariato chiedendo una valutazione piuttosto dettagliata dell'aiuto ricevuto. Da sottolineare il fatto che né sui costi né sulla qualità risultano pubblicati dati che consentano di individuare le organizzazioni che si occupano di anziani in via esclusiva o prioritaria.

Si ritiene infine importante conoscere in che misura i volontari erogino assistenza presso il domicilio degli anziani o in istituto. L'indagine della FIVOL rileva tale informazione, ma la pubblica senza specificare categorie o classi di età dell'utenza, mentre quella sulle organizzazioni dell'ISTAT non dedica neppure due modalità di risposta differenti all'argomento.

4.3.3.2. Considerazioni sulle rilevazioni inerenti le organizzazioni di volontariato (indagini ISTAT e FIVOL)

Sono entrambe indagini molto utili, in quanto l'una fornisce informazioni solo sulle organizzazioni iscritte ai registri regionali (ISTAT), l'altra anche su quelle non iscritte

(FIVOL). Tuttavia si osserva una certa discrasia tra le due indagini circa il numero totale di organizzazioni censite. I dati del 1997 della FIVOL indicano l'esistenza di 10.516 organizzazioni, tra iscritte e non iscritte ai registri regionali. Ci si aspetterebbe un dato ISTAT riferito allo stesso anno molto più basso, dal momento che tale ente censisce solo le organizzazioni iscritte, invece l'universo ISTAT per lo stesso anno è di 11.710 organizzazioni. Nel 2001 tale discrasia sembra invece scomparire, risultando all'ISTAT 18.293 organizzazioni, alla FIVOL 26.235 (delle quali ne è stato esaminato un campione di 13.089) (Frisanco 2001). A cosa è dovuto il gap della precedente rilevazione? Principalmente al fatto che la mappatura FIVOL del 1997, anche se metodologicamente orientata a coprire la totalità del fenomeno (FIVOL 1999: 17), a differenza di quella del 2001, non ha raggiunto l'universo delle organizzazioni iscritte e non iscritte, ma soltanto un campione. Secondariamente (ma nel 2001 questa motivazione, pur persistente, non ha dato vita a differenze così nette), alla più rigorosa definizione di organizzazione di volontariato adottata dalla FIVOL (FIVOL 1999: 16-17), che ha portato all'eliminazione di molte delle organizzazioni iscritte ai registri, censite invece dall'ISTAT.

Sempre per quanto riguarda la FIVOL, si riscontra la necessità di poter disporre in tempi più stretti del rapporto nazionale rispetto alla rilevazione dei dati, considerando che quello relativo alla rilevazione del 2001 a tutt'oggi non risulta ancora pubblicato. Se da un lato va incoraggiata la propensione a dare maggiore spazio alle realtà territoriali, dall'altro non si deve perdere il quadro nazionale (come invece sta succedendo per quest'ultima rilevazione).

4.3.3.3. Considerazioni sulle rilevazioni inerenti il punto di vista degli individui (Multiscopo ISTAT e ILESIS)

Le informazioni reperite tramite queste rilevazioni sono molto interessanti e si deve pertanto con stupore osservare che nel caso della Multiscopo dell'ISTAT nulla venga pubblicato in materia, nonostante nella banca dati le informazioni siano presenti. Per quanto riguarda l'indagine ILESIS (che dovrebbe avere cadenza biennale), i commenti sono nel complesso positivi, a parte il limite dei pochissimi incroci pubblicati, legato al carattere prevalentemente descrittivo del rapporto. In particolare, sarebbe stato interessante un incrocio per classi di età tra le esperienze di volontariato socio-sanitario

passivo e alcune variabili socio-demografiche come la ripartizione geografica, il sesso e il titolo di studio. Inoltre, per un ulteriore miglioramento della pubblicazione, sarebbe opportuno creare una classe di età “65 ed oltre”, al posto (o meglio in aggiunta) di quella esistente “55 ed oltre”, che risulta fuori dai canoni tradizionali di definizione della “classe anziana”.

Tuttavia nel complesso l’indagine, risultando centrata espressamente sul volontariato sanitario e socio-assistenziale, è capace di fornire informazioni molto interessanti sul volontariato passivo (non solo esperienze dirette, ma anche le valutazioni inerenti queste esperienze), e sulla propensione delle varie coorti di età verso il volontariato attivo nel campo dell’assistenza agli anziani.

5. L'ASSISTENZA PERSONALE TRA PRIVATO E SOMMERSO²¹

5.1. Definizioni

L'assistenza privata a pagamento ha acquistato negli anni recenti un ruolo centrale nella cura agli anziani non autosufficienti in Italia. Ci si riferisce qui all'assistenza personale definita come l'aiuto domiciliare a pagamento fornito all'anziano da individui esterni alla famiglia, e non legati al servizio pubblico. Tale aiuto si concretizza generalmente in due principali attività: cura della persona e cura della casa. La cura della persona consiste nelle attività svolte da un individuo autonomo per aiutare un anziano non autosufficiente nei bisogni quotidiani riguardanti le sue condizioni fisiche e le sue necessità psicologiche. La cura della casa è rivolta al mantenimento ed alla gestione dell'ambiente domestico.

La figura più diffusa è il personale che vive a domicilio dell'anziano, nella gran parte dei casi rappresentato da donne straniere provenienti da paesi non appartenenti alla vecchia Europa dei 15. Queste persone sono abitualmente definite "badanti", termine utilizzato pure dai mezzi di comunicazione. L'origine storica di tale termine, l'abitudine ad utilizzarlo per definire figure diverse da quelle che operano a domicilio del servizio pubblico e il carattere talora diminutivo che ha assunto, ne sconsigliano l'utilizzo. Sono state proposte molteplici denominazioni alternative (ad esempio "assistente domiciliare", "aiutante domiciliare", "supercolf") ma la più valida e maggiormente utilizzata appare essere "assistente familiare", impiegata pure in alcuni documenti ufficiali²², anche se il termine ad hoc sarebbe forse più propriamente "assistente personale", già ampiamente utilizzato per indicare chi assiste una persona con handicap fisico di età al di sotto dei 65 anni (Principi et al. 2004).

E' noto (Gori 2002) che il settore è permeato da un largo ricorso al pagamento "in nero" e, sebbene le istituzioni si stiano dando da fare per regolarizzare il maggior numero possibile di rapporti lavorativi di tal genere, il "sommerso" in questo campo

²¹ di Cristiano Gori, Andrea Principi e Cecilia Tomassini.

Si desidera ringraziare, per la collaborazione fornita in sede di stesura del presente capitolo, Antonella Baldassarini dell'ISTAT e Angela Fucilitti dell'INPS.

²² Il termine "assistente familiare" è utilizzato ad esempio nelle normative delle regioni Campania (2003), Toscana (2002) ed Emilia-Romagna (2003) che ne definiscono il percorso formativo.

appare considerevole. E' per sottolineare tale rilevanza che in questo capitolo se ne fa esplicita menzione, pur sapendo che non esistono statistiche sul sommerso, bensì qualche utile stima, che tra l'altro potrebbe essere migliorata con un piccolo sforzo, come in seguito suggerito.

Rientra in questo tipo di assistenza anche quella erogata da enti privati (for profit e non) attraverso proprio personale da questi stipendiato e senza la mediazione del settore pubblico. Si tratta, comunque, di realtà la cui presenza è a tutt'oggi estremamente ridotta rispetto a quella delle assistenti familiari, nonostante una certa tendenza alla crescita (Polverini e Lamura 2004).

La diffusione dell'assistenza personale è legata a diversi motivi. Tra questi, centrale appare il fatto che il rapido processo di invecchiamento che il nostro paese sta sperimentando si intreccia con una ridotta offerta di servizi pubblici. Pur tra eterogeneità regionali e locali, si tratta di un aspetto caratteristico della realtà italiana, che è stato sempre accompagnato dal forte impegno della famiglia, la fonte di maggior sostegno e cura per gli anziani. Tuttavia, il potenziale sostegno informale da parte di chi si è storicamente fatto carico di tale incombenza è in diminuzione, anche a seguito della maggiore partecipazione femminile al mercato del lavoro. Questo intreccio di motivi sul lato della domanda si salda, su quello dell'offerta, con la disponibilità di assistenza erogata da persone immigrate a costi relativamente bassi (molto spesso minori delle rette per le strutture residenziali, cfr. cap. 8) ed impiegabile in maniera piuttosto flessibile.

5.2. Fonti

Quesiti inerenti l'assistenza personale (intesa sia come assistenza alla persona che come aiuto nello sbrigare le faccende domestiche) sono presenti in numerose indagini nazionali, anche per l'effetto che tale fenomeno può avere sul reddito delle famiglie. Le principali sono (cfr. l'Appendice per le relative schede di dettaglio):

- 1) l'indagine multiscopo ISTAT quinquennale "Famiglia, soggetti sociali e condizioni dell'infanzia";
- 2) l'indagine multiscopo annuale ISTAT "Aspetti della vita quotidiana";

- 3) l'indagine multiscopo quinquennale ISTAT "Condizioni di Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari";
- 4) l'indagine annuale ISTAT sui consumi delle famiglie;
- 5) l'indagine multiscopo quinquennale ISTAT "Uso del Tempo";
- 6) l'indagine annuale sugli anziani Censis-Salute la Repubblica;
- 7) l'indagine biennale della Banca d'Italia "I bilanci delle famiglie italiane";
- 8) l'indagine longitudinale biennale delle Università di Milano Bicocca, Trento e Bologna sulle famiglie italiane (ILFI).

Esistono anche altre fonti dalle quali sono ricavabili informazioni meno dettagliate e/o non aventi carattere di periodicità (delle quali pertanto non è fornita in Appendice alcuna scheda informativa). Ad esempio, per quanto riguarda le badanti regolarmente assunte, l'INPS mette a disposizione degli utenti una banca dati on-line dove è possibile reperire informazioni aggregate con altre categorie di lavoratori, comprese nel più vasto settore dei "lavoratori domestici" (<http://banchedatistatistiche.inps.it/menu/domestici/main.html>).

E' inoltre di recente pubblicazione un rapporto congiunto INPS-Caritas/Migrantes sull'immigrazione e la collaborazione domestica (INPS-Caritas/Migrantes 2004), nell'ambito del quale si utilizza anche il database del Ministero dell'Interno contenente le risultanze dell'ultima regolarizzazione di stranieri extracomunitari, scaduta nel novembre del 2002 in applicazione della legge "Bossi-Fini". Si tratta della prima esperienza del genere, ed è al vaglio dei curatori la possibilità di ripetere la ricerca a cadenza fissa.

Il database del Ministero dell'Interno riesce a fornire un'informazione in materia di assistenza più dettagliata rispetto all'INPS, ma limitatamente agli extracomunitari regolarizzati, distinguendo tra lavoratori dipendenti d'azienda e lavoratori domestici, e questi ultimi ulteriormente tra colf e assistenti, pur non specificando la classe di età dell'assistito. Alcune stime (ma aggregate) sul sommerso sono invece ricavabili dal recente lavoro dell'ISTAT sull'occupazione non regolare (ISTAT 2002).

5.3. Contenuti

Nelle ultime indagini multiscopo ISTAT quinquennali “Famiglia, soggetti sociali e condizioni dell’infanzia” e “Uso del Tempo”, viene chiesto se la famiglia si è avvalsa del servizio a pagamento di una persona che assiste un anziano o un disabile (unica modalità di risposta). In caso di risposta affermativa, si chiede se l’aiuto è stato fornito da personale italiano o straniero, e per quante ore a settimana. Per quanto riguarda la prima, l’ultimo dato pubblicato (2001) è aggregato (personale italiano più straniero). La stessa indagine ripetuta nel 2003 (pubblicazione non ancora disponibile) amplia la sezione riservata alla rilevazione di assistenti personali, chiedendo se il collaboratore vive con la famiglia, da quanto tempo, e come viene regolato il rapporto fra la persona che presta tale servizio e la famiglia medesima. Per quanto riguarda invece la seconda rilevazione (2002-2003), i dati non sono ancora stati pubblicati.

Dalle indagini multiscopo ISTAT “Aspetti della vita quotidiana” (annuale) e “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” (quinquennale) si possono ricavare le stesse informazioni di cui sopra, ma senza poter distinguere tra personale italiano e straniero. In entrambe, i dati sono stati rilevati ma non pubblicati. Dall’indagine “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” si può trarre anche l’informazione un po’ generica sull’assistenza notturna in ospedale agli anziani, fornita da “personale a pagamento” non meglio specificato.

Dall’indagine annuale ISTAT sui consumi delle famiglie (2004) è possibile ricavare la spesa familiare per l’assistenza per disabili e anziani non autosufficienti, ma il dato viene pubblicato in maniera aggregata con altre spese (asili nido, baby sitter, domestici, giardinieri, parenti, vicini, persone alla pari, etc.). Inoltre, l’informazione sulle percentuali di famiglie che si avvalgono di “servizi domestici” viene pubblicata solo per anziani che vivono soli, e per famiglie formate da coppie senza figli la cui persona di riferimento ha più di 65 anni.

L’indagine annuale sugli anziani “Censis-Salute la Repubblica” informa sulle badanti che prestano aiuto agli anziani, le ore settimanali di aiuto (dato non pubblicato), la spesa media settimanale della famiglia (dato non pubblicato) e chi sostiene tale spesa (pubblicando se ciò avviene di tasca propria, con l’aiuto di altri familiari o con sostegno pubblico).

Nella rilevazione della Banca d'Italia "I bilanci delle famiglie italiane" (2004), è stato chiesto se la famiglia ricorre all'aiuto di colf o di parenti non residenti nel nucleo familiare per lo svolgimento di attività domestiche o di cura non meglio specificate, e per quante ore alla settimana, ma tali dati non sono stati pubblicati.

Nessuna informazione viene pubblicata correntemente per diffondere i risultati dell'indagine ILFI (Codebook: <http://www.sociologia.unimib.it/ilfi/>), che contiene diversi items sull'assistenza personale a pagamento. Il ricorso a tale assistenza tuttavia viene rilevato aggregando l'informazione relativa alla cura delle persone anziane con quella inerente altri tipi di aiuto, come lavori domestici, cura di bambini e disabili o aiuti in altre faccende di casa. Vengono inoltre raccolti il sesso e la nazionalità dell'assistente, e i compiti svolti. Quest'ultima variabile è interessante perché tra le modalità di risposta contempla "fare compagnia ad anziani" e "prendersi cura di persone anziane o – dato purtroppo aggregato – disabili". Un'ultima interessante informazione presente (ma sempre aggregata come sopra indicato) concerne l'eventualità della coabitazione dell'assistente con l'assistito e, in caso contrario, la frequenza con cui si ricorre a tale figura.

Circa i contenuti delle altre fonti, l'INPS fornisce, tramite la banca dati on-line sopra menzionata, una serie di dati (dal 1999 al 2003) sul settore dei "lavoratori domestici" nel suo insieme, riportandone numero, sesso, classe d'età, territorio, classi di ore settimanali retribuite, numero di lavoratori stranieri per sesso e zona geografica di provenienza.

Per quanto riguarda la regolarizzazione degli stranieri extracomunitari, il Ministero dell'Interno non pubblica dati, ma mette il proprio database a disposizione di eventuali enti richiedenti. Tra questi, la più importante fonte secondaria di informazioni pubblicate è senz'altro individuabile nei rapporti prodotti dalla Caritas (Caritas / Migrantes 2004), ma non è certamente l'unica (Zucchetti 2004).

La pubblicazione ISTAT sull'occupazione non regolare fornisce invece una stima, relativamente al periodo dal 1992 al 2000, degli occupati, delle posizioni di lavoro e delle unità di lavoro configurabili come "dipendenti non regolari" nel settore dei servizi domestici presso famiglie e convivenze, nonché il loro peso percentuale sul totale del settore (ISTAT 2002).

5.4. Indagini ad hoc

Le osservazioni proposte sinora hanno riguardato le fonti istituzionali aventi qualche carattere di periodicità. Accanto ad esse, tuttavia, pare utile fare qualche cenno riguardante alcune delle indagini ad hoc svolte negli ultimi anni, che hanno dato luogo alla costruzione di banche dati quantitative suscettibili di approfondimento statistico.

A livello nazionale, può essere citato il lavoro della Fondazione Andolfi, che ha compiuto una ricerca su 400 donne immigrate, provenienti da 7 paesi non appartenenti all'Europa dei 15, ed impegnate in lavoro domestico (cura della casa e/o cura della persona) (Fondazione Silvano Andolfi 2003). Il lavoro della Fondazione analizza le dimensioni della presenza di assistenti personali in Italia, il loro profilo e le attività che svolgono. La maggior parte delle indagini ad hoc in materia riguarda, tuttavia, contesti locali, come regioni o ASL, il cui panorama è assai più ricco di quello nazionale.

Le indagini locali si possono, a loro volta, classificare in due sottogruppi: le survey riguardanti la popolazione immigrata nel suo complesso (che raccolgono informazioni utili sulle assistenti familiari), e quelle dedicate esclusivamente ad assistenti personali o comunque a chi è impiegato in attività di cura della persona e/o della casa. Tra le prime, si possono segnalare le indagini compiute dall'Osservatorio regionale per l'integrazione e la multietnicità curato dalla Fondazione ISMU per conto della Regione Lombardia. Tale osservatorio ha recentemente compiuto una survey su un campione di 8000 immigrati presenti (regolarmente o irregolarmente) in Lombardia, provenienti da paesi in via di sviluppo o dall'Europa dell'est (si veda in proposito il sito <http://www.ismu.org/pag.asp?page=425>).

Tra le ricerche dedicate alla cura della persona e/o della casa si possono invece ricordare quelle svolte dal Dipartimento Ricerche Gerontologiche dell'INRCA di Ancona nel 2000 (Socci et al. 2001) e nel 2003 (Lamura et al 2004, Lucchetti et al 2005). Quest'ultima, in particolare, ha approfondito il ruolo svolto dalle donne straniere nel lavoro di cura e di assistenza agli anziani prestato nelle Marche, attraverso la somministrazione diretta di un questionario ad un campione di 220 donne straniere impiegate in questo settore in due diverse ASL di tale regione.

Queste sono tuttavia solo alcune delle indagini svolte a livello locale, il cui panorama è segnato da crescente attenzione nei confronti di questo tema. Con riferimento ai

contenuti, le varie indagini ad hoc dedicano tutte notevole attenzione alla quantificazione delle assistenti personali, alla definizione del loro profilo (paese di provenienza, da quanto tempo risiedono in Italia etc.) e delle attività svolte (cura della persona e/o della casa, quali specifiche attività di cura, per quanto tempo al giorno). In diversi casi si chiede alle assistenti familiari di segnalare le loro aspettative, percezioni e difficoltà, mentre altre indagini forniscono informazioni/stime sui loro salari così come sulla spesa sostenuta dalle famiglie. Molto meno approfondito da indagini ad hoc – locali così come nazionali – è invece il fenomeno dell’assistenza privata erogata da soggetti diversi dalle assistenti familiari, con ciò intendendosi enti privati (for profit e non) operanti attraverso proprio personale e senza la mediazione del settore pubblico.

5.5. Lacune e proposte

Con l’indagine Multiscopo ISTAT “Famiglia e soggetti sociali” del 2003, l’informazione sull’assistenza privata è stata finalmente quantificata a livello familiare. La crescente importanza che l’assistenza privata ha assunto oggi per molti anziani italiani, richiede infatti la disponibilità di informazioni che ricolleghino il ricorso all’aiuto privato alle caratteristiche individuali dell’anziano. Il bilanciamento fra assistenza pubblica, privata e informale è il risultato di un processo decisionale di cui è necessario comprendere il funzionamento tra caratteristiche dell’anziano da un lato - in termini di bisogni, preferenze rispetto al soggetto erogatore, disponibilità finanziarie e reti sociali e familiari di supporto - e caratteristiche, diffusione e accessibilità dell’offerta di servizi esistenti, dall’altro. Una lacuna di questa fonte ISTAT è che, in famiglie dove più di un anziano è presente, è difficile stabilire a chi viene prestata l’assistenza. Una domanda sui singoli componenti familiari che fruiscono delle prestazioni di un assistente personale (individuando eventualmente quello che ne fruisce maggiormente), sarebbe perciò auspicabile. Se l’assistenza privata fosse raccolta per unità di rilevazione, l’informazione potrebbe, infatti, essere pubblicata a livello individuale e non solamente a livello familiare.

Sarebbe inoltre utile che le informazioni sull’assistenza agli anziani siano distinte da quelle sulle cure prestate a disabili o a bambini, e sulle altre attività domestiche, evitando aggregazioni che finiscono col minare le potenzialità analitiche delle rilevazioni interessate. Un’altra raccomandazione emerge dall’osservata limitatezza dei

dati pubblicati rispetto al numero di quelli rilevati, che andrebbe avviata incrementando, laddove possibile, i dati più significativi rispetto alle classi di età principali (chiarendo, in caso contrario, perché ciò non possa avvenire). Per agevolare l'accessibilità degli utenti alle statistiche sull'argomento, le cose andrebbero migliorate a partire dal settore istituzionale. L'INPS ad esempio gestisce le/i badanti (assistenti personali degli anziani) all'interno del settore "lavoratori domestici" insieme ad altre categorie di lavoratori quali colf, baby-sitter, dame di compagnia, autisti, maggiordomi, etc. A livello contributivo e pensionistico non ci sono distinzioni nella gestione delle diverse categorie di lavoratori comprese in tale settore, pertanto all'INPS non è sentita la necessità di dover separare i dati delle badanti dalle altre categorie di lavoratori. Cosa che invece porterebbe grandi vantaggi ai fini di una migliore programmazione in questo settore. Il suggerimento all'INPS – che sembra intenzionato ad imboccare la strada qui suggerita²³ – è pertanto di separare dati e categorie come segue: 1) assistenti personali di soggetti non autosufficienti ed età della persona assistita; 2) baby sitter; 3) colf e simili. Il problema appena evidenziato tocca anche il lavoro sulle stime di lavoro non regolare dell'ISTAT, che definisce il settore comprendente le badanti "servizi domestici presso famiglie e convivenze" (senza consentire di individuarle con esattezza nella stima proposta). In sintesi, per una quantificazione più precisa - in termini di lavoro regolare e non - dell'assistenza agli anziani fornita da badanti, si raccomanda agli enti interessati di creare una categoria a sé stante sull'argomento nei termini sopra suggeriti.

Queste pagine hanno anche testimoniato la forte diffusione delle indagini ad hoc, riguardanti perlopiù contesti regionali o locali, verificatasi negli anni recenti. La crescente attenzione che il tema delle assistenti familiari inizia finalmente ad ottenere lascia prevedere che nei prossimi anni le indagini ad hoc non diminuiranno, e si presenta quindi oggi l'esigenza di non disperdere il ricco bagaglio di conoscenze che esse mettono a disposizione. Sarebbe pertanto utile in questa fase compiere rassegne sistematiche delle indagini ad hoc sinora compiute, con quelle istituzionali in termini di aspetti sia metodologici sia contenutistici.

A conclusione di questo capitolo, occorre ribadire che la nostra attenzione si è concentrata verso le assistenti familiari, figura dominante dell'assistenza privata a pagamento, di cui si occupano tutte le fonti considerate. In Italia sta tuttavia assumendo

²³ Come emerso dai contatti intercorsi tra gli autori del presente rapporto e la curatrice della pubblicazione INPS-Caritas Migrantes sopra citata (dott.ssa Angela Fucilitti).

un ruolo di crescente rilievo anche l'assistenza a pagamento erogata da enti privati (for profit e non), cui in futuro si ritiene debba pertanto essere dedicata maggiore attenzione.

PARTE TERZA:

L'OFFERTA "FORMALE" DI ASSISTENZA

6. SERVIZI SANITARI²⁴

Nel presente capitolo vengono prese in considerazione le principali fonti statistiche riguardanti l'offerta di assistenza sanitaria ospedaliera e distrettuale, quest'ultima a sua volta ripartibile in assistenza primaria, specialistica ed ambulatoriale. Due sono le categorie di servizi che, pur rientrando tra le prestazioni di natura sanitaria, saranno trattate in altra parte del rapporto: l'assistenza domiciliare (trattata nel cap.7) e quella residenziale extra-ospedaliera (affrontata nel cap. 8). La presente analisi prende in esame dapprima le rilevazioni effettuate a cadenza periodica e in seconda istanza alcune indagini "una tantum" – in quanto ritenute validi modelli da cui trarre esempio – nonché alcune fonti secondarie che consentono di valutare il livello di diffusione delle informazioni rilevate dalle fonti primarie sopra menzionate.

6.1. Definizioni

Le grandi aree in cui si articola questo tipo di assistenza sono così sintetizzabili:

- 1) **assistenza ospedaliera** (per acuzie, riabilitazione e lungodegenza, sia in regime ordinario che in day hospital), parte del sistema di emergenza sanitaria articolato in una "fase ospedaliera" in senso stretto (comprendente pronto soccorso, accettazione, diagnosi e cura), e una "extraospedaliera" di soccorso sul territorio, svolto tramite il servizio "118" e le Ambulanze di tipo "A" e "B", secondo la classificazione adottata dal Ministero della Salute (Ministero della Salute 2003d);
- 2) **assistenza distrettuale**, a sua volta suddivisa in:
 - a) **assistenza sanitaria primaria**, in cui rientrano la medicina di base, la guardia medica e l'assistenza farmaceutica;

²⁴ di Francesca Polverini.

Si ringraziano, per i preziosi suggerimenti dati in fase di stesura del presente capitolo: Dr.ssa Alessandra Burgio (ISTAT, Servizio Sanità e Assistenza), Dr.ssa Gabriella Sebastiani (ISTAT, Servizio struttura e dinamica sociale), Dr.ssa Miriam Di Cesare (Ministero della Salute, Ufficio di Statistica), Dott. Emanuele Scafato (Istituto Superiore di Sanità, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Direttore dell'Osservatorio su fumo, alcol e droga), Prof. Marco Trabucchi (Presidente della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia), Dr.ssa Ketty Vaccaro (CENSIS, Responsabile del Settore Welfare), Dr.ssa Maria Grazia Baldereschi (Consiglio Nazionale delle Ricerche di Firenze, Istituto di Neuroscienze). La responsabilità per quanto scritto è comunque dell'autrice.

b) assistenza specialistica ambulatoriale e territoriale, nel cui ambito, vasto e complesso, rientrano le prestazioni specialistiche di attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale, centri di dialisi, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale etc. Non potendo, in questa sede, delineare un quadro esaustivo dell'intera articolazione di tale settore assistenziale, sono stati emblematicamente presi in considerazione - per la rilevanza che assume al loro interno l'assistenza prestata ad utenti anziani - soltanto i seguenti servizi:

- attività diagnostica;
- attività di laboratorio;
- servizi sanitari di riabilitazione.

6.2. Fonti

Sulla falsariga delle aree assistenziali precedentemente definite, le fonti statistiche attualmente disponibili sono riconducibili alle seguenti, di cui si fornisce una breve descrizione:

- A) Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) – Ministero della Salute (cfr. scheda n. 12 in Appendice);
- B) Modelli di rilevazione delle Attività gestionali ed economiche di A.S.L. e Aziende Ospedaliere – Ministero della Salute (fonte n. 13);
- C) Indagine Multiscopo “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” – ISTAT (fonte n. 1);
- D) Indagine Multiscopo Annuale sulle Famiglie “Aspetti della vita quotidiana” – ISTAT (fonte n. 3);
- E) Indagine sui Consumi delle Famiglie – ISTAT (fonte n. 9);
- F) Indagine sugli anziani – CENSIS (fonte n. 11);
- G) Rilevazione sui tempi di attesa – Ministero della Salute;
- H) Fonti secondarie e indagini ad hoc.

A) La Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) – Ministero della Salute: La SDO fornisce i dati sui ricoveri ospedalieri, sia in regime ordinario, che in day hospital, effettuati negli istituti pubblici e privati (compresi gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, o IRCCS), convenzionati e non, di tutto il territorio nazionale, i

quali vengono elaborati sia dal Ministero della Salute (Ministero della Salute 2004c) che dall'ISTAT (ISTAT 2003/a)²⁵. Tali dati riguardano aspetti sia clinici sia organizzativi dei ricoveri, e spetta alle ASL il compito di raccogliarli per le singole strutture, codificarli e trasmetterli alla Regione di competenza. Di tali informazioni, un numero ristretto viene trasmesso dalle Regioni al Ministero della Salute, ed in particolare quelle indispensabili all'attività di indirizzo e monitoraggio nazionale; inoltre le singole Regioni, in aggiunta al contenuto informativo minimo richiesto dal Ministero, possono prevedere l'inserimento di ulteriori variabili per finalità proprie. Il Ministero rende quindi disponibili alle Regioni dati ed indicatori dettagliati relativi all'attività registrata in ciascuna di esse, utilizzabili per finalità di natura sia organizzativo-gestionale che clinico-epidemiologica.

B) Modelli di rilevazione delle Attività gestionali ed economiche di A.S.L. e Aziende Ospedaliere – Ministero della Salute: I “Modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere” (Decreto Ministeriale 23/12/1996)²⁶ raccolgono, a cadenza annuale e su base censuaria, dati relativi all'assistenza sanitaria distrettuale delle ASL, alle strutture e attività relativi

²⁵ Il flusso informativo relativo alle SDO “quale supporto ai processi di valutazione, programmazione, gestione e controllo dell'attività ospedaliera, nonché quale rilevazione sistematica di carattere epidemiologico” venne istituito con il Decreto del Ministero della Sanità del 28 Dicembre 1991, G.U. n. 13 del 17 Gennaio 1992. Successive modifiche (Nota del Ministero della Sanità del 17 giugno 1992 e Decreto del Ministero della Sanità del 26 luglio 1993) hanno definito i criteri per la gestione della scheda e le modalità di raccolta, codifica e trasmissione delle informazioni, mentre le più recenti modificazioni fanno riferimento al Decreto del Ministero della Sanità del 27 ottobre 2000 n. 380.

²⁶ Tali modelli sono articolati come segue:

Modelli FSL: dati di struttura e di attività delle Aziende USL

FLS.11 – Dati di struttura delle unità sanitarie locali

FLS.12 – Assistenza di base

FLS.18 – Assistenza sanitaria collettiva

FLS.21 – Attività di assistenza sanitaria di base

Modelli STS: dati di struttura e di attività delle strutture territoriali (sanitarie e sociosanitarie) pubbliche e private accreditate

STS.11 – dati anagrafici dei presidi sanitari

STS.14 – Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura nelle strutture sanitarie extraospedaliere

STS.21 – Attività clinica, di diagnostica strumentale e di laboratorio

STS.24 – Attività sanitaria semiresidenziale e residenziale

Modelli HSP: dati di struttura e di attività dei presidi ospedalieri pubblici e privati

HSP.11 – Dati anagrafici delle strutture di ricovero

HSP.12 – Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate

HSP.13 – Posti letto per disciplina delle case di cura private

HSP.14 – Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero

HSP.16 – Personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private

HSP.22 bis – Posti letto medi delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate

HSP.23 – Attività delle case di cura private

HSP.24 – Day Hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e nati immaturi

Modelli RIA: dati di struttura e di attività degli istituti o centri ex art.26 L.833/78

RIA.11 – Istituti o centri di riabilitazione ex. Art. 26 L.833/78

alle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, nonché dati sul personale del SSN, i quali vengono diffusi principalmente attraverso l'”Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale” (Ministero della Salute 2003d).

C) Indagine Multiscopo “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” –

ISTAT: Una fonte trasversale a tutti agli argomenti trattati in questo capitolo è rappresentata dall'indagine Multiscopo ISTAT sulla salute e sul ricorso ai servizi (ISTAT 2002a; ISTAT 2003/b), che è di tipo campionario su base regionale ed effettuata a cadenza quinquennale (l'ultima rilevazione è stata effettuata negli anni 1999-2000) nell'ambito del sistema di indagini Multiscopo sulle Famiglie messo a punto dall'ISTAT. Questa fonte tenta di cogliere lo stato di salute della popolazione in termini sia di salute percepita (rilevante nell'influenzare l'intensità del ricorso ai servizi), sia di diffusione di malattie croniche e disabilità, rilevando anche il ricorso ai principali servizi sanitari. Annualmente vengono raccolti alcuni dati riassuntivi sul ricorso a particolari servizi e, ogni cinque anni, il questionario è sottoposto a revisione, pur rimanendo immutati l'impianto metodologico e l'impostazione generale.

D) Indagine Multiscopo Annuale sulle Famiglie “Aspetti della vita quotidiana” –

ISTAT: Questa indagine si rivela una fonte di informazioni di estrema utilità, in quanto ripetuta dall'ISTAT a cadenza annuale. I quesiti di pertinenza del presente capitolo sono relativi al ricorso ai servizi sanitari (pronto soccorso, guardia medica, assistenza domiciliare) e ospedalieri (dei quali vengono indagati anche aspetti relativi al costo delle cure e alla forma di pagamento), nonché al consumo di farmaci.

E) Indagine sui Consumi delle Famiglie – ISTAT: Indagine effettuata a cadenza annuale, da cui si possono desumere dati relativi alla spesa sanitaria.

F) Indagine sugli anziani – CENSIS: Un'altra fonte da tenere in considerazione, in quanto ad utilità delle informazioni raccolte, è rappresentata dalle indagini condotte annualmente dal CENSIS per conto del quotidiano “La Repubblica” (basate su un campione costituito da anziani a partire dai 60 anni), il cui ultimo Rapporto sulla Terza età è ormai giunto alla terza edizione (CENSIS 2004c), consentendo pertanto di annoverare tale fonte tra quelle periodiche. Nel Rapporto vengono in particolare indagati aspetti riguardanti lo stato di salute, la diffusione delle condizioni di non

autosufficienza tra gli anziani, il ruolo della rete familiare e di aiuto informale nell'assistenza agli anziani, il ricorso al privato a pagamento, l'entità della spesa sostenuta e da chi viene sostenuta, le opinioni sul livello di diffusione dei servizi, l'eventuale ricorso alla sanità privata e le sue motivazioni.

Questa indagine del CENSIS, pur considerabile come studio periodico, si prefigge tuttavia come scopo principale non di effettuare confronti temporali, bensì di fotografare l'esistente, anno per anno, concentrando l'attenzione su aspetti di attualità di volta in volta diversi. Ciò si riflette anche nei contenuti del Rapporto 2005 (CENSIS 2005), (in corso di pubblicazione e per tal motivo non presentato tra le schede in Appendice al presente rapporto), che tratta aspetti riguardanti le opinioni degli anziani sui fattori ritenuti più importanti per la buona salute dell'anziano, i problemi maggiori riscontrati dall'utenza anziana, la frequenza del ricorso a visite mediche e farmaci, e le valutazioni su alcuni servizi sociosanitari.

G) Rilevazione sui tempi di attesa – Ministero della Salute: Il primo monitoraggio dei tempi e delle liste di attesa, così come previsto dall'Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002, è stato condotto dal Ministero della Salute nel giugno del 2003, su un campione di 6 ASL, cui è seguito il monitoraggio a livello nazionale sui tempi e le liste di attesa effettuato nel gennaio 2004 in tutte le ASL rispetto a sette prestazioni ambulatoriali, e in 38 ASL per le prestazioni di ricovero. Nell'ottobre 2004 è iniziata la terza rilevazione nazionale, i cui risultati non sono ancora disponibili (cfr. sito: http://www.assr.it/liste_Attesa.htm).

H) Fonti secondarie e indagini ad hoc: Oltre alle fonti primarie sopra menzionate, ne esistono altre secondarie che, seppur non produttrici di dati originali, contribuiscono alla diffusione mirata dei dati rilevati dalle fonti primarie precedentemente illustrate, tra cui possono annoverarsi le seguenti:

a) il “Rapporto Osservasalute”, pubblicato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (Istituto di Igiene dell'Università Cattolica di Roma) e ormai giunto alla sua seconda edizione (Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane 2003, 2004), rappresenta una valida analisi di tipo multidisciplinare dello stato di salute della popolazione e dell'assistenza sanitaria nelle Regioni Italiane;

b) Un'ulteriore fonte secondaria da tenere in considerazione è quella relativa alla banca dati “**Health for All**” – Italia, un software in forma di database, sviluppato dall'OMS e gestito dall'ISTAT, che lo ha adattato alle esigenze informative nazionali, tenendolo in costante aggiornamento (cfr. www.istat.it/Societ-/Sanita-e-p/index.htm) e contenente circa 4000 indicatori sul sistema sanitario e sulla salute;

c) Nel “**Rapporto annuale sull'uso dei farmaci**” redatto dall'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed)²⁷, il Ministero della Salute pubblica annualmente (a partire dal 2000) i dati relativi al consumo di farmaci e alla spesa farmaceutica, in linea con quanto avviene nei Paesi del nord Europa (Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane 2003: 277). Il Rapporto pubblicato nel Giugno 2004, e contenente i dati relativi all'anno 2003 (Ministero della Salute 2004d), è il quarto rapporto annuale pubblicato dal Ministero della Salute in materia e si aggiunge ai rapporti brevi che ogni quattro mesi riportano dati aggiornati sul consumo e sulla spesa farmaceutica in Italia. I dati relativi al consumo di farmaci in Italia si riferiscono all'uso territoriale di medicinali prescritti **a carico del SSN e all'acquisto privato da parte dei cittadini**. Il flusso di dati delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN è curato dalla Federfarma (Federazione nazionale delle farmacie private convenzionate con il SSN), che riceve i dati dalle sue sedi provinciali e provvede successivamente ad aggregarli a livello regionale. L'analisi sui farmaci acquistati privatamente dai cittadini (con o senza ricetta medica) è fatta utilizzando i dati forniti al Ministero della Salute dall'IMS Health, società internazionale che si occupa di indagini di mercato. L'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) aggiorna periodicamente i dati raccolti dai singoli Assessorati Regionali;

d) **Indagine CENSIS – ASSR: “Gli anziani e la salute”**: E' stata pubblicata di recente un'indagine effettuata dal CENSIS in collaborazione con l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (CENSIS-ASSR 2004), che ha riguardato un campione nazionale rappresentativo composto da 1.500 anziani over 65;

e) **Stato di salute della popolazione e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana – Ministero della Salute**: pubblicazione del Ministero della Salute (Ministero della Salute 2003b) rivolta in modo specifico alla salute nella popolazione anziana, che

²⁷ Tale Osservatorio è stato istituito dalla Legge Finanziaria n. 488 del dicembre 1998 e ha come obiettivo principale quello di produrre statistiche periodiche e sistematiche sull'uso dei farmaci in Italia. I dati hanno dettaglio regionale.

utilizza sia dati propri, sia dati ISTAT, riferiti perlopiù all'anno 2000, e finalizzati alla quantificazione del fenomeno dell'assistenza sanitaria a persone anziane;

f) Rapporto CEIS-Sanità: il rapporto "CEIS-Sanità", a cura del Centro Studi Internazionali sull'Economia e lo Sviluppo dell'Università Tor Vergata (Atella et al. 2003; 2004), è ormai giunto alla sua seconda edizione, ed affronta in modo articolato principalmente i temi della **spesa sanitaria** (sia pubblica che privata) e dell'efficienza del sistema sanitario, tra cui quello della *long term care*.

Va da ultimo fatto cenno a due rilevazioni che, pur tematicamente pertinenti e con carattere di periodicità, non hanno finora dato luogo a pubblicazione di dati distinti per classi di età, e non sono quindi state prese in considerazione per il presente rapporto.

La prima concerne la **rilevazione delle strutture e attività degli ospedali pubblici e privati**, che consente all'AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata) (AIOP 2002) di pubblicare periodicamente dati di struttura ed attività relativi ad istituti di ricovero e cura privati, associati e non, distinti per disciplina e disaggregati per regione, fornendo dati distinti per regione relativamente a posti letto, numero di degenti, degenza media, tasso di utilizzo e spesa sanitaria pubblica totale e ospedaliera (seppur non riferita alla sola utenza anziana, e per tal motivo non inclusi come fonte in questo rapporto). Di recente tale associazione, in collaborazione con l'ILEISIS, ha avviato la pubblicazione di un primo rapporto annuale 2003 sugli ospedali pubblici e privati italiani (ILEISIS 2004), con dati che tuttavia non vengono disaggregati per età.

L'altra fonte rilevante in tal senso è costituita dall'iniziativa nata dalla collaborazione tra l'Associazione Cittadinanza Attiva e il Tribunale per i Diritti del Malato, che produce, ormai da sette anni, il Rapporto "PIT-Salute"²⁸ (Cittadinanzattiva – Tribunale per i Diritti del Malato 2005). I contenuti di tale fonte, data la particolare natura delle informazioni che esprime (opinioni e reclami dei cittadini), la fa rientrare nel settore della qualità (percepita) dei servizi e della domanda (insoddisfatta) dell'utenza. Dati i limiti di generalizzabilità statistica di tale fonte – basata su un campione costituito esclusivamente da soggetti che arrivano a segnalare l'esistenza di un disservizio, e quindi distorto rispetto all'universo dell'utenza – e la carenza di dati pubblicati basati sull'età, tale fonte non sarà qui presa in considerazione. Tuttavia si sottolinea che

²⁸ PIT è l'acronimo di Progetto Integrato di Tutela.

sarebbe certamente auspicabile trovare un raccordo tra questi dati e quelli derivanti dai flussi istituzionali riguardanti l'offerta di servizi, in termini di categorie di riferimento e modalità di formulazione dei quesiti posti.

6.3. Contenuti

A) La Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Attraverso la SDO il Ministero della Salute è in grado di rilevare le seguenti informazioni (fonte n. 12): dati anagrafici dei pazienti, denominazione della struttura di ricovero, regime di ricovero, data del ricovero, unità operativa di ammissione, onere della degenza, provenienza del paziente, tipo di ricovero, traumatismi o intossicazioni, trasferimenti interni, unità operativa di dimissione, data di dimissione o morte, modalità di dimissione, riscontro autoptico, motivo del ricovero in regime diurno, numero di giornate di presenza in ricovero diurno, diagnosi principale di dimissione, diagnosi secondarie, intervento chirurgico principale e altri interventi chirurgici e procedure diagnostiche o terapeutiche. Non vengono rilevate informazioni circa la somministrazione di farmaci durante il ricovero stesso o le reazioni avverse a questi, in quanto questo tipo di dati sono oggetto di altri flussi informativi specifici.

I dati sui ricoveri sono consultabili attraverso la banca dati SDO presente all'interno del portale internet del Ministero della Salute (<http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/sdo.jsp>), cui si può accedere senza restrizioni per ottenere statistiche nazionali e regionali relative alla frequenza e durata media dei ricoveri per diagnosi (ICD-9-CM, versione 1997) e intervento chirurgico, stratificati per età, sesso e tipologia di ospedale (pubblico o privato).

Nel Rapporto annuale pubblicato dal Ministero (Ministero della Salute 2004c) si possono consultare i dati relativi a numero di dimessi, degenza media e tasso di ospedalizzazione, per le principali tipologie di ricovero (ordinario, day hospital, lungodegenza), sesso ed età (classi "65-69", "70-74" e "75 anni e oltre"), nonché i dati relativi al valore delle prestazioni SSN di ricovero in tariffa nazionale, per acuti in regime ordinario e day hospital, per sesso ed età (con le stesse classi di cui sopra).

L'ISTAT pubblica a sua volta i dati relativi alle dimissioni e alla degenza media per gruppi di diagnosi principale, sesso ed età (classi "65-74", "75-84" e "85 anni e più"), di ricoveri per acuzie e riabilitazione, nonché i dati inerenti le sole dimissioni per acuzie e

riabilitazione in regime ordinario e day hospital, incrociati per regione, sesso ed età (le stesse di cui sopra).

I dati disponibili a tutt'oggi sono quelli relativi ai ricoveri effettuati nel 2000, ma saranno di prossima pubblicazione quelli relativi al biennio 2001-2002 (il ritardo è dovuto ad una revisione della struttura del volume rispetto a quella attuale, sia per evitare sovrapposizioni informative con il Ministero della Salute, sia per approfondire l'argomento per categorie di utenza e di età: minori, anziani, donne etc.).

B) Le attività gestionali ed economiche di ASL e Aziende Ospedaliere

Le informazioni rilevanti ai fini dell'argomento qui trattato, che si possono desumere dai modelli di rilevazione del Ministero della Salute, sono le seguenti:

- **dati di struttura ed organizzazione delle ASL** (in particolare numero di assistibili, di esenzioni ticket per età o altri motivi, di ambulanze di tipo "A" e "B");
- **numero di medici convenzionati;**
- **dati relativi alle attività di assistenza sanitaria di base**, in particolare i punti di guardia medica (di cui si rileva il numero di medici titolari, il numero di quelli con disponibilità domiciliare e le ore di apertura del servizio) e l'assistenza farmaceutica (rispetto a cui si rileva il numero di ricette di specialità medicinali e galenici e il numero di quelle esenti);
- **dati delle strutture sanitarie**, in particolare il tipo di struttura (ambulatorio/laboratorio, altro tipo di struttura territoriale, struttura semiresidenziale, struttura residenziale), il tipo di assistenza erogata (tra cui assistenza ad anziani), il tipo di rapporto con il SSN (struttura direttamente gestita /pubblica o non direttamente gestita/accreditata), e se si tratta di una struttura interna a istituto di ricovero oppure extraospedaliera;
- **dati relativi alle apparecchiature diagnostiche e di cura presenti nelle strutture sanitarie extraospedaliere, all'assistenza specialistica territoriale, ai posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate** (aziende ospedaliere, ospedale a gestione diretta presidio della ASL, IRCSS, casa di cura privata, accreditata e non), sia in regime ordinario (distinguendo quelli a pagamento e non), che in day hospital.

C) L'indagine Multiscopo ISTAT su salute e ricorso ai servizi sanitari

Questa indagine, tra le più dettagliate in materia, raccoglie informazioni in merito alle condizioni di salute, allo stato di invalidità, al ricorso a visite mediche (compreso il servizio di guardia medica) e ad accertamenti diagnostici, all'utilizzo dell'ospedale e del pronto soccorso, al ricorso ai servizi sanitari di riabilitazione e all'assistenza domiciliare, alle difficoltà nelle attività quotidiane, ai servizi privati alla famiglia, alla presenza di malattie croniche, all'utilizzo di apparecchi sanitari ed al consumo di farmaci. Per la maggior parte dei dati pubblicati per età, le classi disponibili sono "65-69", "70-74", "75-79" e "80 e più", in alcuni casi accorpate nelle prime e nelle seconde due, in casi più sporadici in un'unica classe over 65 (ISTAT 2002a; ISTAT 2003/b), .

Nel dettaglio, rispetto all'utilizzo dei **servizi ospedalieri** (ISTAT 2003/b), l'indagine rileva le seguenti informazioni: se negli ultimi 3 mesi ci sia stato un ricovero in ospedale di almeno una notte, la durata media della degenza, da chi è stato disposto il ricovero, il motivo del ricovero, il tipo di struttura in cui è avvenuto, la localizzazione geografica rispetto alla zona di residenza del ricoverato, se è avvenuta la prenotazione, il tempo di attesa dal momento della prenotazione a quello del ricovero, se si è contribuito direttamente o tramite assicurazione privata al pagamento delle spese sanitarie o di altri servizi relativi al ricovero, nonché l'effettuazione di interventi chirurgici. Da ultimo viene rilevato anche l'eventuale bisogno di **assistenza notturna**, distinguendo tra chi fornisce tale assistenza (familiari, altri conviventi, parenti non conviventi, amici, colleghi o vicini, i.e. informazioni sull'assistenza informale trattate più dettagliatamente nel capitolo 4.2), e rendendo disponibile il dato per età dell'assistito. Per quanto concerne i servizi di emergenza ospedaliera ed in particolare quello di **pronto soccorso**, la Multiscopo in questione si limita a rilevarne il ricorso negli ultimi 3 mesi precedenti l'intervista (ISTAT 2003/b).

Riguardo alle **visite mediche** effettuate, si rileva il ricorso a visite del medico di famiglia o specialista (senza distinguere tra i due), alla guardia medica pubblica, a consigli telefonici del medico, nonché il motivo prevalente delle visite, il tipo di visita (generica, geriatrica, altra specialistica, ecc), il numero di quelle domiciliari e a pagamento intero, **la spesa sostenuta** (divisa in 7 livelli), il tipo di specialista scelto (indicando anche se la scelta è avvenuta liberamente o per necessità), e il tempo intercorso tra la richiesta e lo svolgimento della visita.

Rispetto al **consumo di farmaci** nei 2 giorni precedenti l'intervista, viene indagato il tipo, la fonte, se il medico di base ne è a conoscenza o meno, altre informazioni riguardanti un possibile uso improprio e il mancato uso di un eventuale farmaco che sia stato prescritto.

Riguardo agli **accertamenti diagnostici**, si fa riferimento, anche in questo caso, a quelli effettuati nelle 4 settimane precedenti l'intervista, rilevando il numero di quelli a pagamento intero, il tipo di struttura, la spesa eventualmente sostenuta, i giorni intercorsi tra la richiesta e l'accertamento e se, nel periodo di riferimento, è stato prescritto qualche accertamento diagnostico che si è deciso di non effettuare, per diversi motivi.

In una sezione a parte (dedicata all'assistenza o assicurazione integrativa), viene chiesto se si è esente da ticket per l'acquisto di farmaci o per l'effettuazione di accertamenti diagnostici, indagando, in caso di risposta affermativa, se l'esenzione è dovuta a presenza di patologia (malattia cronica o invalidità) o ad altro motivo. I dati relativi a tale quesito non sono stati pubblicati su volumi, ma sono presenti nel file standard che è possibile richiedere all'ISTAT.

Sono presenti infine informazioni, disponibili per età, riguardanti l'utilizzo dei **servizi sanitari di riabilitazione** in strutture extraospedaliere o ambulatoriali, considerando il tipo di struttura in cui si sono svolte le prestazioni, la natura pubblica o privata di tali strutture e il tipo di pagamento a carico dell'utente.

D) Indagine Multiscopo ISTAT su “Aspetti della vita quotidiana”

Rispetto al ricorso ai servizi sanitari e ospedalieri, questa indagine rileva, con cadenza annuale, i seguenti aspetti: se avviene il ricorso al medico di base in caso di problema di salute; il ricorso negli ultimi 3 mesi al pronto soccorso, alla guardia medica, all'assistenza domiciliare e a servizi di day hospital (chiedendo in quest'ultimo caso per quante giornate, in quanti cicli sono state organizzate le giornate e se sono state aperte una o più cartelle cliniche); se negli ultimi 12 mesi ci si è recati in una ASL per prenotare una visita, un'analisi o per pratiche amministrative (e, in caso di risposta affermativa, quanto tempo si è dovuto attendere in fila, l'opinione sulla comodità dell'orario e alternative di cambio dell'orario); nonché se si è stati ricoverati in ospedale negli ultimi 3 mesi (chiedendo in questo caso il numero di ricoveri, il numero delle giornate, il tipo di struttura, se si è dovuto contribuire alle spese di ricovero e attraverso

quale forma e il livello di soddisfazione riguardo l'assistenza medica, infermieristica, vitto e servizi igienici). Rispetto al consumo di farmaci, si rileva se ciò è avvenuto o meno negli ultimi 2 giorni.

E) Indagine ISTAT sui Consumi delle Famiglie

Tale indagine contiene una sezione relativa alla salute, in cui si rileva se nell'ultimo mese si è stati sottoposti a ricovero in ospedale, clinica o altro istituto, e l'eventuale effettuazione di terapie, visite mediche, controlli, accertamenti diagnostici o altre spese sanitarie.

Viene rilevato inoltre l'ammontare delle spese per ricoveri (distinguendo tra cliniche/ospedali e case di riposo/istituti di assistenza/simili), pronto soccorso, visite mediche (da parte di medico generico/specialista o dentista), servizi ausiliari sanitari, accertamenti diagnostici (analisi cliniche e esami radiologici, ecografici, elettrocardiogramma etc.) o altro (occhiali da vista, lenti a contatto, apparecchi a pressione, protesi, apparecchi acustici, sedie e carrozzine per invalidi, apparecchi ortopedici e cure termali), rilevando anche la frequenza con cui la famiglia effettua spese per medicinali (settimanale, quindicinale, mensile, raramente o mai). I dati, pubblicati per tipologia familiare, sono disponibili (nel caso di spese per medicinali, visite mediche e accertamenti diagnostici) per nuclei composti da persona sola con più di 65 anni o da coppia senza figli con persona di riferimento con più di 65 anni.

F) Indagine CENSIS sugli anziani

Gli aspetti rilevanti presi in considerazione da questo studio per le classi di età "60-69", "70-79" e "80 e più" sono sostanzialmente tre: se è stata percepita da parte dei rispondenti una modificazione (riduzione o ampliamento) nella disponibilità di servizi sul territorio, distinguendo tra sanitari e assistenziali; se negli ultimi 12 mesi si è dovuto far ricorso alla sanità privata, pagando di tasca propria; il motivo di tale ricorso (maggiore fiducia accordata alla struttura privata e/o diffidenza verso il pubblico, liste di attesa del pubblico troppo lunghe, mancanza di disponibilità di servizi analoghi nel pubblico).

G) Rilevazione del Ministero della Salute sui tempi di attesa

E' di recente pubblicazione, sul portale del Ministero della Salute, il Rapporto sui tempi di attesa (uno tra gli argomenti oggi maggiormente dibattuti), in cui sono posti a confronto i risultati relativi alle sperimentazioni realizzate negli anni 2002 e 2003 (cfr. sito <http://www.ministerosalute.it/dettaglio/pdAtuPerTuDettaglio.jsp?id=50&sub=3>). I dati si riferiscono alle prestazioni ambulatoriali e in ricovero, ma non si dispone di dati differenziati per classi di età.

Nel corso dell'anno 2001 era stata del resto già realizzata un'indagine approfondita sui tempi di attesa sempre ad opera del Ministero della Salute (Ministero della Salute 2002), finalizzata a mettere in luce il quadro delle iniziative intraprese da ASL e aziende ospedaliere, volte a ridurre, in linea con la normativa, i tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, dei ricoveri d'elezione e del day hospital o day surgery. Anche in questo caso, non si dispone di dati che indichino quanto tale problema gravi sulla popolazione anziana, notoriamente meno in grado di farvi fronte, anche per la contestuale difficoltà di rivolgersi a strutture private, dovuta al reddito mediamente più basso che la caratterizza.

H) Fonti secondarie ed indagini ad hoc

Questi i principali contenuti delle fonti secondarie e delle indagini una tantum recentemente condotte in materia:

a) “Rapporto Osservasalute”: le due edizioni finora pubblicate di questo rapporto effettuano un'analisi comparata di differenti sistemi di cura, finalizzata ad individuare le migliori *performances* e i livelli ottimali di riferimento (*benchmarks*), utilizzando una metodologia di analisi ed indicatori (oltre 110) validati a livello internazionale, tra i quali, per la prima volta in Italia, gli indicatori HCUP dell'*Agency for Health Research and Quality* (cfr. sito <http://www.ahrq.gov>). Questi sono principalmente basati sui dati di ricovero della banca dati del Ministero della Salute, quali: ricoveri in regime ordinario/ day hospital, posti letto (anche in lungodegenza e riabilitazione), tipo di prestazioni (e migrazioni per l'effettuazione delle stesse), patologie prevalenti, natura giuridica dei servizi (pubblico/ privato), spesa sanitaria e consumo di farmaci.

Il Rapporto 2003 (Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane 2003), presenta un capitolo dedicato alla salute degli anziani, contenente dati (generalmente per le classi di età “65-74 anni” e “75 ed oltre”) riguardanti un certo numero di indicatori,

quali: la speranza di vita e di vita libera da disabilità, l'indice di dipendenza, la percentuale di anziani obesi, quella di anziani fumatori, la copertura vaccinale, il tasso di dimissione ospedaliera degli acuti, l'indice di case-mix dei ricoveri (e assorbimento di risorse) e il tasso di ospedalizzazione per particolari procedure chirurgiche. In proposito tuttavia si osserva che, per incrementare la comparabilità delle informazioni proposte, sarebbe stato opportuno indicare anche il valore riferito al totale della popolazione, onde meglio cogliere le eventuali differenze rispetto a quella in età anziana.

Il Rapporto 2004 (Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane 2004), presenta, rispetto alla precedente edizione una struttura molto più analitica, una gamma più ampia di dati disaggregati per età (mortalità per causa, malattie cardiovascolari, fattori di rischio e stili di vita, tumori, salute e disabilità, tasso di ospedalizzazione) e un interessante capitolo dedicato al tema della tutela delle popolazioni fragili, in cui vengono raccolti diversi indicatori riferiti alla popolazione anziana, tra cui: posti letto in residenze per anziani, tasso di ospiti anziani nei presidi residenziali socio-assistenziali, tasso di mortalità per suicidio e autolesione, anziani che vivono soli (sia di 65 anni e oltre, che di 75 e oltre).

b) Health for All (ISTAT): Questo database contiene circa 4.000 indicatori raggruppati nelle seguenti aree: contesto socio-demografico, mortalità per causa, stili di vita, prevenzione, malattie croniche ed infettive, disabilità, condizioni di salute e speranza di vita, assistenza sanitaria, attività ospedaliera per patologia e risorse sanitarie. Ciò consente di fare analisi, per ripartizione geografica (fino al livello di dettaglio provinciale), per anno e per età, nel caso di indicatori quali: mortalità per causa (classi di età 65-74" "75 e più"), accertamenti diagnostici ("65-69", "70-74" e "75 e più"), analisi del sangue, esami, vaccinazioni, malattie infettive ("65-74" e "75 e più"), tasso di disabilità ("65 e più"), assistenza residenziale socio-sanitaria ("65 e più"), tasso di dimissione ospedaliera per patologia ("65-74" e "75 e più") e consumo dichiarato di farmaci ("65-74" e "75 e più").

c) Rapporto annuale OsMed sull'uso dei farmaci (Ministero della Salute): I dati relativi al consumo di farmaci sono basati su un sistema di pesatura, predisposto dal Ministero della Salute per la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale, che tiene conto delle caratteristiche demografiche della popolazione (tra cui appunto l'età), rivelando

come il consumo di farmaci in una popolazione possa dipendere molto dalle sue caratteristiche peculiari, come età, sesso, epidemiologia delle condizioni morbose, fattori socio-culturali e atteggiamenti prescrittivi dei medici. Il rapporto prende in esame i dati relativi al consumo di farmaci nella popolazione, per singola classe terapeutica, regione ed andamento temporale (2000-2003).

d) Indagine CENSIS – ASSR su anziani e salute: Nel presente studio viene approfondito il tema del rapporto tra anziani e salute, in particolare la diffusione di malattie e non autosufficienza, l'efficacia del supporto familiare, l'interazione tra anziani e servizi sanitari (in particolare il Medico di Medicina Generale e l'ospedale) e la loro effettiva capacità di risposta ai bisogni.

e) Stato di salute della popolazione e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana (Ministero della Salute): La pubblicazione in questione prende in esame dati demografici, sullo stato di salute, sull'offerta di servizi ospedalieri, residenziali e semiresidenziali (in quanto a numero di strutture e di posto letto), sull'utilizzo di prestazioni ospedaliere tasso di ospedalizzazione, peso medio e remunerazione tariffaria teorica²⁹ dei ricoveri per anziani, nonché dati sull'utilizzo di altre prestazioni sanitarie, come ad esempio l'assistenza domiciliare integrata.

f) Rapporti del Centro di Studi Internazionali sull'Economia (CEIS): Il primo rapporto (Atella et al. 2003), che come il successivo si basa su rielaborazioni di dati provenienti da diverse fonti, tratta principalmente il tema della **spesa sanitaria**, il suo andamento, le principali tendenze e le principali determinanti, utilizzando i dati ISTAT e analizzando separatamente le diverse voci che la compongono (spese per medici, medicinali, analisi cliniche, attrezzature sanitarie, ricoveri ospedalieri, assistenza a disabili e anziani). Attraverso un'analisi econometrica che permette di stimare il ruolo svolto da una serie di variabili di natura economica e socio-demografica, ciò consente una valutazione della spesa sanitaria privata distinta per tipologia familiare (tra cui "persona sola oltre i 65 anni" e "coppia con persona di riferimento oltre i 65 anni").

Nel secondo Rapporto (Atella et al. 2004), vengono ripresi i temi già trattati nel precedente, ma va soprattutto segnalata la presenza di una sezione riguardante la *long*

²⁹ Il peso medio per singolo DRG (riportato dal D.M. 30.6.1997) rappresenta un indice di complessità organizzativa dell'assistenza prestata. La remunerazione teorica delle prestazioni di ricovero ospedaliero è stimata sulla base dell'ipotesi che ogni prestazione sia remunerata in ogni regione secondo i valori delle tariffe nazionali di riferimento (pubblicate nel D.M. 30.6.1997). I valori relativi, quindi non coincidono con i costi effettivamente sostenuti per l'assistenza ospedaliera.

term care e le previsioni circa la sua sostenibilità, in un'ottica di confronto internazionale.

6.4. Lacune e proposte

La Multiscopo ISTAT sulle condizioni di salute riguardo ai **servizi ospedalieri**, ha il merito di rilevare il tempo d'attesa dal momento della prenotazione a quello del ricovero, nonché il motivo dell'eventuale ricorso a struttura ospedaliera situata fuori provincia di residenza, sarebbe quindi utile che tali dati venissero pubblicati per età, cosa che a tutt'oggi non avviene. In proposito si potrebbe rilevare, tramite la SDO, anche la data di prenotazione del ricovero, infatti in alcune regioni (come nelle Marche) è stata inserita nella scheda questa variabile, utile alla verifica dei tempi di attesa.

Sempre con riferimento ai servizi ospedalieri, allo stato attuale non sono disponibili dati pubblicati disaggregati per classi di età dell'utenza, per reparto o setting di degenza ospedaliera. E' invece senz'altro auspicabile disporre, in quanto ciò consentirebbe di poter valutare con attenzione l'adeguatezza dell'offerta dei posti letto in funzione della specificità della richiesta dell'anziano ed in particolare dell'anziano fragile, consentendo un più efficiente utilizzo delle risorse ed evitando il continuo e costante ricorso ad una gestione della domanda in termini di urgenza o emergenza, situazioni assimilabili alla gestione attualmente in uso in una parte purtroppo non marginale delle strutture ospedaliere nazionali.

Riguardo all'accesso al **pronto soccorso**, sarebbe opportuno pubblicare per età il dato relativo all'esito (ricovero, rientro a domicilio o decesso), che è reso noto dal Ministero della Salute esclusivamente per regione.

Con riferimento agli **accertamenti diagnostici** effettuati nelle quattro settimane precedenti l'intervista, l'ISTAT non pubblica il dato riguardante l'eventuale rinuncia ad effettuare un accertamento prescritto dal medico, disaggregato per età. Sarebbe utile, invece, oltre che disporre di tale dato, anche specificare e distinguere i motivi della rinuncia (ad esempio perché troppo costoso, perché la struttura in cui viene eseguito risulta inaccessibile o per l'eccessiva durata dei tempi di attesa), mentre ci si limita a rilevare genericamente la rinuncia "per diversi motivi".

Riguardo all'**assistenza specialistica ambulatoriale**, va messo in evidenza che non viene pubblicato né il dato relativo al tipo di accertamento effettuato, né quello relativo

alla mancata effettuazione (per motivi non specificati) di un qualche accertamento prescritto dal medico.

Riguardo al **consumo di farmaci**, poiché, come precedentemente osservato, alcune regioni hanno già attivato flussi informativi propri, sarebbe opportuna un'armonizzazione nella raccolta dei dati sulla farmaceutica a livello nazionale. Ciò dovrebbe poter avvenire nell'ambito della costruzione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (cfr. l'approfondimento relativo al "Progetto Mattoni" nel cap. 2), il quale prevede flussi informativi collegati ai dati del singolo paziente, e non più gestiti esclusivamente in forma aggregata come sinora avvenuto. Ciò vale anche per il dato relativo al numero di ricette prescritte, attualmente non disponibile per età, sebbene esistano a livello regionale flussi informativi che lo contemplano (ad esempio in Piemonte, Friuli, Toscana). L'importanza di un monitoraggio del consumo di farmaci da parte della popolazione in relazione all'età deriva sia dall'impatto che i medicinali hanno sulla salute (anche in termini di pericolosità), sia dal fatto che costituiscono una quota molto rilevante della spesa sanitaria, concentrata in particolare nella popolazione anziana (Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane 2003: 276).

Sempre con riferimento alla Multiscopo ISTAT sulle condizioni di salute, un altro suggerimento che si avanza è di **incrementare la serie di incroci per età** e ripartizione geografica, in quanto, benché le pubblicazioni relative all'indagine 1999-2000 approfondiscano più di altre tali dimensioni, queste variabili vengono trattate separatamente, impedendo così di trarre maggiori informazioni sulle differenze territoriali tra anziani, oltre a quelle già esistenti per variabili socio-economiche, come per esempio il titolo di studio.

Nel complesso occorre inoltre evidenziare che, come si può osservare nella Tab. 1, sul totale degli incroci di dati pubblicati, solo una percentuale esigua prende in considerazione una variabile fondamentale come quella costituita dall'età (necessaria ad individuare il dato riferito alla popolazione anziana), fatta eccezione per le dimensioni riguardanti i servizi di riabilitazione e la salute percepita.

Tab. 1: Incroci di variabili pubblicati (Multiscopo ISTAT su condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari)			
DIMENSIONE*	Totale incroci	Incroci con la variabile età	Rapporto
1	2	3	$4=3/2*100$
Condizioni di salute (B)	24	3	13%
Invalidità e riduzione di autonomia (C) + Difficoltà nelle attività quotidiane (M)	78	19	24%
Visite mediche (D)	74	22	30%
Accertamenti diagnostici (E)	46	13	28%
Ricoveri ospedalieri (F)	58	20	35%
Pronto soccorso (G)	9	3	33%
Servizi sanitari -riabilitazione (H)	8	4	50%
Assistenza domiciliare (I)	9	3	33%
Condizioni di salute (Salute percepita) (Q)	18	11	61%
Malattie croniche (R)	24	8	33%
Uso di apparecchi sanitari (S)	8	3	38%
Consumo di farmaci (T)	61	17	30%
*: Le lettere si riferiscono alle sezioni della relativa scheda n. 1 in Appendice (Tabella 2)			

Una carenza emersa dall'esame comparato delle due multiscopo ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" e "Aspetti della vita quotidiana", riguarda questioni di **confrontabilità**. Si è riscontrato, infatti, che la stessa domanda è posta allo stesso modo in quanto a modalità di risposta, ma facendo riferimento ad un periodo temporale diverso, come nel caso del ricorso alla guardia medica, rilevato nella prima con riferimento alle ultime 4 settimane e nella seconda con riferimento agli ultimi 3 mesi, impedendone così il confronto, possibile invece nel caso del consumo di farmaci nonché del ricorso ai ricoveri ospedalieri e al pronto soccorso.

Altro argomento chiave è rappresentato dall'**appropriatezza dei ricoveri**. Il Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero pubblicato – presentato dal Ministero della Salute nel 2004 in occasione della giornata dedicata alla SDO (Ministero della Salute 2004c) – contiene per la prima volta un'analisi regionale sui 40 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, ma sarebbe certamente auspicabile che tale tipo di analisi sia svolto con particolare riguardo alla popolazione anziana.

Passando all'esame delle SDO, si osserva che, non rilevando informazioni sulle caratteristiche socio-economiche a livello individuale e familiare, non consentono, da sole, di effettuare un'analisi dei differenziali socioeconomici dei pazienti ospedalizzati. Tuttavia, l'inserimento del codice fiscale tra le variabili rilevate, rende possibile il raccordo con altri archivi (ad esempio dell'INPS, degli infortuni, anagrafi comunali etc.), così da aumentare gli incroci possibili e il contenuto informativo ricavabile.

Riguardo all'**indagine CENSIS**, effettuata ormai a cadenza annuale, sarebbe opportuno che nella struttura dell'indagine rimanga un nucleo pressoché costante nelle sue diverse edizioni, così da poter consentire confronti tra anni, soprattutto rispetto a variabili strategiche e in virtù dell'importanza che queste rivestono per la popolazione anziana, pur senza andare a discapito dell'inserimento di elementi di innovazione, giustificati dalle finalità prevalentemente "contingenti" che caratterizzano questo tipo di indagine (tesa a cogliere gli elementi di volta in volta maggiormente dibattuti). Ad esempio, nel 2004 si sono eliminati diversi quesiti, relativi alla frequenza di visite mediche e controlli, all'uso di farmaci (frequenza e motivo dell'assunzione) ed al ricorso a ricovero ospedaliero (tra l'altro riferito ad un diverso periodo temporale – l'ultimo anno – rispetto a quello rilevato dalle Multiscopo ISTAT – gli ultimi tre mesi – cosa che impedisce ogni confronto tra i due dati). Altri quesiti, eliminati nel 2004 rispetto all'indagine del 2002, riguardano la conoscenza e l'utilizzo del servizio ADI, l'opinione su quali siano gli ambiti di vita in cui si ha maggiore bisogno di assistenza (disbrigo di pratiche, pulizia della casa, preparazione dei pasti, spostamenti, etc.), e se si ritiene opportuno che alcuni servizi socio-assistenziali siano erogati direttamente dagli enti locali oppure che sia concesso un voucher per il libero acquisto.

A fronte di tali "perdite", l'indagine del 2004 ha comunque l'indubbio vantaggio di rilevare per la prima volta il **ricorso all'assistenza privata** e, nel caso di ricorso a badanti, le ore di assistenza usufruite alla settimana, la spesa media settimanale e chi la sostiene. In proposito sarebbe auspicabile che vengano diffusi i dati (non pubblicati) relativi alle ore di aiuto ricevute alla settimana da badanti o altro personale a pagamento, ed alla spesa media sostenuta, e di disaggregare per età il dato relativo a "chi sostiene la spesa" (in quanto pubblicato solo come valore totale).

Una raccomandazione generale riguarda la **suddivisione in classi di età quinquennali**, anziché decennali, in modo tale che i dati siano raccordabili con altre

indagini, consentendo di estrapolare il gruppo di età 65 ed oltre (“60-64”, “65-69”, “70-74”, “75-79” e “80 e oltre”).

Alla luce dell’importanza assunta dal fenomeno delle **liste di attesa**, mostrata anche dal crescente interessamento in materia da parte delle istituzioni pubbliche, si deve lamentare, anche su questo fronte, una carenza di dati riferiti in modo specifico alla popolazione anziana. Questa carenza assume ancora più rilevanza in considerazione del fatto che un numero elevato di anziani dichiara di dover ricorrere a servizi privati proprio a causa di liste di attesa eccessivamente lunghe (CENSIS 2004c).

Questo argomento è affrontato in realtà anche dall’indagine ISTAT sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi (ISTAT 2002a), che fornisce indicazioni riguardo ai tempi di attesa relativi a servizi ospedalieri, visite mediche e accertamenti diagnostici. Sarebbe tuttavia auspicabile poter disporre di dati periodici sulle liste di attesa, individuali, distinti per età e per tipo di servizio, anche perché queste rappresentano una misura, se pur non esaustiva, della parte di domanda non soddisfatta ed è doveroso tenerne conto, nel contesto di una valutazione che voglia pervenire ad una stima del reale bisogno di assistenza da parte della popolazione anziana. E’ questa l’ottica del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e del già citato “Progetto Mattoni”, che ha tra i propri obiettivi strategici anche quello del monitoraggio delle liste di attesa, sia dal punto di vista delle strutture erogatrici (tempi di attesa nelle singole strutture, per tipologia di prestazione), sia dal punto di vista del cittadino (tempo effettivamente atteso dal singolo cittadino per l’erogazione delle singole prestazioni). La disponibilità di dati sui tempi di attesa, individuali e distinti per età, dipenderà pertanto dalla celerità con cui si svilupperà il sistema di informazioni sanitarie individuali su cui il NSIS si dovrà basare (cfr. su questo anche il cap. 2).

A tal fine, *last but not least*, sarebbe auspicabile anche stabilire **forme di raccordo** – ad esempio in termini di categorie di riferimento adottate e modalità di formulazione dei quesiti posti – **tra i flussi istituzionali riguardanti l’offerta di servizi e le fonti derivanti dalle iniziative proposte da organizzazioni di utenti** o enti privati (si rammentano i rapporti curati dal Tribunale per i Diritti del Malato e dall’AIOP), al fine di potenziare l’offerta informativa in materia di **qualità dell’assistenza**.

7. I SERVIZI TERRITORIALI³⁰

7.1. Premessa

L'insieme di servizi ed interventi pubblici a favore degli anziani non autosufficienti presenti nel territorio è molto articolato. Si possono suddividere – pure in maniera imprecisa – tra assistenza domiciliare (ad es. assistenza sociale domiciliare e assistenza domiciliare integrata), assistenza semi-residenziale (ad es. centri diurni) e prestazioni monetarie erogate localmente (ad es. assegni di cura) (per i trasferimenti monetari finanziati a livello nazionale cfr. invece il cap. 9).

Tanto il dibattito quanto i concreti sforzi delle realtà più avanzate si dedicano alla costruzione di una rete il più possibile coerente tra tale insieme di servizi ed interventi. Una rete capace di consentire percorsi assistenziali continui e di finalizzare gli sforzi dei diversi attori coinvolti al perseguimento di obiettivi condivisi. Crescenti sforzi, nondimeno, sono rivolti alla promozione di connessioni tra rete pubblica, assistenza informale e assistenza privata a pagamento.

Il presente paragrafo discute le fonti informative riguardanti la rete dei servizi ed interventi territoriali pubblici. Si definiscono pubblici perché sono finanziati (almeno parzialmente) dai soggetti pubblici (Comuni, ASL, Province), i quali – nella gran parte dei casi – ne garantiscono almeno un livello minimo di qualità.

Il paragrafo si divide in due parti: la prima riguarda il settore socio-assistenziale (Comuni e Province), la seconda il socio-sanitario (ASL). È ben nota l'arbitrarietà del confine tra questi due settori e i menzionati sforzi per la costruzione della rete spingono per diminuirne il rilievo. Le fonti informative esistenti, d'altra parte, sono organizzate seguendo tale divisione.

³⁰ di Cristiano Gori.

Si ringrazia Paola Baroncini (ISTAT), Margherita Brunetti (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali) e Sergio Pasquinelli (IRS) per le osservazioni a una precedente versione della parte sui servizi socio-assistenziali, nonché Miriam Di Cesare (Ministero della Salute) e Federico Spandonaro (Università di Roma – Tor Vergata) per le osservazioni ad una precedente versione della parte sui servizi socio-sanitari. La responsabilità di quanto scritto è esclusivamente dell'autore.

7.2. Il settore socio-assistenziale

7.2.1 Definizioni e fonti

La debolezza delle informazioni disponibili a livello nazionale in materia di servizi e interventi sociali è ben nota. I limiti esistenti riguardano la quantità e la qualità dei dati (Mauri 1993). Bisogna sottolineare, innanzitutto, la scarsità delle informazioni disponibili. Vi sono pochi dati su questa materia. Pure quando esistono, tuttavia, i dati sono difficilmente raccordabili gli uni con gli altri; tale osservazione riguarda principalmente le informazioni disponibili a livello di comuni e regioni, molto spesso raccolte utilizzando definizioni e metodologie che non le rendono comparabili. Le diverse criticità menzionate si verificano molto più nei servizi non residenziali (servizi domiciliari, centri diurni, tele-assistenza, assegni di cura etc.), oggetto di questo paragrafo, che in quelli residenziali (in merito a questi ultimi si veda il cap. 8).

Uno dei motivi della scarsa raccordabilità tra i dati risiede nella mancanza di una definizione condivisa di servizi ed interventi sociali. Il riferimento è oggi la definizione introdotta nelle cosiddette “Leggi Bassanini” (D.Lgs. 31/3/1998, n. 12): per servizi sociali si intendono “tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti e a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere le situazioni di bisogno e difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia” (art. 128, comma 2°). Si tratta di una definizione assai ampia, che comprende sia le prestazioni monetarie sia i servizi alla persona; tale definizione è stata fatta propria dalla legge quadro per la “Realizzazione del sistema integrato di servizi ed interventi sociali” (l. 328/2000).

A livello nazionale, sono stati compiuti due principali tentativi per superare la situazione descritta. Uno riguarda l’attivazione del “Comitato nazionale di studio e coordinamento per il sistema informativo nazionale socio-assistenziale”, attivo tra la fine degli anni ’80 e la prima metà degli anni ’90. Il lavoro di tale Comitato portò alla predisposizione di un progetto di sistema informativo nazionale socio-assistenziale (Comitato nazionale di studio e coordinamento per il sistema informativo nazionale socio-assistenziale 1992) e di una specifica ipotesi riguardante la costruzione di una banca dati nazionale riguardante l’assistenza domiciliare agli anziani (Comitato

nazionale di studio e coordinamento per il sistema informativo nazionale socio-assistenziale 1995). Lo sforzo di questa Commissione, tuttavia, non ebbe conseguenze significative.

L'altro tentativo riguarda la legge 328/2000 "Realizzazione del sistema integrato di servizi ed interventi sociali". La legge quadro ha previsto l'istituzione di un sistema informativo nazionale, finalizzato ad offrire una compiuta ricognizione dei bisogni sociali così come dell'offerta di servizi e interventi per rispondervi (art. 21).

Il primo atto dovrebbe consistere nella nomina di una Commissione tecnica, composta da 6 esperti, con il compito di formulare proposte in merito ai contenuti, al modello ed agli strumenti attraverso i quali dare attuazione al sistema informativo nazionale. La Commissione è stata effettivamente nominata ma – dopo pochi incontri – il ministero ha deciso di interromperne i lavori. Pertanto, non è stato compiuto alcun passo sostanziale verso la costruzione di tale sistema informativo.

Il presente paragrafo si occupa dei servizi ed interventi sociali non residenziali rivolti agli anziani, forniti dagli enti locali. Viene condotta la ricognizione delle fonti di natura nazionale, per poi considerare quelle di carattere regionale e locale. Giunti a questo punto, si formulano alcune proposte per lo sviluppo dell'informazione statistica in materia.

7.2.1.1. Le fonti nazionali

A) Indagine sugli interventi e i servizi socio-assistenziali delle amministrazioni provinciali – ISTAT (cfr. Appendice, fonte n. 14)

Si tratta di un'indagine postale condotta annualmente, che tocca tutte le Province del nostro paese. Viene svolta dall'inizio degli anni '50 e a partire dal 2000 le sue rilevazioni hanno avuto sostanziali modifiche. Sino al 1999, infatti, le informazioni raccolte concernevano gli interventi erogati a favore di non vedenti, non udenti e minori riconosciuti dalla sola madre; si tratta delle categorie di utenza su cui si è tradizionalmente concentrato l'intervento delle Province in ambito socio-assistenziale.

Dal 2000, invece, il campo di osservazione è stato ampliato e riguarda ora cinque aree di intervento delle Province: infanzia e maternità, disabili, anziani, immigrati e nomadi, contrasto alla povertà ed all'esclusione sociale. Con riferimento agli anziani – così come accade agli altri utenti considerati – vengono raccolte informazioni

concernenti le tipologie di interventi e servizi erogati (in questo caso si tratta di strutture residenziali, centri diurni, assistenza domiciliare, accompagnamento e trasporto, contributi economici, altro). Per ognuno di questi si rileva il numero di assistiti (suddivisi per genere), la spesa e la modalità di erogazione (diretta o indiretta). Nell'insieme si tratta di un'indagine piuttosto ricca ed esaustiva, soprattutto considerando che le Province hanno responsabilità assai ridotte nel settore socio-assistenziale (con la nota eccezione delle Province Autonome di Trento e Bolzano).

B) Indagine pilota su interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati (poi Indagine censuaria su interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati) – ISTAT, Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, Centro Interregionale per il Sistema Informatico ed il Sistema Statistico (CISIS), Ragioneria generale dello Stato (cfr. Appendice, fonte n. 15)

L'indagine pilota è stata avviata nel settembre 2003, su un campione di 912 comuni rappresentanti di tutte le regioni italiane. Sono state raccolte informazioni riferite al 2002. L'indagine è l'esito della collaborazione tra l'ISTAT, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, la Ragioneria Generale dello Stato ed alcune regioni che aderiscono al Centro Interregionale per il sistema informatico ed il Sistema Statistico (CISIS)³¹. L'indagine pilota è stata conclusa prima dell'estate 2004. Il 21 luglio 2004 è iniziata l'indagine censuaria concernente l'intero universo dei comuni italiani (con dati 2003).

L'indagine pilota e la successiva censuaria hanno due obiettivi principali:

- sostenere l'attività di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali;
- sostenere le attività di monitoraggio della spesa pubblica per servizi e interventi sociali.

L'indagine raccoglie informazioni in merito agli utenti che ricevono servizi e interventi sociali e sulla spesa sostenuta dai comuni per aree di intervento e per tipologie di servizi. Si considerano le seguenti categorie di utenza: famiglia e minori, disabili, dipendenze, anziani, immigrati, disagio adulti e multiutenza.

Per gli anziani, così come per gli altri gruppi di utenti, sono raccolte informazioni concernenti tutti gli interventi, servizi e trasferimenti in denaro che li riguardano. Si

³¹ Le regioni aderenti al CISIS che hanno collaborato all'indagine pilota sono: Liguria, Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Marche e la Provincia autonoma di Trento).

tratta di un elenco ampio che riguarda – tra gli altri - l'attività di servizio sociale professionale, varie forme di assistenza domiciliare, diverse forme di trasferimenti in denaro, centri diurni e strutture residenziali.

Di ogni servizio, intervento o prestazione economica considerata si rileva in tutti i casi: se esiste, il numero complessivo di utenti (o in alcuni casi il numero di prestazioni erogate), la spesa in conto corrente di competenza e se è prevista la verifica dei mezzi. Per molti si rileva pure la forma di gestione (diretta, indiretta, mista), la percentuale di spesa gestita direttamente, il valore complessivo della compartecipazione alla spesa richiesta agli utenti.

Le informazioni sui servizi ed interventi per gli anziani rilevate nell'indagine censuaria, recentemente avviata, non presentano sostanziali differenze da quelle raccolte con l'indagine pilota. È stata modificata la denominazione di qualche intervento e servizio rilevato e ne è stato aggiunto qualcuno. Di ognuno viene ancora rilevato: se esiste, il numero complessivo di utenti (o in alcuni casi il numero di prestazioni erogate), la spesa in conto corrente di competenza e se è prevista la verifica dei mezzi. Di molti si rileva anche la percentuale di spesa gestita direttamente e il valore complessivo della compartecipazione alla spesa richiesta agli utenti, come nell'indagine pilota. Rispetto a quest'ultima non viene più rilevata la forma di gestione (diretta, indiretta, mista), mentre è stata aggiunta la rilevazione della compartecipazione economica da parte del servizio sanitario nazionale.

L'attuazione dell'indagine censuaria ha un estremo rilievo perché i Comuni sono i principali fornitori di servizi sociali, e l'assenza di una rilevazione sistematica della loro azione in materia ha sempre rappresentato un ostacolo cruciale alla comprensione dei sistemi di welfare locale nel nostro paese.

C) Rilevazione delle cooperative sociali – ISTAT (cfr. Appendice, fonte n. 16)

Si tratta di una rilevazione biennale condotta attraverso questionario postale inviato a cooperative (di tipo “a” e “b”) ed a consorzi sociali. Raccoglie informazioni concernenti la struttura e l'organizzazione delle cooperative sociali, le risorse umane impegnate, le risorse economiche e patrimoniali, le attività svolte e gli utenti dei servizi erogati. Il campo di osservazione è l'universo delle cooperative (di tipo “a” e “b”) e dei consorzi sociali iscritti ai registri regionali della cooperazione.

Si tratta di un'indagine di notevole rilievo per conoscere l'ampia ed eterogenea realtà della cooperazione sociale. Ai nostri fini interessano i dati che raccoglie concernenti gli utenti "anziani" delle cooperative di tipo "A", per differenziarli dalle altre categorie di utenti (alcolisti, disabili, immigrati, minori ecc.). Tale indagine non permette di individuare utenti dei servizi pubblici, ma viene qui comunque considerata perché – come noto – una parte significativa delle prestazioni erogate dalla cooperazione sociale è finanziata dagli enti pubblici.

D) Indagini ad hoc

Le indagini ad hoc riguardanti i servizi socio-assistenziali territoriali condotte su scala nazionale sono ridotte. Svolte perlopiù nel decennio scorso, analizzano congiuntamente i servizi sociali e sanitari. Diverse le tipologie di dati che vi si possono reperire: si tratta – in maniera variabile – di informazioni riguardanti la presenza dei diversi servizi e delle diverse figure professionali, la loro organizzazione, le prestazioni erogate e la dimensione dell'utenza.

Queste indagini sono divisibili in due principali gruppi. Uno consiste nell'analisi dell'assistenza domiciliare in un campione di realtà locali più o meno rappresentative dell'intero paese. Il progetto finalizzato invecchiamento del CNR, ad esempio, ha pubblicato nel 1995 i risultati di un'indagine conoscitiva sull'assistenza domiciliare integrata in Italia riguardanti i servizi ADI di 61 USL sparse nell'intero territorio nazionale (Abate et al. 1995). La Commissione d'indagine sulla Povertà, ha pubblicato uno studio sull'assistenza domiciliare sociale in 14 comuni italiani (Kazepov 1996).

All'altra tipologia appartengono i progetti tesi a ricostruire il profilo dell'offerta dei servizi domiciliari a livello regionale. I risultati di una raccolta di informazioni su ogni regione italiana sono pubblicati nel Rapporto biennale al parlamento sulla condizione dell'anziano 1996-1997 (Presidenza del Consiglio dei Ministri 1998). Nel 1996, il CENSIS ha pubblicato uno studio simile che illustrava il profilo dell'offerta di assistenza domiciliare in tutte le regioni (CENSIS 1996)³².

Con la fine dello scorso decennio, il Ministero per la Salute (allora della Sanità) ha promosso una raccolta sistematica annuale di dati riguardanti l'assistenza territoriale socio-sanitaria, e ciò spiega probabilmente il diradarsi delle indagini ad hoc. Tale

³² Negli anni '80, sino alla prima metà degli anni '90, dati di livello regionale erano presenti nei diversi rapporti su *Regioni e politiche socio-assistenziali* preparati dal Labos.

diradarsi, tuttavia, ha penalizzato la conoscenza in merito ai servizi socio-assistenziali territoriali, di cui è tradizionalmente mancata una raccolta sistematica di dati a livello nazionale.

7.2.1.2. Le fonti regionali e locali: tendenze generali

Il presente lavoro si concentra sulle fonti di livello nazionale ma pare opportuno dedicare qualche attenzione a quelle regionali e locali. Pur non avendo condotto alcuna specifica ricognizione in proposito, si vogliono evidenziare alcune tendenze di fondo che caratterizzano il quadro attuale (e avranno un ruolo nella successiva definizione delle proposte).

A livello regionale, si è iniziato a lavorare sul sistema informativo negli anni '80. A metà di quel decennio, la Regione Veneto attivò un interessante sistema di rilevazione dati esteso a tutti i servizi sociali. Altre realtà regionali, in particolare nel centro-nord del paese, si sono successivamente attivate per organizzare propri sistemi informativi riguardanti reti diverse di servizi (privilegiando quelli per anziani, minori e disabili); si pensi, ad esempio, alle esperienze della Lombardia e della Provincia Autonoma di Bolzano.

La fase attuale è caratterizzata dalla crescente disponibilità di informazioni riguardanti i servizi socio-assistenziali non residenziali. Diversi sono i motivi, a partire dal ruolo sempre maggiore che le regioni assumono nel governo delle politiche sociali e dalla necessità – che diverse tra loro manifestano – di dotarsi di strumenti adatti a tal fine. Varie regioni, dunque, hanno sviluppato negli anni recenti strategie per potenziare la raccolta di dati socio-assistenziali. Ciò si è verificato in maniera assai eterogenea tra le diverse realtà, con un maggiore sviluppo nelle regioni di centro-nord ed in quelle che hanno più solide tradizioni in materia di welfare.

Uno specifico motivo, inoltre, consiste nelle raccolte di dati compiute in questi anni a livello locale per la definizione dei piani di zona, previsti dalla legge 328/2000. La preparazione dei piani, infatti, comporta abitualmente la ricognizione dell'offerta di servizi esistente. In diverse realtà, le informazioni raccolte nell'Ambito Territoriale di riferimento vengono aggregate a livello regionale. Il processo di programmazione zonale, pertanto, ha prodotto tanto una crescita delle informazioni disponibili quanto

uno specifico incremento delle conoscenze raccolte dalle amministrazioni regionali sui servizi e sulla spesa relativa.

Davanti ad una persistente debolezza del livello nazionale, dunque, è aumentata la disponibilità di informazioni a livello regionale. In attesa che l'indagine censuaria su interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati giunga a compimento, cresce la distanza esistente tra le informazioni disponibili a livello centrale e quelle raccolte dai livelli inferiori di governo.

7.2.2. I contenuti

Illustrate le fonti disponibili, se ne compie una lettura trasversale secondo le principali aree di contenuto. Il presente studio ne identifica quattro: la quantificazione e il profilo degli utenti, la ripartizione dei soggetti erogatori tra pubblici e privati, il costo dei servizi e la qualità. Questa lettura trasversale considera le due fonti su cui si poggerà la disponibilità di informazioni sui servizi socio-assistenziali a livello nazionale, così come pare oggi delinearsi: l'indagine sulle province e l'indagine censuaria sui comuni, appena partita, che si propone come il principale punto di riferimento; non si fa qui riferimento all'indagine sulla cooperazione sociale poiché contiene una sola domanda di interesse per il presente lavoro (e non individua gli utenti dei servizi pubblici).

Prima di quantificare gli utenti, bisogna chiedersi se i servizi/interventi/prestazioni monetarie considerati sono disponibili. La prima informazione fornita dall'indagine censuaria riguarda la loro presenza, assolutamente non scontata in un settore come il socio-assistenziale. L'indagine censuaria rileva il numero di utenti anziani dei servizi, interventi e prestazioni monetarie considerate (in qualche sporadico caso rileva, invece, il numero delle prestazione erogate). Anche l'indagine sulle province richiede, per ogni servizio, intervento e prestazione monetaria il numero di utenti; qui si richiede pure il sesso dell'utente. Nell'insieme, conosciamo la numerosità dell'utenza anziana suddivisa per tipo di servizio/intervento/prestazione monetaria ricevuta, mentre non sappiamo quasi nulla delle sue caratteristiche (solo il genere di chi – pochi – riceve servizi dalle province).

Assai maggiori sono le informazioni raccolte sulla spesa. L'indagine sui comuni rileva – per ogni servizio, intervento, prestazione monetaria – la spesa complessiva, la percentuale di tale spesa gestita direttamente dai comuni, le quote di spesa

rispettivamente a carico di utenti e servizio sanitario nazionale. La particolare attenzione dedicata a questo tema non stupisce, considerando che uno dei principali obiettivi della censuaria è costituito, come detto, dal monitoraggio della spesa pubblica. Pure l'indagine sulle province rileva la spesa totale, nonché quella per servizi gestiti direttamente e indiretti.

In merito alla ripartizione pubblico/privato, l'attenzione si concentra sul quesito se i servizi finanziati (almeno parzialmente) dai comuni sono gestiti direttamente da questi o esternalizzati a terzi. Entrambe le indagini indicano la percentuale della spesa complessiva gestita in maniera diretta o indiretta, quella sulle province indica anche il numero di utenti che ricevono servizi in forma diretta o indiretta.

Non vengono raccolte informazioni sulla qualità dei servizi e degli interventi erogati. Un unico dato da segnalare riguarda il profilo dei servizi erogati: è l'informazione se quelli comunali utilizzano la prova dei mezzi.

Tirando le fila, la maggior parte dei dati riguarda l'ammontare e le caratteristiche della spesa. Ad essi si aggiungono informazioni sull'erogazione di servizi in forma diretta o indiretta e sul numero degli utenti. Mancano, invece, informazioni concernenti la qualità.

7.2.3. Lacune e proposte

Lo scenario attuale è caratterizzato da una crescente vitalità nella raccolta di dati regionali/locali e dai notevoli ritardi esistenti a livello nazionale, al cui superamento l'indagine censuaria su servizi ed interventi sociali dei comuni singoli o associati dovrebbe fornire un contributo fondamentale.

Guardando al futuro non si può che partire dall'importanza di questa indagine e dalla necessità di metterla a regime, svolgendola con cadenza biennale o quadriennale. L'indagine - svolta con frequenza regolare - potrà costituire quella fonte informativa nazionale sui servizi sociali dei comuni che è sempre mancata nel nostro paese. Lo sforzo da compiere è notevole, su un terreno disseminato di ostacoli. Basti pensare all'eterogeneità dei servizi sociali tra i diversi comuni per quanto riguarda sia i loro contenuti sia le loro denominazioni, così come alle debolezze nei sistemi di rendicontazione di tanti comuni. Gli sforzi sembrano doversi concentrare verso tale indagine censuaria, cercando la massima attendibilità possibile dei dati raccolti.

In prospettiva, ci si può chiedere come arricchire le informazioni rilevate da questa fonte. I dati attualmente raccolti – è stato sottolineato - si concentrano sulla dimensione di spesa mentre scarsa attenzione viene dedicata al profilo dell'utenza, le caratteristiche dei servizi/interventi/prestazioni monetarie erogati e la loro qualità. Si tratta di capire, pertanto, quali altri dati sia utile e sia fattibile raccogliere a livello nazionale (e se ve ne sono). Paiono interrogativi, tuttavia, da porsi più avanti, poiché nella fase attuale sembra necessario concentrare gli sforzi verso il consolidamento dell'indagine censuaria.

Non è chiaro come le informazioni raccolte attraverso l'indagine censuaria si potranno integrare con quelle raccolte dalle regioni. L'attivazione dell'indagine censuaria, benché fondamentale, costituisce uno tra i diversi passi verso la costruzione del sistema informativo nazionale. Tale costruzione dipenderà molto dalla capacità di integrare le informazioni raccolte a livello nazionale con quelle dei sistemi informativi regionali. Si tratta di rendere coerenti le informazioni disponibili ai diversi livelli di governo (Pasquinelli 2000), evitando sovrapposizioni. Bisogna pure evitare il rischio di sovraccaricare i comuni con molteplici richieste di dati provenienti da più parti. Il possibile sviluppo di un sistema informativo nazionale è assai legato alla capacità di integrare le conoscenze disponibili ai diversi livelli di governo. Oltre a connettere le informazioni raccolte ai diversi livelli di governo, si registra la necessità di connettere quelle raccolte nel sistema socio-assistenziale con quelle raccolte nei sistemi socio-sanitario (si veda oltre) e sanitario.

7.3. Il settore socio-sanitario

7.3.1. Definizioni e fonti

Esistono una varietà di servizi ed interventi di natura socio-sanitaria territoriali, finanziati dalle ASL. Per quanto riguarda gli interventi a domicilio, vi sono gli accessi degli infermieri professionali, quelli dei terapisti della riabilitazione, e gli accessi programmati da parte del medico di medicina generale (la cosiddetta “assistenza domiciliare programmata”). Ognuno di questi interventi può essere fornito autonomamente oppure può collocarsi nell’assistenza domiciliare integrata (ADI), al cui interno si possono prevedere anche interventi di natura socio-assistenziale.

Le prime sperimentazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI) hanno avuto luogo - in alcune USL del paese - nella seconda metà degli anni '80. All’inizio dello scorso decennio, l’ADI è stata sperimentalmente introdotta in diverse regioni (tra le prime Liguria e Lombardia), per poi diffondersi progressivamente e diventare sempre più un servizio offerto a regime. Oggi, l’ADI è fornita in circa l’85% delle ASL italiane, pure tra notevoli eterogeneità a livello regionale così come tra singole aziende.

A livello nazionale, il passaggio cruciale è consistito nell’introduzione dell’assistenza domiciliare integrata all’interno del Progetto Obiettivo Salute dell’Anziano (POA) del 1992. Il POA indica nell’assistenza domiciliare integrata un caposaldo dell’assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti in Italia. Definisce l’ADI “un servizio incaricato di soddisfare le esigenze di tutti i soggetti di qualsiasi età, aventi necessità di assistenza continuativa, che può variare da interventi esclusivamente di tipo sociale... ad interventi misti socio-sanitari... In particolare, l’ADI è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socio-assistenziali, rese al domicilio dell’ammalato, nel rispetto di standard minimi di prestazione in forma integrata e secondo piani individuali programmati di assistenza, definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate al singolo caso”.

I servizi socio-sanitari territoriali sono completati dai centri diurni e dai contributi economici (cosiddetti “assegni di cura”), che in alcune realtà sono finanziati dalle ASL.

Lo sviluppo della raccolta di dati nel settore socio-sanitario si può suddividere in due fasi. Dopo una prima contraddistinta dallo svolgimento di specifiche indagini ad hoc, con la fine degli anni '90 il Ministero della Salute (allora della Sanità) ha iniziato a

svolgere annualmente una raccolta sistematica di informazioni sui servizi socio-sanitari territoriali. Rispetto alla componente socio-assistenziale dei servizi territoriali, quella sanitaria ha beneficiato dell'esistenza di sistemi informativi nazionali esistenti per la sanità e dei maggiori sforzi condotti in questo settore per la raccolta di dati.

7.3.1.1. Le fonti nazionali

A) Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere. Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Ministero della Salute (cfr. Appendice, fonte n. 13)

Sino a pochi anni fa, mancava una solida base informativa di livello nazionale riguardante i servizi socio-sanitari territoriali. Tale carenza è stata colmata – almeno in parte – grazie alle informazioni ottenute dal Sistema informativo del Ministero della Salute attraverso schede di rilevazione compilate dalle ASL e Aziende Ospedaliere e raccolte dalle Regioni, tramite cui si raccolgono informazioni – per ciascuna Azienda Sanitaria del paese – relative all'assistenza di base territoriale, al personale dipendente e alle strutture di ricovero e cura presenti nel territorio di riferimento; in questo ampio insieme di dati, ve ne sono pure alcuni riguardanti l'assistenza domiciliare integrata. La rilevazione è condotta annualmente.

Le principali informazioni raccolte sulla sanità, comprese quelli sull'ADI, sono presentate nell'annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale su “Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere”, disponibile sul sito del Ministero della Salute (Ministero della Salute 2003d). I dati sull'ADI contenuti nell'annuario mostrano, innanzitutto, in quante ASL del paese la stessa viene erogata. Dove il servizio esiste, si presentano una serie di informazioni concernenti le sue caratteristiche. Viene indicato il numero di casi trattati durante l'anno, la percentuale di anziani tra questi e il numero di ore erogate per caso trattato. Oltre ad indicare il numero complessivo di ore, si specificano le professionalità da cui sono state fornite: terapisti della riabilitazione, infermieri professionali o altre figure. Tutte le informazioni menzionate vengono presentate disaggregate a livello regionale.

Insieme alle diverse informazioni sull'assistenza domiciliare integrata, il Ministero della Salute ne fornisce pure una riguardante le strutture semiresidenziali per anziani.

Viene rilevata – anche qui disaggregato a livello regionale – il numero di posti ed il numero di utenti in strutture semiresidenziali per anziani.

B) Indagine Multiscopo “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” – ISTAT (cfr. Appendice, fonte n. 1)

Il sistema di indagini Multiscopo fornisce un ampio insieme di dati finalizzati alla comprensione della società italiana e dei suoi mutamenti. Una tra le indagini svolte nell’ambito delle Multiscopo riguarda “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”; si tratta di un’indagine campionaria con cadenza quinquennale. La più recente – condotta nel 1999/2000 – ha considerato un campione di 52.300 famiglie (circa 140.000 individui) rappresentative dell’intera Italia. I risultati di questa ricca indagine sono suddivisi in quattro parti, corrispondenti ad altrettanti volumi: “Le condizioni di salute della popolazione”, “Fattori di rischio e tutela della salute”, “Il percorso della maternità, gravidanza, parto, allattamento” e “La cura e il ricorso ai servizi sanitari”. Quest’ultimo - d’interesse per la nostra analisi - contiene informazioni riguardanti il consumo dei farmaci, le terapie non convenzionali, le visite mediche, gli accertamenti diagnostici, i ricoveri ospedalieri, servizi di emergenza, riabilitazione e servizi socio-sanitari sul territorio.

L’indagine contiene quesiti riguardanti il ricorso all’assistenza domiciliare, le cui risposte sono disaggregabili secondo la classe di età. Solo alcune di queste disaggregazioni sono presentate nel volume in esame. Vengono rilevate le persone che nei tre mesi precedenti all’intervista hanno usufruito di assistenza domiciliare erogata gratuitamente da ASL e Comuni per classi di età e sesso; di quelle che ne hanno effettivamente usufruito si rileva il numero di ricorsi. Questi dati sono scomponibili solo nelle classi di età 65-74 e 75+.

C) Indagini ad hoc

Nella seconda metà dello scorso decennio sono state condotte alcune indagini ad hoc in materia di assistenza territoriale socio-sanitaria. La maggior parte si è concentrata congiuntamente sui servizi domiciliari sociali e sanitari. Tali indagini contengono varie tipologie di dati: si tratta - in maniera variabile - di informazioni riguardanti la presenza dei diversi servizi e delle diverse figure professionali, la loro organizzazione, le prestazioni erogate e la dimensione dell’utenza. Queste indagini sono divisibili in due

principali gruppi. Uno consiste nell'analisi dell'assistenza domiciliare in un campione di realtà locali in qualche misura rappresentative dell'intero paese, mentre l'altro riguarda i progetti tesi a ricostruire il profilo dell'offerta dei servizi domiciliari a livello regionale (cfr. il paragrafo 7.2). A partire dalla fine del decennio, il Ministero della Salute ha reso disponibile un insieme di dati nazionali concernenti l'assistenza domiciliare integrata; ciò ha spinto la sostanziale interruzione delle indagini ad hoc condotte sull'ADI. Lo sviluppo delle fonti nazionali in materia di assistenza domiciliare integrata, tuttavia, non ha considerato i dati riguardanti gli aspetti economico-finanziari.

Né il Ministero – e neppure l'ISTAT – raccolgono informazioni in merito alla spesa per l'assistenza domiciliare socio-sanitaria per anziani non autosufficienti³³. Una recente ricerca nazionale ha compiuto il tentativo di ovviare a tale mancanza. Nell'ambito di un più ampio lavoro, l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali ha raccolto alcuni dati riguardanti la spesa socio-sanitaria nell'assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti (cfr. la scheda relativa alla fonte n. 17 in Appendice)³⁴. Tale sforzo, compiuto nel 2003 su dati relativi al 2001, è inteso come uno sviluppo dell'attività di monitoraggio dei costi dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) all'erogazione di prestazioni, comprese in tali livelli, concernenti l'assistenza continuativa (*long-term care*) agli anziani non autosufficienti.

La rilevazione ha distinto tra prestazioni domiciliari, semi-residenziali e residenziali (queste ultime qui non considerate). Sono state contattate tutte le regioni ma la rilevazione è risultata, tuttavia, incompleta: 7 regioni hanno fornito dati sulla spesa per l'assistenza domiciliare, 15 per i servizi semi-residenziali e 16 per quelli residenziali.

I dati raccolti toccano la spesa complessiva delle singole regioni per l'assistenza domiciliare e quella per l'assistenza semiresidenziale agli anziani non autosufficienti, la rispettiva quota procapite (per residente, quella per anziano ultrasessantacinquenne e per anziano ultrasettantacinquenne) e la quota del domiciliare e del semiresidenziale sul totale della spesa per l'assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti.

³³ L'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) – come noto – raccoglie adesso dati sui costi dei LEA sanitari nelle diverse regioni. Si raccolgono informazioni sui costi dei LEA per “assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare” e per “assistenza territoriale semiresidenziale”; tali dati non sono però disaggregati per classi di età. Si veda “Monitor”, 5, 2003 disponibile anche sul sito www.assr.it, nonché il cap. 2 di questo rapporto.

³⁴ Si tratta del progetto “Finanziare costi per il long-term care: strumenti, previsioni, esperienze”, coordinato dallo scrivente e finanziato – ex articolo 12 legge 229/99 - da Ministero della Salute e Regione Lombardia. La raccolta di dati qui illustrata è stata condotta dall'Unità Operativa dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, con la responsabilità scientifica del Prof. Federico Spandonaro.

Tale indagine rappresenta un tentativo certamente innovativo, su un tema che non è possibile evitare. Questo tentativo, d'altra parte, è ancora molto parziale poiché molte regioni non hanno fornito risposte e – per diverse tra quelle aderenti – vi sono dubbi sull'attendibilità dei dati raccolti.

7.3.2. I contenuti

Alla presentazione delle fonti di rilievo nazionale segue la lettura trasversale secondo le aree di contenuto al centro del presente studio, iniziando con la quantificazione e il profilo degli utenti. La rilevazione del Ministero della salute ci informa, innanzitutto, sul numero di ASL per regione in cui è attiva l'ADI. Precisato ciò, illustra il numero di casi trattati annualmente e la percentuale di anziani tra questi. Per le strutture semiresidenziali, viene indicato il numero di utenti annuali (qui non disaggregati per età). La Multiscopo permette di conoscere il numero di anziani (divisi in 65-74 e 75+) che nei tre mesi precedenti all'intervista hanno ricevuto assistenza domiciliare erogata dall'ASL e il numero di accessi avvenuti.

Le indagini considerate non raccolgono alcun dato in merito alla suddivisione tra fornitori pubblici e privati nell'erogazione di assistenza a (almeno parziale) finanziamento pubblico. Allo stesso modo, il costo del servizio è un tema cui le rilevazioni istituzionali considerate non dedicano alcuna attenzione. Alcuni dati sono raccolti nell'indagine ad hoc citata, ma si tratta di uno sforzo in merito ancora iniziale.

Pure la qualità del servizio non è oggetto di alcuno specifico approfondimento. Diversamente accade per le sue caratteristiche, che vengono precisate. Il Ministero della salute indaga quante ore hanno fornito in media - ad ogni caso - le professionalità coinvolte nell'ADI, mentre la Multiscopo richiede da quale tipo di professionalità è stata ricevuta l'assistenza domiciliare.

Considerando i contenuti nel loro insieme, si delineano alcuni tratti di fondo. La gran parte dei dati, innanzitutto, concerne l'assistenza domiciliare. La maggior parte delle informazioni riguarda la numerosità dell'utenza e quali sono le diverse figure professionali a fornire accessi. Non sempre, inoltre, è possibile disaggregare i dati per fascia d'età: diverse informazioni raccolte dal Ministero della Salute, infatti, non lo consentono.

7.3.3. Lacune e proposte

Negli anni recenti, il Ministero della Salute ha compiuto notevoli passi in avanti nella raccolta dei dati di livello nazionale sull'assistenza socio-sanitaria territoriale. Tali dati, d'altra parte, soffrono di alcune limitazioni concernenti l'esaustività, l'attendibilità e la specifica attenzione dedicata agli anziani. Con riferimento all'esaustività, mancano informazioni concernenti le caratteristiche del percorso assistenziale (a partire dall'eventuale presenza di una Unità Valutativa Geriatrica e dalla sua composizione), né viene raccolta alcuna informazione riguardante la spesa compiuta dal Servizio Sanitario Nazionale per l'Assistenza Domiciliare Integrata. Tali dati, inoltre, si concentrano quasi esclusivamente su quest'ultima, dedicando ridotta attenzione agli altri interventi socio-sanitari. Ci si riferisce agli accessi infermieristici e di fisioterapia svolti a domicilio al di fuori di un progetto di ADI, ai servizi semi-residenziali ed alle prestazioni monetarie ("assegni di cura") finanziate dalle ASL.

I dati disponibili, inoltre, mostrano un elevato livello di eterogeneità, che non pare spiegabile esclusivamente con le – pur notevoli – differenze esistenti tra i sistemi di welfare regionali, per cui sembra ragionevole sollevare alcuni dubbi in merito all'attendibilità delle informazioni ed alle modalità della loro raccolta. Non sembra, inoltre, che alla definizione di ADI impiegata a livello nazionale (presentata nel POA del 1992, cfr. sopra) le regioni facciano corrispondere il medesimo servizio. Da ultimo, si segnala una ridotta presenza di dati direttamente riferiti agli anziani, l'unico essendo quello sulla percentuale di utenti che essi rappresentano. Essendo anziani quattro utenti su cinque, gli altri dati raccolti (ad esempio quelli sulle ore erogate) possono essere ricondotti a tale categoria di utenti, ma evidentemente solo in modo assai grezzo.

La raccolta dati del Ministero della Salute occupa già oggi un ruolo centrale e potrà occuparlo sempre più in futuro grazie ad opportuni miglioramenti. Peraltro, il Sistema informativo del Ministero della Salute è attualmente oggetto di una profonda revisione (basata sul cosiddetto progetto "Mattoni"), che porterà alla costruzione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). La riflessione in merito alle possibili linee di sviluppo riguardanti l'informazione sull'assistenza territoriale socio-sanitaria è chiamata a confrontarsi con le linee strategiche del NSIS. Il processo che sta conducendo al NSIS coinvolge molteplici attori, si articola in varie fasi ed è guidato da una Cabina di Regia attivata da Ministero e Regioni. Il NSIS persegue tre principali finalità nella per la sua

azione di sostegno al governo del Servizio Sanitario Nazionale: monitoraggio dello stato di salute della popolazione; monitoraggio dell'efficacia/efficienza del sistema sanitario; monitoraggio dell'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni in rapporto alla domanda di salute.

Non è questa la sede per approfondire caratteristiche e finalità del NSIS (di cui maggiori dettagli sono forniti nel cap. 2). Il punto da sottolineare è che esse paiono adatte al superamento delle lacune individuate con riferimento all'assistenza territoriale socio-sanitaria. Un primo miglioramento riguarda l'attendibilità: i dati attualmente raccolti dalle regioni, si è detto, presentano un tale livello di eterogeneità che sembra difficilmente spiegabile solo dalle – pur ampie – differenze esistenti nei sistemi di welfare regionali. Ciò si verifica in particolare con l'ADI. È noto, peraltro, che nelle singole regioni (spesso nelle stesse ASL) alla denominazione di assistenza domiciliare integrata corrispondono servizi diversi. Pare necessario, dunque, uno sforzo di chiarificazione ed omogeneizzazione nella definizione di tale servizio, che permetta una maggiore attendibilità nella rilevazione. Per il successo di tale sforzo è pure necessaria una definizione precisa degli accessi domiciliari infermieristici, di fisioterapia e quelli programmati del medico di medicina generale che non rientrano nell'assistenza domiciliare integrata.

Un secondo passo da compiere riguarda le informazioni da raccogliere. Una chiave per lo sviluppo pare risiedere nell'incremento delle informazioni con riferimento sia alle diverse tipologie di interventi, sia alle loro specifiche caratteristiche. In merito alle tipologie, sarebbe importante far crescere la raccolta di dati riguardanti gli interventi infermieristici e fisioterapici che non rientrano nell'ADI, gli accessi programmati del medico di medicina generale, i servizi semi-residenziali e le prestazioni monetarie (“assegni di cura”) finanziate dalla sanità. Per quanto riguarda le caratteristiche, sarebbe utile rilevare se è stata compiuta una valutazione multidimensionale e quali professionalità compongono l'unità valutativa che l'ha effettuata. In prospettiva, si potrebbe sviluppare una raccolta di dati capace di cogliere i tratti fondamentali del percorso assistenziale: se è stata compiuta una rivalutazione del caso (e dopo quanto tempo), e quanto a lungo l'utente è rimasto in carico. Un altro aspetto su cui raccogliere dati riguarda la spesa per i diversi interventi domiciliari, oggi del tutto trascurata: per

conseguire gli obiettivi di monitoraggio di efficienza ed efficacia posti dal Nuovo Sistema Informativo bisognerà ottenere tali informazioni.

Una terza linea di sviluppo consiste in un sforzo più completo per disaggregare i dati disponibili con riferimento agli anziani rispetto a quanto accade oggi. Un esempio è rappresentato dalle classi di età, da incrementare rispetto alle due attuali, “65-74” e “75 e oltre”. Ciò costituirebbe un passaggio utile per contribuire al dibattito specifico sulle politiche riguardanti questo gruppo di utenti.

In uno scenario caratterizzato dallo sviluppo del sistema informativo del Ministero della Salute, bisogna chiedersi quale potrebbe essere il ruolo della Multiscopo ISTAT. In prospettiva, pare ridursi il rilievo del suo contributo alla raccolta di dati riguardanti le caratteristiche dei servizi socio-sanitari territoriali e dei loro utenti. A tale fabbisogno informativo intende rispondere sempre più il NSIS, così come l’indagine censuaria dei comuni sul lato socio-assistenziale. In proposito bisogna notare che per la raccolta di dati oggettivi riguardanti le caratteristiche dei servizi i soggetti responsabili della loro fornitura paiono meglio posizionati rispetto agli utenti (in particolare trattandosi di utenti fragili).

Nello sviluppo dell’informazione statistica sull’assistenza territoriali agli anziani la Multiscopo potrebbe e dovrebbe tuttavia svolgere un ruolo rilevante e complementare al NSIS. Quest’ultimo – si è detto – è meglio posizionato per raccogliere i dati sulle caratteristiche dei servizi erogati, essendo responsabile della loro fornitura (attraverso Regioni ed ASL). Per raccogliere le opinioni degli utenti sui servizi, d’altra parte, è meglio affidarsi ad un ente che non sia responsabile della loro fornitura. In prospettiva, pertanto, l’ISTAT potrebbe concentrare i propri sforzi sulla raccolta delle opinioni soggettive degli utenti, lasciando al Ministero (e all’indagine censuaria dei comuni, per quanto riguarda il sociale) i dati oggettivi sulle caratteristiche dell’offerta. La Multiscopo potrebbe fornire pure un utile contributo alla comprensione della rete pubblica nel suo insieme (cfr. paragrafo seguente).

7.4. Per concludere: quale possibile integrazione dei dati?

Il capitolo si è aperto sottolineando la complessità della rete dei servizi ed interventi territoriali pubblici. I servizi socio-assistenziali e quelli socio-sanitari sono stati considerati separatamente, in coerenza con l’attuale organizzazione delle fonti

informative. Nella realtà, tali servizi costituiscono parti diverse di una medesima rete. I bisogni degli anziani hanno sovente un carattere di multidimensionalità che richiederebbe l'intervento congiunto sia del socio-assistenziale sia del socio-sanitario. I contesti locali con sistemi di welfare più avanzati, dunque, lavorano alla costruzione di una connessione sempre più forte tra questi diversi punti della rete. La comprensione dell'effettivo profilo dei servizi territoriali di welfare pubblico, d'altra parte, è possibile solo esaminando quelli socio-assistenziali e quelli socio-sanitari nel loro insieme.

Questo insieme di motivi, pertanto, spinge ad interrogarsi in merito alle possibili strategie di integrazione tra i dati attualmente raccolti nel settore socio-sanitario ed in quello socio-assistenziale.

Nel breve periodo, una strada potrebbe consistere nella costruzione di mappe delle informazioni disponibili a livello locale, attraverso un opportuno raccordo delle diverse fonti informative. Si potrebbe pensare di mettere insieme i dati raccolti da comuni, province ed ASL a livello di province. La scelta del livello provinciale è dovuta al fatto che la dimensione delle ASL in buona parte del paese coincide con quella delle province. I dati presentati in tali mappe dovrebbero essere considerati con cautela, non essendo raccolti a livello individuale, ma potrebbero comunque offrire un'utile inquadramento dei sistemi di welfare locale. Mappe simili potrebbero essere costruite a livello regionale.

Un passo in avanti decisivo per la comprensione di come gli anziani fruiscono dei diversi servizi/interventi/prestazioni monetarie offerti dalla rete pubblica sarà tuttavia possibile compierlo solo attraverso la raccolta di dati a livello individuale. Qui si delinea un ruolo per la Multiscopo. Questi dati non potranno avere l'attendibilità di quelli raccolti dai soggetti responsabili per quanto riguarda le caratteristiche di servizi ed interventi erogati, ma potranno essere molto utili per una maggiore comprensione dei percorsi individuali nella rete dei servizi. In questa prospettiva, le informazioni sul ricorso a servizi/interventi/prestazioni monetarie territoriali sarebbero da leggere congiuntamente a quelli sul ricorso all'assistenza residenziale ed alle prestazioni monetarie nazionali. Da ultimo, ma certamente realizzabile solo in un'ottica di lungo periodo, va sottolineata l'opportunità di raccogliere dati longitudinali (e cioè rilevati dallo stesso soggetto in scadenze successive), i soli a consentire una reale ricostruzione delle "traiettorie assistenziali" dei singoli individui, che costituirebbero preziose fonti di

informazioni sulle dinamiche operate a livello “micro”, per un’adeguata pianificazione di servizi ed interventi a livello “macro”.

8. L'ASSISTENZA RESIDENZIALE³⁵

8.1. Introduzione

8.1.1. Premessa

In questo capitolo si descriveranno le forme di assistenza residenziale di tipo sociale e socio-sanitario e gli istituti di ricovero a prevalente carattere socio-assistenziale, definendo il campo di indagine dell'assistenza residenziale agli anziani di tipo non ospedaliero. Si farà riferimento anzitutto alla rilevazione ISTAT-CISIS, attualmente in corso, sui "Presidi residenziali socio-assistenziali" (che in alcune Regioni diventa "Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari"), la quale costituisce il punto di riferimento più avanzato sul quale convergono gli sforzi di uniformazione di ISTAT e Regioni. Accanto a questa si è avviata la prima "Indagine censuaria sugli interventi e servizi sociali dei Comuni singoli o associati" (cfr. capitolo precedente), la cui Indagine pilota si è conclusa nell'estate del 2004, che vede la collaborazione degli Enti centrali e periferici, Ministeri, Ragioneria Generale dello Stato, Regioni, Comuni e ISTAT. Questa indagine, che comprende gli aspetti delle attività e delle spese per tutti gli interventi, è molto promettente, per cui se ne auspica la continuazione con periodicità annuale. L'indagine censuaria è iniziata sulla falsariga della pilota ed entro il 2005 si spera di conoscerne i risultati, fra i quali quelli relativi ai presidi residenziali gestiti dai Comuni, talvolta in proprio, più spesso tramite altri soggetti e sovvenzionati dal Comune. Da tenere conto che le Province Autonome di Trento e Bolzano svolgono le funzioni altrove svolte dalle Regioni, e questa anomalia comporta una segmentazione della rilevazione e della pubblicazione, che corrisponde ad apposita indagine ISTAT (ISTAT 2004g).

Fra le istituzioni si comprenderanno le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), quale estremo superiore ad elevata integrazione sanitaria, e le Comunità (o Case) Protette, escludendo le strutture appartenenti all'area prettamente sanitaria: quelle

³⁵ di Carlo Hanau.

Si ringrazia per la collaborazione prestata fornendo tutto il materiale e le informazioni disponibili la Dr. Salatino della Agenzia ASSR, la Dr. Baroncini e il Dr. Solipaca dell'ISTAT, il Dr. Calandriello dell'ANASTE, la Direzione centrale per la documentazione e la statistica del Ministero dell'Interno, nonché la Dr. Tartari della Regione Marche.

coperte dall'obbligo informativo di cui al D.M.27.10.2000, n.380 (relativo alla compilazione della SDO); gli ospedali pubblici e privati, compresi gli ospedali "classificati o assimilati"; gli Istituti presidio delle ASL e gli Enti di ricerca; altre strutture sanitarie, in via di estinzione, come i manicomi residuali e gli istituti di ricovero di cui all'art.26 della legge n.833 del 1978. Si escludono inoltre gli ospedali pubblici e privati ove avvengono i ricoveri di riabilitazione e quelli per lungodegenza (Ministero della Salute 2004c).

8.1.2. Problemi definitivi

La lettura dei dati sulle RSA e case protette va effettuata tenendo presente che nelle varie realtà territoriali si può dare un effetto sostituzione fra RSA, Case Protette e lungodegenze in ospedale (o altra istituzione sanitaria precedentemente indicata), a seguito di ricoveri non sempre appropriati³⁶. In generale, infatti, se gli esiti disabilitanti della malattia e le condizioni socio-ambientali del paziente non consentono il rientro al domicilio per fruire dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) o dell'Ospedalizzazione a Domicilio (OD), la forma di residenzialità che dovrebbe subentrare (secondo il Progetto obiettivo tutela salute anziani del 1992) è la RSA, ma l'uso della RSA come lungodegenza ospedaliera obbliga le Regioni a prevedere un'ulteriore forma di residenza, spesso definita "casa di riposo protetta", ove la RSA trasferisce i casi di malati stabilizzati, per i quali si prevede un ricovero definitivo. Quanto sopra evidenzia quanto essenziale sia che le tipologie di residenze abbiano una classificazione appropriata, da concordarsi a livello nazionale³⁷, al fine di garantire la

³⁶ Teoricamente dovrebbe esistere una serie di interventi fra loro complementari: dopo la fase della malattia acuta, il malato che secondo i clinici curanti o l'Unità Valutativa Geriatrica ha bisogno di riabilitazione e/o lungodegenza dovrebbe essere trasferito alle unità operative ospedaliere che portano queste denominazioni. Nella realtà si registrano invece degenze lunghe, più o meno appropriate, anche nelle aree riservate all'acuzie: il Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero in regime ordinario riporta 213.258 ricoveri fra 31 e 60 giorni e 51.047 oltre 60 giorni (Ministero della Salute, 2003).

³⁷ In proposito va sottolineato che, mentre la Regione Lombardia ha di recente rinominato tutte le case di riposo protette come RSA, altre Regioni, come l'Emilia Romagna, mantengono una distinzione fra RSA e case protette (basata su una minore densità del personale infermieristico in queste ultime). La denominazione di un presidio è rilevante in sede di determinazione dei diritti e dei doveri degli utenti, in quanto l'assistenza ospedaliera -compresi gli Hospice ed i Day Hospital - è gratuita, mentre i LEA (DPCM 29.11.2001) prevedono che l'utente paghi il 50% dei costi della RSA, laddove per le case di riposo protette ogni Regione e Comune possono regolarsi come vogliono. Attraverso una classificazione che restringa la tipologia RSA (o la limiti agli interventi che sarebbero tipici della lungodegenza ospedaliera), ogni Regione può vanificare di fatto i diritti sanciti dai LEA (similmente a quanto accaduto attraverso la ridenominazione di Day Hospital in Day Service); cosa del resto perseguita anche attraverso un maggior "orientamento" delle Unità Valutative Geriatriche (UVG), sia territoriali che ospedaliere,

comparabilità dei dati fra Regione e Regione, ed il controllo del rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e, in futuro, delle Prestazioni (LEP).

8.2. Definizioni

L'esigenza di una omogeneizzazione della classificazione delle strutture residenziali costituisce già da tempo una delle priorità delle autorità preposte alla gestione dei servizi socio-sanitari per anziani. Ciò è testimoniato, in primo luogo, dal recente avvio, da parte del Ministero della Salute su sollecitazione della Conferenza Stato-Regioni, del progetto "Mattoni del SSN" (Falcitelli e Langiano 2004:213-229) (cfr. in materia anche il cap. 2 del presente rapporto), il quale prevede, tra le prime iniziative da avviare nel settore (cfr. punto 1.2 del progetto), la definizione di una classificazione omogenea delle strutture esistenti.

Da un punto di vista, statistico-informativo, tuttavia, un lavoro di omogeneizzazione delle classificazioni delle strutture residenziali era già stato intrapreso concordemente da ISTAT e Centro Interregionale per il Sistema Informatico ed il Sistema Statistico (CISIS) nell'ambito della nuova serie di indagini iniziata nel 1999, portando alla predisposizione della nuova "Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari". Questa rilevazione sostituisce, ricomprendendola ed estendendola ai servizi socio-sanitari, la precedente "Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali dell'ISTAT", i cui ultimi risultati sono stati recentemente pubblicati con riferimento all'anno 2000 (ISTAT 2004h), mentre i dati più recenti, riferiti al 2001, sono in corso di pubblicazione, e quelli riferiti al 2002, già raccolti, attendono purtroppo risorse aggiuntive per poter essere elaborati (cfr. paragrafo 8.3.1 più avanti).

In questa nuova rilevazione³⁸ – a cui questo paragrafo si limiterà, data la rilevanza della stessa – la tipologia di presidio è stabilita non soltanto in base a tipo e caratteristiche del presidio, ma anche in base a età e tipologia degli assistiti (ad esempio auto- o non autosufficienti), per cui la collocazione della popolazione assistita anziana

verso le case di riposo protette e molto meno per le RSA (dove la quota carico del SSN è generalmente molto più elevata).

³⁸ In questa sede si fa riferimento alla Guida per la compilazione della "Rilevazione statistica sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari", stampata dalla Regione Marche d'intesa con l'ISTAT con sigla "PRS.1", che è analoga a quella delle altre Regioni partecipanti al progetto.

può essere desunta sia sulla base di “finalità istituzionali ed attività prevalentemente svolta” dal presidio, sia sulla base della classe di età di appartenenza degli ospiti³⁹.

Questa classificazione, che è innovativa rispetto a quella precedentemente adottata, individua i seguenti tipi di presidi:

- Comunità alloggio per anziani (tipologia 6c del modulo PRS.1);
- Casa albergo (tipologia 8a);
- Casa di riposo (tipologia 8b);
- Residenza protetta per anziani (tipologia 9);
- RSA per anziani (tipologia 10a).

Di seguito si riporta la definizione adottata (in corsivo), nonché un’analisi critica della stessa.

Comunità alloggio per anziani (6c): struttura residenziale, totalmente o parzialmente autogestita, consistente in un nucleo di convivenza a carattere familiare per anziani autosufficienti che scelgono una vita comunitaria e di reciproca solidarietà: non sembra possano rientrare in questa tipologia (in Italia probabilmente senza prospettive di forte espansione)⁴⁰ né le esperienze di Cooperative o IPAB che convertono proprie strutture in miniappartamenti che poi affittano ad anziani a prezzi anche agevolati (dovendosi in questi casi piuttosto parlare di assistenza a domicilio), né l’aggregazione di diversi miniappartamenti posseduti dallo stesso Ente e destinati singolarmente ad anziani, con accessi autonomi al miniappartamento in cui risiedono.

Casa albergo (8a): struttura residenziale a prevalente accoglienza alberghiera destinata ad anziani autosufficienti, costituita di spazi abitativi individuali o familiari di varia tipologia e di servizi collettivi a disposizione di chi li richieda: si tratta di una tipologia caratterizzata pur sempre dall’autosufficienza degli utenti, che sembra distinguibile dall’albergo (non rilevato da questa indagine statistica perché non è un presidio) soltanto per l’età degli ospiti e presumibilmente per la durata della permanenza.

³⁹ La classe di età degli ospiti (rilevata dal modulo PRS.1 per classi quinquennali) consente di ritrovare i casi di ospiti anziani anomali per quel tipo di presidio, ma pure presenti, spesso con motivazioni degne di essere rispettate, come ad esempio quando una persona invecchia in un presidio destinato ai giovani, che diventa per lei una casa, sentita come propria e preferibile ad un qualunque altro presidio.

⁴⁰ Nel 2000 sotto la tipologia “comunità alloggio” risultavano soltanto 3.314 ospiti anziani, molto concentrati in tre Regioni: Lombardia, Piemonte e Lazio (ISTAT 2004 b).

Casa di riposo (8b): *struttura residenziale a prevalente accoglienza alberghiera destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani autosufficienti che per loro scelta preferiscono avere servizi collettivi o che per senilità, per solitudine o altro motivo, richiedono garanzie di protezione nell'arco della giornata e servizi di tipo comunitario e collettivo:* in questa classificazione, che ricalca molto quella precedente, si accredita la senilità e la solitudine come motivo che dovrebbe indurre anziani autosufficienti ad entrare in un presidio “di loro scelta”. Si ricorda che la senilità non è una malattia né una disabilità, e che da vari anni la senilità e la solitudine difficilmente sono causa di istituzionalizzazione degli anziani. Si prevede inoltre che le tipologie di residenzialità per autosufficienti verranno ridotte o riconvertite in strutture per non autosufficienti.

Residenza protetta per anziani (9): *struttura residenziale con elevato livello di integrazione socio-sanitaria, destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse:* la caratterizzazione consiste nella non autosufficienza. Per la precisione occorre sottolineare che nessuna situazione può essere definita non curabile a domicilio, in quanto senza vincoli di risorse tutte le situazioni possono essere curate a domicilio, compreso quelle che esigono operazioni di alta chirurgia. Si comprende tuttavia che l'esclusione è basata sulla complessità delle prestazioni richieste.

RSA per anziani (10a): *struttura destinata a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che necessitano di assistenza a medio termine (60-120 giorni) a carattere prevalentemente sanitario. Le RSA anziani accolgono pazienti in via di stabilizzazione, ma che richiedono una intensità assistenziale alta a causa della presenza di patologie croniche multiproblematiche:* questa definizione di RSA non corrisponde a quella del Progetto Obiettivo tutela della salute degli Anziani (POA) approvato nel 1992 (Hanau e Pipitone 1994; Hanau 1994), e meglio si attaglierebbe alla lungodegenza ospedaliera (la cui carenza in Italia è drammatica ed è destinata a restare tale, forse proprio perché la lungodegenza è gratuita in quanto ospedaliera). Supporre che la durata sia a medio termine contraddice il POA del 1992, che prevedeva addirittura vi potessero trovare sistemazione (sino alla fine) anziani autosufficienti semplicemente se “a rischio di non autosufficienza”. Ci si chiede infatti dove debbano

essere ricoverati i pazienti che richiedono *un'intensità assistenziale alta a causa della presenza di patologie croniche multiproblematiche* dopo il termine di 120 giorni: di fatto è inevitabile che siano trasferiti in una residenza protetta per anziani, dove spesso non trovano l'assistenza di cui necessitano, a meno di non sostenere le relative spese privatamente.

Una volta stabilito che le RSA rappresentano il massimo della tipologia di residenze (non ospedaliere) in termini di assistenza sanitaria (e quindi di costi), nella gamma delle residenze che interessano questo capitolo si deve stabilire il livello minimo di tipologia di presidio o residenza, al di sotto del quale si deve parlare di assistenza domiciliare e non di presidi residenziali. Un esempio limite in tal senso è fornito da un caseggiato costruito o ristrutturato per accogliere alcune decine di questi anziani, con strutture e servizi adeguati (inclusi eventualmente servizi anti-intrusione, allarme e richiesta di aiuto, sicurezza contro fughe di gas ed incendio, portierato, locali o spazi aperti di ritrovo collettivo, servizi a richiesta di pulizia, lavanderia e mensa). Si è tuttavia propensi a ritenere tale situazione più pertinente ad un servizio di ADI, in quanto soluzione che preserva tutti i vantaggi e le caratteristiche della domiciliarità. Similmente, si dovrebbero classificare a domicilio, possibilmente distinguendoli come eccezioni, i casi di “adozione di anziani” (tanto auspicati da talune amministrazioni regionali quanto poco praticati e praticabili nella realtà, a meno di adeguati sovvenzionamenti). Tuttavia, se una sola famiglia adottasse più di un anziano non autosufficiente estraneo, sarebbe forse più opportuno classificare questi casi come “microistituzioni”, classificazione che diverrebbe d'obbligo se vi fossero più di due anziani adottati.

8.2.1. Il criterio della “non autosufficienza” per distinguere i presidi socio-assistenziali

Per distinguere un presidio assistenziale (oggetto di questa trattazione) da altra residenza **sarebbe utile conoscere lo stato di salute e di autosufficienza degli ospiti**. Per le statistiche ufficiali correnti sulle residenze (eccetto gli alberghi e simili, ove il quesito non è neppure posto), il compilatore dei questionari (il gestore della residenza) deve semplicemente dichiarare se vengono accettati anche i non autosufficienti e quanti

non autosufficienti vi risiedono. Risulta pertanto difficile distinguere le residenze assistenziali dalle altre forme di residenzialità.

In proposito, la quantità di posti letto dell'abitazione o della residenza non soccorre molto, non potendosi la distinzione fra assistenziale e non assistenziale basare sul numero delle persone ivi residenti (esistendo sia microstrutture decisamente assistenziali – tipo “case famiglia” gestite da ASL e/o comuni – sia grandi residenze per ferie che non hanno nulla di assistenziale).

Pertanto sarebbero pertinenti tutte le microstrutture per non autosufficienti, che accolgono anche soltanto due o tre anziani non autosufficienti, spesso come se si trattasse di un contratto di affittacamere. Pur dovendo prescindere, in questa sede, dagli aspetti di Pubblica Sicurezza a ciò connessi, occorre sottolineare che tali microistituzioni non sono facilmente rilevabili proprio perché le stesse cercano spesso di nascondere la loro vera essenza, anche a costo di provocare gravi problemi agli anziani che ospitano (non utilizzando quei servizi che pure potrebbero essere utili agli anziani, ad esempio l'ADI). In genere in questi casi una famiglia, definita dall'ISTAT famiglia principale, accoglie questi anziani, senza utilizzare lavoro dipendente regolare, e le spese di assistenza vengono pagate dall'utente in nero.

Analogamente, si può supporre che vi siano (pochi)⁴¹ casi di alberghi, pensioni e locande che di fatto svolgano le funzioni di presidi assistenziali, pur senza averne il riconoscimento giuridico, per via delle maggiori difficoltà ad ottenere l'autorizzazione all'apertura (di tanto in tanto emergono simili situazioni per via di incidenti o ispezioni, che trovano tutti gli ospiti di un sedicente albergo in condizione di non autosufficienza). Per questo motivo sarebbe consigliabile un'indagine specifica sulle persone anziane che risultano ospiti di alberghi, che potrebbe essere eseguita sulla base della documentazione dei clienti degli alberghi trasmessa ogni giorno all'Autorità di polizia.

In Italia è ben poco frequente anche il caso di alberghi specializzati e dedicati a residenza abituale di anziani sani, che in alcuni Paesi esteri costituisce invece una tradizione diffusa, per cui una concentrazione oltre il cinquanta per cento di anziani in un albergo italiano, sopra tutto se presenti da più di 90 giorni, dovrebbe fare sospettare

⁴¹ Da una prima analisi dei dati dell'ultimo censimento della popolazione (ISTAT 2005) emerge che gli anziani ospiti di un albergo come *presenti* sono: 30.021 fra 65 e 74 anni; 9.320 fra 75 e 84, 1.236 di 85 anni e oltre; tale quantità è del tutto compatibile con la frequenza attesa di alberghi da parte delle persone anziane a fini di turismo e di terme. Se si esaminano soltanto i *residenti* anziani in albergo, i numeri scendono rispettivamente a: 518, 294, 93, per un totale di 905, quantità trascurabile.

l'esistenza di un presidio socio-sanitario non dichiarato come tale. A parte vanno considerati gli alberghi annessi agli stabilimenti termali, che normalmente ospitano molte persone anziane, ma per i brevi periodi di tempo dei cicli di cure, e che costituiscono una tipologia a sé stante, come le nuove residenze o fattorie per la salute e il benessere che nascono vicino alle città. Vi sono infine gli alberghi per vacanze, che durante le mezze stagioni vengono occupati in gran parte da pensionati, coloro che non dovendo rispettare i tempi di chiusura estiva delle attività produttive possono usufruire degli sconti particolari che gli alberghi praticano per il turismo della terza età.

Per quanto riguarda la discriminazione per autosufficienza all'interno dei presidi socio-assistenziali, nella rilevazione annuale ISTAT su tali presidi la caratteristica dell'autosufficienza deriva dalle valutazioni aggregate fornite dal compilatore, il responsabile del presidio⁴². Questi spesso tende a non denunciare la situazione di non autosufficienza, anche a costo di rinunciare a possibili sovvenzioni sanitarie, presumibilmente per evitare di rientrare in tipologie con standard più elevati di personale e di attrezzature e sottoposte a maggiore controllo; analoga considerazione si ritroverà esaminando la percentuale molto bassa di gestori di case di riposo che dichiarano la loro disponibilità ad accettare i non autosufficienti (così come emerge dall'indagine del Ministero dell'Interno più oltre esaminata).

8.3. Fonti e contenuti

La fonte ISTAT, sopra impiegata per definire le principali categorie di strutture residenziali rinvenibili oggi in Italia, non rappresenta che una delle molteplici fonti esistenti oggi nel nostro Paese sull'argomento, e di cui nei seguenti paragrafi verrà fornita una descrizione dettagliata (rimandando alle relative schede in Appendice per eventuali approfondimenti):

1. l'indagine ISTAT sui presidi residenziali socio-assistenziali (cfr. fonte n. 18 in Appendice);
2. il censimento 2001 delle convivenze (nell'ambito del censimento della popolazione ISTAT) (fonte n. 20);

⁴² Gli item riguardano la quantità globale degli autosufficienti e dei non autosufficienti presenti nella struttura secondo il giudizio del gestore, divisi per genere e classi di età, e il questionario non richiede di aggiungere le schede individuali di ogni anziano.

3. l'indagine ISTAT sugli interventi e servizi socio-assistenziali delle amministrazioni provinciali (fonte n. 14);
4. il censimento delle strutture sanitarie residenziali rilevate dal Ministero della Salute (fonte n. 13);
5. il censimento delle strutture per anziani condotto dal Ministero dell'Interno (fonte n. 19);
6. rilevazioni non pubblicate o incomplete (per le quali quindi non è stato possibile ricostruire una scheda informativa da inserire nell'Appendice allegata al presente rapporto):
 - a. la rilevazione delle strutture residenziali operata dall'ANASTE;
 - b. la rilevazione su attività e costi delle strutture residenziali della Conferenza Unificata Stato-Regioni;
 - c. la guida alle case di riposo italiane redatta dall'ANLA.

8.3.1. L'indagine ISTAT sui Presidi residenziali socio-assistenziali

8.3.1.1. Contenuti principali

Questa indagine è frutto della collaborazione fra ISTAT e CISIS. L'ISTAT ha ripreso l'indagine dal 1999, dopo che era stata sospesa nel 1992, e la svolge annualmente su base universale. Attualmente sono disponibili i dati elaborati riferiti al 2001 e sono in corso di elaborazione i dati del 2002: essendo chiusa la raccolta dei questionari, si devono superare difficoltà costituite dalla mancanza di personale per l'elaborazione. Per questo, come meglio specificato nel capitolo delle proposte formulate più avanti, si suggerisce di completare e migliorare le indagini già sperimentate (come questa) invece di intraprenderne di nuove, che necessariamente sarebbero almeno in parte ridondanti.

Il modulo di rilevazione (PRS.1) utilizzato per questa indagine si riferisce alla situazione al 31 dicembre e, per i dati di flusso, all'anno che si va a concludere con quella data. Oltre ai dati identificativi del presidio ed all'anno di inizio dell'attività, vengono definite 11 tipologie di presidi, oltre ad una categoria residuale di "altri". Alcune di queste tipologie sono destinate a persone non anziane. Le tipologie che dovrebbero interessare esclusivamente gli anziani sono le seguenti (il codice si riferisce alle tipologie riportate precedentemente nel paragrafo 8.2 sulle definizioni):

- “8”: residenza assistenziale per anziani autosufficienti (contenente, al 31.12.2001, 63.045 anziani);
- “9”: residenza socio-sanitaria per anziani (55.609);
- “10”: residenza sanitaria assistenziale (RSA) (64.585).

Persone in età anziana sono comunque presenti anche negli altri tipi di presidi, insieme ad altri soggetti di più giovane età:

- “1”: centro di pronta accoglienza (3.034);
- “2”: centro di accoglienza notturna (145);
- “3”: comunità familiare (260);
- comunità socio riabilitativa (5.016);
- comunità alloggio (3.509);
- centro di accoglienza immigrati (80);
- istituti per minori (65);
- comunità socio-educative per minori (3);
- altro (29.877);

per un totale di 225.228 anziani, di cui 148.836 non autosufficienti⁴³.

La natura giuridica del titolare e del gestore del presidio è specificata in 14 categorie, mentre la titolarità in base alla quale il gestore utilizza i locali è specificata in 5 categorie. Il primo riferimento all’età è dato dal seguente quesito: “il presidio è attrezzato per accogliere: minori 0-17, adulti 18-64, anziani 65 e oltre.”, mentre le successive domande non fanno distinzione fra classi di età di utenti, ma riguardano l’insieme dei ricoverati. Si ritrovano quesiti sul totale dei posti disponibili e sulla quota per emergenze; se è capitato nel corso dell’anno di non potere accogliere persone per l’accoglienza delle quali il presidio è attrezzato; se accanto alla residenza vi sia anche la semiresidenza diurna; se vi siano in atto accordi di collaborazione con altri soggetti pubblici e privati; se il presidio rimanga aperto il sabato e/o la domenica e per le ferie; nonché una quantificazione distinta della superficie coperta e di quella scoperta.

I dati sul personale che opera nel presidio, presente al 31 dicembre, sembrano molto dettagliati, sia per categoria (15 categorie più una residuale), sia perché ciascuna categoria viene suddivisa per genere, distinguendo personale “in convenzione o

⁴³ Nella tabella 3 riportata più avanti tali dati verranno integrati da quelli, aggregati, al 31 dicembre 2002, gentilmente forniti in via preliminare dall’ISTAT, e sostanzialmente invariati rispetto al 2001.

dipendente dal SSN” oppure “volontari”. Tuttavia sarebbe utile evidenziare la nuova categoria dell’Operatore socio-sanitario specializzato (OSSS), maggiormente qualificata. Opportunamente si pone la domanda sull’affidamento all’esterno di servizi, risposta che, se fosse ben specificata servizio per servizio, consentirebbe di comparare i dati del personale interno.

I dati sugli assistiti sono racchiusi nella sezione 3 del questionario, dove in un primo riquadro vengono distinti gli anziani (65 anni e oltre) per genere e per autosufficienti e non autosufficienti⁴⁴, con la specifica “di cui stranieri” per genere e per autosufficienza. Nel quadro successivo viene sventagliata maggiormente la classe di età, dividendo il totale degli assistiti in tre classi: 65-74, 75-79, 80 e oltre, sempre suddivisi per genere e per autosufficienza. Nella sezione 4 si specificano i dati economici. Nella domanda 26 si chiede se ospiti e famiglie devono pagare per l’accoglienza.

8.3.1.2. Informazioni aggiuntive: origine e destinazione dei ricoverati, difficoltà di accesso e dati economico-finanziari

La rilevazione statistica sui presidi residenziali anno 2003 chiede inoltre opportunamente, soltanto per i presidi che accolgono anziani, la classificazione dicotomica degli ospiti per autosufficienza al momento dell’entrata e dell’uscita, ed inoltre il luogo di origine e quello di destinazione, nonché se questo movimento è avvenuto nell’anno di riferimento. Tale informazione va ad integrare quella a “sezione trasversale” sulla “disabilità o non autosufficienza” degli ospiti presenti al 31 dicembre del 2003 in tutti i presidi, divisi per genere e per classi di età. Questo miglioramento dell’informazione aggregata raccolta con i questionari annuali non è trascurabile, ma si spera che venga reso superfluo dalla creazione di una banca dati con le posizioni individuali dei ricoverati (si veda più avanti il paragrafo delle proposte, ove si richiama l’esigenza di attuare il libretto della persona con disabilità previsto dalla legge 104 del

⁴⁴ La proporzione di non autosufficienti, che in totale raggiungono 148.836 unità, è quasi totalizzante nelle RSA, elevatissima nelle Residenze socio-sanitarie per anziani, giunge ad un terzo del totale nelle Residenze per anziani autosufficienti (in contraddizione con la denominazione del presidio, che li vorrebbe appunto autosufficienti). Nella tipologia di presidio residuale (Altro), si registra una proporzione di oltre due terzi, che sale a tre quarti nelle comunità socio-riabilitative e nei centri di pronta accoglienza. Al contrario nelle Comunità alloggio la presenza di autosufficienti è nettamente prevalente, come fra i pochi presenti nelle Comunità familiari, nei 14 centri di accoglienza notturni (tutti autosufficienti), e nei centri di accoglienza immigrati.

1992). Opportunamente si chiede inoltre se *“E’ capitato, nel corso del 2003, di non potere accogliere persone che rientravano nella tipologia di utenza del presidio”*.

Dal questionario in esame si può ricavare che viene fatto un tentativo per migliorare la conoscenza dell’aspetto economico-finanziario dei presidi e del fenomeno della compartecipazione alla spesa che grava sugli assistiti. Nella sezione 4 si raccolgono i dati economici, tra cui la domanda: *“Gli ospiti o le loro famiglie devono pagare per l’accoglienza nel presidio?”*, con riferimento ai versamenti una tantum e a quelli mensili, unitamente considerati. Innovativo il punto sulla distribuzione delle spese per tre categorie (personale, beni e servizi, altro), e quello nel quale si chiede di indicare la retta per ciascun tipo di assistito, indicando la parte a carico dell’utente e quella a carico del SSN e del Comune⁴⁵.

8.3.2. Il censimento 2001 delle convivenze

I risultati sulle convivenze rilevate dall’ultimo dei censimenti decennali della popolazione, condotto nel 2001, sono stati resi disponibili sul sito ISTAT nell’estate del 2004. Il censimento si estende a tutti i tipi di istituti di cura ospedalieri e a tutti gli altri tipi di presidi residenziali, sia socio-sanitari che alberghieri, e consente di non perdere le piccole quote di anziani che risiedono in presidi socio-sanitari apparentemente non consoni all’età e ancora gli anziani residenti o presenti in collettività alberghiere, che possono celare un presidio socio-assistenziale sotto le mentite spoglie di un normale albergo.

Prendendo in considerazione i componenti non permanenti anziani (in totale 215.276, di cui 62.273 in istituti assistenziali e 40.675 in alberghi)⁴⁶, il fenomeno della lunga permanenza negli alberghi non sembra tuttavia numericamente molto importante (cfr. Tab. 1). I componenti non permanenti in istituti assistenziali sono relativamente

⁴⁵ Si ritiene tuttavia che sia difficile la compilazione di questa parte, in quanto nella maggior parte dei casi di soggetti anziani la quota a carico dell’utente non è una percentuale fissa ma varia a seconda della ricchezza della singola persona (e, sia pure illecitamente, di quella dei familiari tenuti agli alimenti): pertanto il valore richiesto corrisponde al valore medio calcolato all’interno della tipologia di utenti, ciascuno dei quali paga una quota differenziata. Secondo il DPCM 29 novembre 2001 nelle RSA il 50% è posto a carico del fondo sanitario mentre la restante quota è a carico dell’utente e, in caso di sua indigenza, la parte mancante viene integrata dal Comune.

⁴⁶ Le persone oltre i 64 anni che hanno la residenza nelle convivenze risultano in totale 222.323, di cui 153.728 negli istituti assistenziali, 905 negli alberghi e 59.090 nelle convivenze ecclesiastiche (circa la metà del totale dei residenti in queste convivenze), mentre i presenti con oltre 64 anni nelle convivenze alla data del censimento: 429.324, di cui 212.533 negli istituti assistenziali, 41.577 in alberghi, 59.290 nelle convivenze ecclesiastiche, ove l’invecchiamento si presenta molto elevato.

pochi e si concentrano fra i lungodegenti più anziani, mentre quelli presenti in alberghi si ritrovano soprattutto fra quelli di età più bassa e con più bassa durata, del tutto compatibile con la vera e propria attività alberghiera. Ovviamente dai risultati non si può conoscere se il gestore del presidio addetto alla compilazione del modulo abbia volutamente falsato i dati della durata (in molte istituzioni sanitarie esiste da tempo la consuetudine di dimettere formalmente un degente per poi riammetterlo qualche giorno dopo, al fine di ridurre le durate di degenza).

Tab. 1: Censimento 2001: componenti non permanenti in convivenza, per classi di età anziane, tipo e durata della permanenza			
Durata della permanenza in giorni	Classi di età		
	65-74	75-84	85 ed oltre
<i>Istituti Assistenziali</i>			
271-365	4.656	11.485	17.186
181-270	725	1.883	2.390
91-180	2.204	4.864	6.236
1-90	1.879	4.194	4.581
<i>Alberghi, locande etc.</i>			
271-365	158	111	104
181-270	59	38	23
91-180	1.316	490	109
1-90	28730	8608	929

Va sottolineato che nel censimento delle convivenze mancano le “microistituzioni” (i.e. gli affittacamere muniti di licenza), che devono essere censite con Foglio di famiglia. Le persone che abitano stabilmente in camere affittate come dimora abituale devono compilare un foglio di famiglia a sé stante in quanto coabitanti con l’affittacamere, per cui l’anziano dovrebbe essere classificato come famiglia coabitante monopersonale. La periodicità decennale del censimento non consente di ricavare dati immediatamente utili alla programmazione anno per anno, e nel paragrafo delle proposte sarà indicata qualche procedura per individuare queste microistituzioni.

8.3.3. Dati ISTAT riferiti agli interventi ed ai servizi sociali delle amministrazioni provinciali

Gli interventi e i servizi sociali delle Amministrazioni provinciali dell'intero Paese sono oggetto di una rilevazione periodica annuale da parte dell'ISTAT, ma poiché la competenza diretta di quasi tutte le Province è molto ridotta nel settore degli anziani, i dati pertinenti questo capitolo che si possono ricavare dalla rilevazione sono quasi esclusivamente quelli dell'assistenza agli anziani delle due province autonome Trento e Bolzano (salvo costituire un possibile riferimento di metodo a livello nazionale).

La rilevazione dei dati sui servizi sociali erogati direttamente o indirettamente dalle Province riguarda le spese e il numero degli assistiti, non considerati come unità di rilevazione statistica ma soltanto per grandi categorie. Attualmente sono disponibili i dati relativi all'anno 2001 (ISTAT 2004g), confrontabili con quelli dell'anno precedente (ISTAT 2003), primo anno della nuova serie della rilevazione.

Per quanto riguarda la parte riferita agli interventi e servizi per gli anziani - che viene tenuta divisa dalle altre aree (infanzia e maternità, disabili, immigrati, nomadi, povertà ed esclusione sociale) - e ricordando che le province autonome di Trento e Bolzano sono le uniche con competenze che gestiscono i servizi sociali, sia in forma indiretta che (teoricamente) diretta, in questo settore, si osserva che la proporzione di donne sul totale dei ricoverati risulta molto inferiore a quella registrata a livello nazionale, per motivi che meriterebbero di essere analizzati.

8.3.4. Le strutture sanitarie residenziali rilevate dal Ministero della Salute

Il Ministero della salute fornisce dati riguardanti l'intero anno 2002 sui posti letto e sull'attività delle strutture sanitarie non ospedaliere⁴⁷, sia residenziali che semiresidenziali, nonché sul numero dei loro utenti (che risulta superiore ai posti letto in quanto esiste un certo turn over, cfr. Tab. 2) (Ministero della salute 2003d). I dati risultano molto inferiori a quelli rilevati dall'ISTAT mediante l'indagine sui presidi socio-assistenziali prima esaminata (cfr. paragrafo 8.3.1.). Di questa indagine si può apprezzare il fatto che tende a rilevare i dati di attività nell'anno, sul modello di quanto

⁴⁷ Il Ministero della salute gestisce dal 1997 un'apposita rilevazione annuale sugli istituti e centri di riabilitazione ex art.26 della legge n.833/1978, che, oltre a non essere pertinenti a questo capitolo, non risultano pubblicare dati distinti per età. Dallo stesso Ministero vengono inoltre raccolti dati riferiti alle strutture termali, in regime residenziale e non residenziale.

avviene per gli ospedali: non soltanto il numero dei posti letto e/o dei ricoverati presenti a una certa data, ma anche i dimessi (o gli ingressi) nel corso dell'anno. I risultati di questa rilevazione mostrano che la differenza fra i posti letto (che possono essere misurati come occupati o disponibili) e gli utenti nell'anno non è trascurabile. Inoltre è utile calcolare il dato della durata media della degenza, basandosi sulle durate effettive dei ricoveri dei morti e dimessi nel corso dell'anno, e definendo univocamente il concetto di dimissione, distinto dalla sospensione (che ad esempio può avvenire per ricovero ospedaliero o rientro temporaneo in famiglia). La raccolta dei dati utili a questi scopi non è onerosa e consente di monitorare elementi importanti per la programmazione dei servizi. Ovviamente, come già precedentemente indicato, questi dati sarebbero facilmente ricavabili da una banca dati contenente le schede individuali previste dalla legge n.104 del 1992 per le persone con disabilità (libretto del disabile).

Tab. 2: Strutture sanitarie residenziali rilevate dal Ministero della Salute: posti letto e utenti per tipo di struttura, 2002		
Tipo di struttura	Posti letto	Utenti
Assistenza anziani	125.179	172.647
Assistenza psichiatrica	12.300	15.429*
Disabili psichici	9.059	9.379
Disabili fisici	8.888	11.916
*: di cui almeno una parte anziani		

La definizione di “strutture sanitarie non ospedaliere” adottata dal Ministero della Salute è la seguente: “*strutture residenziali quali le residenze sanitarie assistenziali, le case protette ecc.*”. Mettendo a parte le strutture di assistenza psichiatrica e quelle per i disabili psichici e fisici, ci si aspetterebbe quindi che, come minimo, tutti i posti occupati da anziani non autosufficienti (cfr. il dato ISTAT di 148.836 persone al 31.12.2001 riportato nel cap. 8.3.1.) venissero censiti dal Ministero della salute, ma evidentemente così non è⁴⁸. In generale si può ipotizzare che le strutture rilevate da

⁴⁸ Per fare coincidere i risultati nella Regione Emilia Romagna (interpellata per conoscere come si fosse cercato di risolvere il problema), si è cercato di unificare le raccolte dei dati sui presidi ordinate dalle diverse Amministrazioni centrali e di raggiungere una platea più vasta possibile di presidi utilizzando le informazioni possedute dai Comuni, ai quali competono le autorizzazioni all'apertura dei presidi e i controlli sull'applicazione delle normative sulla sicurezza. Tale comportamento verrà indicato nelle proposte come esempio da seguire.

questa indagine del Ministero della salute, effettuata tramite le Aziende sanitarie, siano soltanto quelle per le quali il bilancio sanitario deve intervenire, in tutto o in parte, per coprire le spese, che rappresentano pertanto una parte ridotta delle strutture ove gli anziani risiedono (si escluderebbero infatti in questo modo le case albergo per anziani autosufficienti e quelle ospitanti anziani, anche non autosufficienti, che vi soggiornano permanentemente senza gravare sul bilancio delle ASL (fondo sanitario o fondo sociale gestito per delega).

Dichiarate le sue limitazioni – e cioè il fatto che **la rilevazione riguarda soltanto una parte delle strutture che si occupano della terza età** – l'indagine del Ministero della salute consente di effettuare una prima valutazione della capacità e dell'attività di una parte delle strutture sanitarie non ospedaliere che effettuano assistenza residenziale e semiresidenziale, e risulta **disponibile già alla fine dell'anno successivo** quello di rilevazione, con una rapidità pertanto superiore a quella delle altre indagini considerate.

8.3.5. Censimento delle strutture del Ministero dell'Interno

Il Ministero dell'interno, tramite la Direzione centrale per la documentazione e la statistica, ha effettuato dal 1992, ogni due anni, alla data del 31 dicembre degli anni pari, un'indagine su alcuni problemi degli anziani e interventi loro diretti, fra i quali i presidi residenziali. L'ultima indagine, riferita al 31.12.2002, è in via di pubblicazione. La penultima, riferita al 31.12.2000, è stata pubblicata nel luglio 2002 (Ministero dell'Interno 2002), riportando, oltre a dati di interesse generale come l'avviamento ai lavori degli anziani e le Università della terza età, le sedi e le denominazioni delle strutture residenziali presenti sul territorio nazionale, nonché una guida all'esistente.

Le istituzioni, suddivise in gestione pubblica, privata o mista (quest'ultima presente quasi esclusivamente a Trento e Bolzano), al 31.12.2000 raggiungevano un totale di 234.163 posti letto in 4.626, delle quali soltanto 1.622 accettavano non autosufficienti. Poiché non è pensabile che vi siano tante istituzioni che accettino soltanto autosufficienti, forse tale risposta può essere dovuta alla preoccupazione di non rientrare in una categoria dove le norme e i controlli sono superiori. Il numero dei posti letto è inferiore a quello risultante dall'indagine dell'Associazione Nazionale Strutture Terza Età (ANASTE) descritta nel paragrafo successivo, per almeno due motivi: nella rilevazione del Ministero dell'Interno mancano alcune delle residenze rilevate

dall'ANASTE (questo risulta da un confronto con l'indirizzario effettuato su alcune province), nonché altre, per le quali il gestore del presidio non ha dato risposta, oppure non ha riportato il numero dei letti (in tal caso non viene effettuata alcuna correzione integrativa, per cui la somma totale dei posti è inferiore a quella dei posti reali). Al contrario vi sono duplicazioni. Infine si deve aggiungere che i 70.000 posti letto di differenza non rappresentano le reali distanze: infatti la comparazione dei posti letto ANASTE con quella del Ministero dell'Interno è influenzata dal lungo intervallo fra le date di rilevazione, pari a oltre 3 anni: in questo periodo le residenze di molte Regioni si sono dovute adeguare agli standard edilizi, riducendo quasi ovunque la capacità in termini di posti letto: questo fenomeno tende quindi a sottovalutare, sia pure modestamente, una parte della differenza che si avrebbe se le date di rilevazione fossero coincidenti.

Il confronto con i dati più recenti del Ministero dell'Interno, riferiti alla fine del 2002 (Ministero dell'Interno 2004), mostra invece un notevole sforzo di allargamento della base censita: nonostante vi siano state riduzioni del numero dei posti letto nella realtà del Paese, appaiono nell'indagine 18.000 letti in più (252.193, di cui 108.862 in strutture pubbliche, 133.808 nelle private e 9.523 in quelle miste) e le strutture aumentano di 310 unità (per un totale di 5.036).

Questa rilevazione, che essendo biennale dovrebbe essere ripetuta con riferimento alla fine del 2004, appare ridondante: come indicato più avanti nel paragrafo delle proposte, il relativo potenziale umano potrebbe infatti essere meglio impiegato per completare le rilevazioni ISTAT esistenti e sveltire l'elaborazione dei dati raccolti, che attualmente ritarda consistentemente per mancanza di personale dell'ISTAT stesso.

Si noti comunque che trattasi della rilevazione che, dopo quella ANASTE, comprende la maggiore quantità di strutture e posti letto, e quindi utilizzabile come guida ai presidi esistenti da parte dei possibili utenti, alla stregua di quella curata dall'ANLA (ANLA 1996) successivamente indicata.

8.3.6. La rilevazione dell'ANASTE

La rilevazione dell'Associazione Nazionale Strutture Terza Età (ANASTE) concerne poche caratteristiche: la denominazione e l'ubicazione del presidio, il numero di telefono, la tipologia di proprietà e il numero dei letti disponibili. I risultati sono tuttavia

preziosi perché la ricognizione non si ferma ai presidi che hanno il riconoscimento della Regione – necessario per ottenere i sussidi sulla retta di degenza e, teoricamente, per ricoverare persone malate croniche non autosufficienti – ma attraverso le conoscenze e la rete capillare dei propri associati e l'esame degli elenchi telefonici tende a raggiungere tutte le strutture (iscritte e non iscritte all'ANASTE, formali e informali) che, normalmente classificate come case o case albergo, hanno necessità di ottenere soltanto l'autorizzazione del Comune (e non sono pertanto note alla Regione né all'ASL). Teoricamente queste strutture dovrebbero dare ricovero a persone autonome, ma la situazione italiana si è evoluta sempre più verso un'istituzionalizzazione selettiva delle persone malate e non autosufficienti, sia all'ingresso sia divenute tali nel corso della durata del ricovero. D'altra parte la Regione ha scarso interesse a prendere conto dell'esistenza di queste persone, per le quali altrimenti dovrebbe erogare i contributi alla cura.

L'ANASTE non pubblica i suoi indirizzari – che sono disaggregabili per Provincia e Regione, nonché settore di appartenenza (privato, religioso, pubblico e IPAB) – ma ha gentilmente messo a disposizione degli Enti preposti i dati del suo schedario riferiti ai presidi, ai posti letto ed alla tipologia di gestione delle strutture residenziali dedicate agli assistiti di diverso tipo, da cui si può desumere che al 31.3.2004 le strutture esistenti erano 4.950. Per confronto si ricorda che al 31.12.2000 l'ISTAT (2004h) aveva rilevato 4.334 presidi residenziali per anziani, a cui aggiungeva 400 comunità socio-riabilitative e comunità alloggio, (normalmente non censite dall'ANASTE perché, salvo alcune eccezioni personali, non accolgono anziani). I posti letto censiti dall'ANASTE, quasi esclusivamente riservati agli anziani, sono 308.530.

Si noti infine che non esiste alcun interesse per i gestori dei presidi a gonfiare i dati riferiti ai letti, in quanto il contributo sociale versato all'ANASTE dalle strutture associate è proporzionale al numero dei letti. Inoltre l'ANASTE non comprende gli istituti di cui all'art.26 della legge n.833 del 1978. Nel caso il presidio non risponda al telefono e neppure ad una lettera, che periodicamente l'ANASTE invia a tutte le strutture conosciute, viene depennato dall'elenco; ISTAT mantiene invece nell'elenco anche presidi che non hanno risposto alla richiesta di collaborazione per la compilazione del questionario. Pertanto non si può addebitare la differenza osservata a fattori come quelli indicati.

8.3.7. Rilevazione della Conferenza unificata Stato-Regioni

La Conferenza unificata Stato-Regioni, ai fini della determinazione dei LEA e dei LEP (o LIVEASS che dir si voglia), ha promosso fin dal 2000 una rilevazione dei costi sostenuti per residenze, semiresidenze e altro, per autosufficienti e non autosufficienti in tutte le Regioni (di cui è attualmente disponibile il 2002 come ultimo anno). Nonostante la rilevazione sia in atto già dal 2000, si può considerare una sperimentazione incompiuta, in quanto si riscontra una grande difficoltà a ricavare i dati dai bilanci, poiché manca la contabilità analitica. Comunque nell'ultimo anno disponibile (2002) si può distinguere per tipologia di servizi e di utenti (e quindi classi di età, che qui interessa ai fini dell'area anziani).

La rilevazione si effettua mediante una ricognizione contabile di ampi aggregati di spesa e non è possibile risalire all'unità di rilevazione rappresentata dal singolo utente.

Si deve pertanto sottolineare la necessità di coordinare le rilevazioni dei dati di spesa con quella dei dati di attività e di struttura, sull'esempio dell'indagine sui Comuni (come già precedentemente indicato), che dopo la sperimentazione conclusa su un campione di Comuni è ora divenuta universale (cfr. cap. 7 nonché fonte n. 15 in Appendice).

8.3.8. Altre fonti regionali o nazionali: la funzione delle “guide”

A livello di singole Regioni si può in genere conoscere l'esistenza di gran parte delle residenze esistenti, in particolare quelle non obbligate a compilare le SDO, attraverso fonti regionali, come ad esempio nel caso della Lombardia, che lascia libero accesso tramite proprio sito ai dati singoli riferiti alla residenze accreditate (che nel caso di questa Regione sono state riclassificate tutte come RSA, riconoscendo la sovrapposizione nella realtà fra tipologia RSA e quella di casa protetta, precedentemente tenuta distinta). Altre Regioni pubblicano sul loro sito l'elenco nominativo aggiornato delle RSA (ad esempio Piemonte, Veneto e Toscana), e le residenze che non temono verifiche hanno interesse a farsi pubblicità tramite questi siti. In questo caso ogni struttura figura con la sua denominazione, alcune sue caratteristiche e la sua capienza, per favorire la trasparenza e la scelta da parte dell'utente. Tali banche dati consentono pertanto di effettuare un confronto fra la rilevazione effettuata dalla

Regione, che collima con quelle degli organi di rilevazione ufficiali, e quella effettuata dall'ANASTE, che sono sempre superiori per quantità di strutture e di posti letto.

L'associazione ANLA (Associazione Nazionale Lavoratori Anziani di azienda) ha pubblicato una guida alle case di riposo italiane, di cui da alcuni anni non effettua tuttavia l'aggiornamento, sebbene questo sembra essere in programma per il prossimo futuro. L'indirizzario esistente resta comunque lontano dall'essere esaustivo, contando nel 1996 appena 2.700 residenze (ANLA 1996). Si può pertanto ritenere che l'attuale ultima versione non sia utile per estendere la ricognizione all'universo dei presidi. Alla stessa stregua non può più essere utilizzato il lavoro di ricognizione operato nello stesso anno per conto della Fondazione Finney (Hanau 1996).

8.3.9. Un quadro comparato delle varie fonti

Nella tab. 3 vengono riportati i risultati a confronto delle varie fonti di indagini esaminate in questo capitolo.

Tab. 3: Quadro comparato dei dati rilevati dalle varie fonti sull'assistenza residenziale in Italia				
Fonte	Strutture	Posti letto	Utenti	Data di rilevazione
ANASTE	4.950	308.530	-	31.3.2004
Ministero dell'Interno	5.036	252.193	-	31.12.2002
Ministero della Salute:				
- assistenza anziani	-	125.179	172.647*	2002
- assistenza psichiatrica	-	12.300	15.429^	
- disabili psichici	-	9.059	9.379	
- disabili fisici	-	8.888	11.916	
ISTAT:				
- 1999: totale	7.505	329.686	291.239	1999
di cui ospiti anziani	-	-	222.548	1999
- 2000: totale	7.731	321.747	283.316	2000
di cui ospiti anziani	-	-	216.126	2000
- 2001: totale	5.010	-	-	31.12.2001
di cui ospiti anziani	-	-	225.228	31.12.2001
posti letto per anziani	-	273.124	-	31.12.2001
- 2002: totale	5.048	-	-	31.12.2002
di cui ospiti anziani	-	-	222.850	31.12.2002
posti letto per anziani	-	271.733	-	31.12.2002

*: numero di utenti che hanno occupato nel corso dell'anno i posti letto disponibili
 ^: di cui almeno una parte anziani

8.4. Lacune e proposte

8.4.1. Aspetti economico-organizzativi

La carenza di risorse pubbliche provocata dalle preoccupazioni di contenere il deficit statale si ripercuote spesso in **forti diseconomie**: ad esempio vi sono rilevazioni dell'ISTAT per le quali i dati sono stati già raccolti e verificati, talvolta persino elaborati, ma il cui risultato non viene pubblicato per mancanza di poche unità di personale, che dovrebbero terminare il lavoro precedentemente svolto da altri addetti.

Questi ritardi costituiscono un grave handicap per chi deve fare programmazione dei servizi, che non può disporre di dati recenti, e per superarli basterebbe una risorsa aggiuntiva trascurabile rispetto a tutti i costi sopportati in precedenza per la rilevazione dei dati. Si pensi che la rilevazione ISTAT sulle residenze per anziani vede la raccolta di circa 8.500 moduli, con ingente impiego di risorse, i cui risultati attendono molti mesi prima di essere elaborati. Fortunatamente da qualche anno l'introduzione della forma di pubblicazione per via informatica ha ridotto o eliminato le attese inerenti l'ultima fase, quella della pubblicazione su carta, che in altri tempi aveva comportato la perdita di anni interi.

In seno all'organizzazione dell'ISTAT, gli uffici che effettuano l'indagine sulla residenzialità e più in generale sull'assistenza sociale sono uniti a quelli che effettuano indagini sul settore della previdenza. L'importanza del settore dell'assistenza sociale, al presente e nel prevedibile futuro, richiederebbe un'indipendenza di questo comparto. Tuttavia, volendo accorpate questo settore ad un altro, **si dovrebbe privilegiare l'accorpamento con il settore sanitario**, poiché la parte più importante dei servizi sociali è rappresentata da quelli che il Decreto delegato n.229 del 1999 definisce "servizi socio-sanitari ad elevata integrazione sanitaria", che per circa metà della spesa sono a carico del fondo sanitario (DPCM del 29 novembre 2001): e cioè RSA, case di riposo protette, semi-residenzialità ed assistenza domiciliare integrata.

Gli altri servizi residenziali, indirizzati ad un'utenza autosufficiente, presentano diffusione relativamente limitata, che in prospettiva dovrebbe diminuire ancor più. Per tal motivo, secondo gli auspici generali, le tipologie "Casa albergo" e "Casa di riposo" di cui all'ultimo modello di rilevazione adottato dall'ISTAT (categorie 8a e 8b) dovrebbero essere sostituite da forme di assistenza domiciliare in servizi e in moneta, per garantire il massimo di autonomia agli anziani autosufficienti ed evitarne l'istituzionalizzazione. Un possibile indicatore di efficacia del sistema socio-sanitario dovrebbe essere pertanto inversamente proporzionale alla percentuale di anziani autosufficienti ricoverati in residenze (salvo restando che le difficoltà logistiche presenti in alcuni territori, in particolare quelli caratterizzati da "case sparse" in zone montane, possono esigere l'istituzionalizzazione degli anziani, soprattutto d'inverno, nonostante la loro autosufficienza).

Infine, sembra utile suggerire che la situazione che fornisce la base dell'indicatore venga rilevata il 21 ottobre, come per il censimento della popolazione, onde consentire una **comparabilità tra i dati ricavati dalle due fonti** che non risenta della stagionalità del contesto assistenziale. Ciò consentirebbe anche di trovare delle sinergie facendo confluire la rilevazione sui presidi in quella censuaria in occasione degli appuntamenti decennali a questa relativi.

8.4.2. Coordinamento e unificazione delle indagini all'interno di un'indagine onnicomprensiva: tentativi in atto e prospettive future

Da molti anni si è lavorato da parte nostra, in modo formale ed informale, per unificare i criteri e le modalità di indagine sul tema dei presidi socio-assistenziali degli anziani, cercando di promuovere una più intensa collaborazione fra tutti gli Enti pubblici e privati che si occupano del settore specifico. Alla fine del secondo millennio vi è stato un impulso a coordinare e migliorare le indagini sulla materia, la cui importanza cresce giorno per giorno, soprattutto per il venir meno delle risorse familiari, che consentono di effettuare l'assistenza a domicilio, con minori costi e maggiori risultati in termini di qualità di vita. Se in un primo tempo la regionalizzazione dell'assistenza e della sanità ha significato una disgregazione e una frammentazione delle indagini in piena autonomia regionale, impedendo la creazione di quell'osservatorio nazionale sui bisogni degli anziani che era stato ipotizzato all'inizio degli anni novanta, in un secondo tempo si è cominciato ad avvertire quanto sia necessario il coordinamento degli sforzi, ai fini di garantire la possibilità di confronto interregionale. La legge n.328 del 2000 e il DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza del 29.11.2001 sono stati le premesse per rivalutare la necessità di coordinare e omogeneizzare tutte le iniziative assunte autonomamente sia a livello di Amministrazioni centrali che periferiche. Più in generale, la Conferenza unificata Stato-Regioni è stata il luogo privilegiato per ricostruire l'edificio del Sistema informativo, anche mediante il "progetto Mattoni" (Falcitelli e Langiano 2004: 213-229).

Un esempio positivo di sinergia in tal senso è stata la citata **Indagine censuaria sugli interventi e servizi sociali dei Comuni singoli o associati** (cfr. fonte n. 15 in Appendice), la cui Indagine pilota, che si è conclusa nell'estate del 2004, ha visto la collaborazione di Enti centrali e periferici, Ministeri, Ragioneria Generale dello Stato,

Regioni, Comuni e ISTAT. Questa indagine, che comprende gli aspetti delle attività e delle spese per tutti gli interventi, è molto promettente, per cui **se ne auspica la continuazione con periodicità annuale**, messa invece in discussione per problemi di risorse.

Già nel 2002 gli Assessori regionali avevano chiesto di **coordinare le rilevazioni dei dati di spesa residenziale con quella dei dati di attività e di struttura**, sul modello di quella dei presidi sanitari⁴⁹, al fine di prevedere le necessità supplementari riferite al Fondo non autosufficienti (per disabili di ogni età), rilevando: numero strutture, posti letto, relative tariffe e pertinenza del carico delle stesse, nonché classe di patologia prevalente che limita l'autosufficienza. Questo approccio è stato in parte recepito nell'ambito della "Rilevazione delle strutture per l'assistenza alle persone disabili" condotta sperimentalmente sui presidi residenziali e socio-assistenziali di tre Regioni italiane (Piemonte, Marche e Liguria, sebbene limitatamente alle Comunità socio-riabilitative, alle Residenze socio-sanitarie per anziani, alle Residenze sanitarie assistenziali, secondo la classificazione dei presidi residenziali ISTAT, mod. PRS.1, codici 5, 9,10), dimostrando quali sinergie possano derivare dalla collaborazione tra ISTAT e Servizi Informativi Regionali (nella Regione Marche la rilevazione sperimentale è stata estesa all'universo delle residenze sociali e socio-sanitarie, coordinandosi con la rilevazione annuale ISTAT sui presidi socio-assistenziali).

Anche a livello nazionale va riconosciuto il tentativo di coordinare questa rilevazione con le altre, in particolare con quelle periodiche dell'ISTAT, affinché non si debba verificare la ridondanza delle rilevazioni – nociva sia per chi deve fornire gli stessi dati più volte, sia per coloro che devono elaborare i dati – rimediando piuttosto alla carenza di personale dell'ISTAT, oggi in difficoltà ad elaborare i dati raccolti nel 2002.

Nonostante questi lodevoli sforzi, tuttavia, ancor'oggi in Italia si osserva il paradosso che un'associazione privata (l'ANASTE) è quella che possiede la più estesa ed accurata anagrafe delle residenze, mentre vi sono istituzioni pubbliche che chiedono, ottengono ed elaborano i dati riferiti a una parte soltanto delle residenze (da metà a due terzi del totale). La raccomandazione che ne risulta è la **formalizzazione del coordinamento degli sforzi fra tutte le amministrazioni, pubbliche e private**, in particolare ANASTE, cosa che consentirebbe di giungere al massimo dei risultati col minimo

⁴⁹ Fonte: colloquio con la Dr. Salatino della Agenzia ASSR in Roma (Luglio 2004).

sforzo complessivo. Questo non significa che le singole Amministrazioni, in particolare quelle regionali, non possano proseguire le esperienze valide effettuate nel corso degli ultimi anni, ma è necessario che vi sia un nucleo forte di informazioni che rappresenti il minimo comune denominatore per tutti, basato su una classificazione condivisa.

8.4.3. L'unità valutativa multidimensionale e il Piano di Assistenza Individuale (PAI)

Si ritiene che l'importanza della spesa a fronte di un ricovero in residenza, meno concentrata nel tempo ma con una durata ben maggiore, meriti almeno un'attenzione pari al fenomeno dell'ospedalizzazione, che si concretizza in una scheda di dimissioni individuale (SDO). La rilevazione dei dati sulla singola **unità statistica di rilevazione rappresentata dall'utente** delle residenze sociali e sanitarie è sempre opportuna: se ogni ricovero ospedaliero merita una scheda di dimissione, a maggior ragione, data l'importanza economica e sociale, il ricovero in residenze meriterebbe un simile trattamento. Considerando poi che generalmente nella cura a lungo termine i trattamenti sono diversi e si succedono in tempi lunghi, emerge la necessità di una registrazione di tutti gli interventi eseguiti nel tempo su di una stessa persona – che del resto già la legge 104 del 1992 imponeva col nome di “libretto del disabile” – indipendentemente dal suo ricovero in residenza, e che oggi il progresso dell'informatica e il tesserino sanitario elettronico (di cui è recentemente cominciata la distribuzione, a cominciare da Lombardia, Emilia-Romagna e Abruzzo) certamente favoriscono (cfr. in proposito i capp. 2 e 3).

Nei presidi socio-sanitari, forse ancor più che in quelli sanitari, è inoltre basilare che venga registrata come risultato importante la soddisfazione degli utenti e dei loro familiari, soprattutto quando gli utenti non possono esprimersi autonomamente in modo valido. In tal senso, la scheda individuale del Piano di Assistenza Individuale (PAI, o libretto) è facilmente integrabile con una sezione mirata a rilevare dati sulla soddisfazione degli utenti e dei familiari, compresa l'eventuale accettazione del PAI. Questo servizio informativo dovrebbe comunque, più in generale, essere applicato per tutti coloro che possono essere definiti “iperconsumatori” di servizi sociali e sanitari, anche se non ricoverati in residenze, in modo da tenere sotto controllo i bisogni, la

domanda, gli interventi di risposta alla domanda, le risorse impiegate, i risultati in termini “oggettivi” e soggettivi (cfr. anche il cap. 3)

8.4.4. Le rilevazioni da accorpate a quella ISTAT-CISIS

Un’indicazione generale che si suggerisce in questo ambito è di completare e migliorare le indagini già sperimentate, come quella ISTAT-CISIS, accorpando a questa le altre, invece di intraprenderne di nuove, che necessariamente sarebbero almeno in parte ridondanti. Un primo esempio in tal senso riguarda la parte inerente i servizi residenziali resi agli anziani della rilevazione ISTAT su **interventi e servizi sociali delle Amministrazioni Provinciali**, che sarebbe auspicabile accorpate con l’altra indagine sperimentale ISTAT-CISIS riferita alle residenze. In questo modo, ciò che dovrebbe emergere è semplicemente la differenza nel finanziatore del relativo budget, che può essere una Provincia (come nel caso delle Province Autonome di Trento e Bolzano), o altri Enti, come nel resto d’Italia.

Per quanto concerne l’indagine del **Ministero della salute**, si ritiene che debba essere presa come riferimento per l’estensione dell’attenzione all’attività del presidio nel corso dell’anno (che dovrebbe essere rilevata sul modello di quella ospedaliera), mentre resta molto insoddisfacente la copertura dell’universo dei presidi. La raccolta dei dati effettuata dal Ministero della Salute sull’attività dei presidi non è troppo onerosa, e consente di monitorare alcuni elementi importanti per la programmazione dei servizi, ma è fortemente carente per almeno due aspetti: la conoscenza dei piani di assistenza individuali, e la completezza del numero dei presidi toccati dall’indagine. Per quanto riguarda il primo aspetto, si rimanda a quanto detto nel paragrafo precedente (cap. 8.4.3.), ricordando che l’indagine la storia assistenziale del singolo utente sarebbe facilmente ricavabile da una banca dati contenente le schede individuali (previste dalla legge n.104 del 1992 attraverso il libretto del disabile), cosicché l’attività totale di ciascun presidio emergerebbe per sommatoria delle attività dedicate a ciascun singolo utente.

In merito al secondo aspetto, i posti censiti dal Ministero della Salute sono molto inferiori a quelli censiti da ISTAT. Per fare coincidere i risultati sarebbe auspicabile – alla stregua di quanto avviene già ad esempio in Emilia Romagna – unificare le raccolte dei dati sui presidi ordinate dalle diverse Amministrazioni centrali, cercando di

raggiungere la platea più vasta possibile di presidi utilizzando le informazioni possedute dai Comuni, ai quali competono le autorizzazioni all'apertura di tutti i presidi e i controlli sull'applicazione delle normative sulla sicurezza.

In proposito va sottolineato l'effetto distorcente che il criterio del carico sul bilancio delle ASL (fondo sanitario o fondo sociale gestito per delega) può esercitare sulla correttezza dell'informazione statistica in materia. Le amministrazioni regionali sanitarie e le ASL da queste dipendenti, sottoposte a ristrettezze di bilancio, tendono infatti a:

- ridurre la numerosità e l'entità dei riconoscimenti di disabilità agli anziani che, per motivi di malattia e disabilità conseguente, devono ricorrere a residenze potendo poi chiedere il contributo sanitario;
- non riconoscere la natura di RSA o di casa protetta delle strutture, che di per sé obbligherebbe di fatto a riconoscere la disabilità di coloro che vi sono ricoverati;
- sottovalutare la tipologia assistenziale a cui l'anziano ha diritto di accedere;
- non prendere neppure in considerazione coloro che pagano direttamente tutta la retta dell'istituzione. Si noti infine che le ASL prive di delega da parte dei Comuni non sentono gravare sul loro bilancio i contributi erogati dal Comune all'interessato o direttamente all'istituzione che lo ospita.

Per tutti questi motivi, e sulla scorta delle esperienze di unificazione già fatte, si propone pertanto di far cessare questa indagine, accorpandola a quella ISTAT-CISIS.

Un simile suggerimento si ripropone anche per la parte di rilevazione dei presidi residenziali per gli anziani del **Ministero dell'Interno**. La funzione di guida ai servizi residenziali in Italia, oggi rappresentata dal CD del Ministero, può essere validamente svolta soltanto se i risultati che interessano gli utenti potenziali vengono pubblicati con tempestività, ed è certamente meglio assolta attraverso un sito elettronico ove siano aggiornati in tempo reale i dati sulla lunghezza delle code di attesa di ciascun presidio, sulle condizioni economiche e su altre caratteristiche di confortevolezza (ad esempio camere doppie, singole, bagno in camera, giardino, arredamento, vitto etc.). Questa rilevazione, che essendo biennale è attualmente di nuovo in corso con riferimento alla fine del 2004, non sembra avere ragione di continuare per quanto attiene la residenzialità, mentre il relativo potenziale umano potrebbe essere utilmente impiegato per completare le altre rilevazioni esistenti, prima di tutto effettuando il confronto con

l'elenco dei presidi censiti dall'ANASTE. Successivamente gli operatori impegnati in questa indagine potrebbero collaborare nell'unica indagine ISTAT-CISIS, che si consiglia mantenga la sua periodicità annuale, e per sveltire l'elaborazione dei dati da questa raccolti, che attualmente ritarda consistentemente per mancanza di personale presso l'ISTAT. Per evitare ridondanze, sarebbe infine opportuno che il Ministero continuasse a rilevare informazioni relative ai centri non residenziali – che dovrebbero essere qualificati per tipologia, nel ventaglio compreso fra la bocciofila e il centro diurno per gravi – ed alle Università della terza età.

8.4.5. Classificazione delle tipologie residenziali

I vari tipi di collettività possono accogliere anziani autosufficienti e non autosufficienti (anche le RSA, nel rispetto dell'atto parlamentare Progetto Obiettivo per la tutela della salute degli anziani, potrebbero accogliere anziani autosufficienti, purché “a rischio di perdita di autosufficienza”), per cui si rende necessario rilevare ovunque questa condizione, al fine di programmare la soluzione più appropriata. La congruità del tipo di assistenza fornita deve essere verificata con criteri ben più fini, ma tuttavia una prima grossolana determinazione dicotomica sulla base dell'autosufficienza (sì o no) può essere utile per spiegare in prima istanza la situazione delle varie aree del Paese⁵⁰. Si potrebbero infatti riscontrare, ad un estremo, anziani autosufficienti in presidi residenziali, le cui esigenze assistenziali consiglierebbero invece di optare per interventi di carattere domiciliare (come ad esempio adattamenti dell'abitazione e sussidi economici); d'altro canto, possono esserci – seppur più raramente – alcuni anziani non autosufficienti in “Alberghi, pensioni, locande e simili”, dei quali questo capitolo dovrebbe tenere conto, in quanto svolgenti di fatto le funzioni di residenze assistenziali.

Come si è visto, le tipologie di presidi sono molte, e non ben definiti ne sono i confini, con “zone grigie” più o meno ampie di transizione fra le “residenze a casa propria” e le “residenze-istituzioni”, anche legate a situazioni transitorie dovute a vacanze, aggravamento della situazione personale del ricoverato e dei familiari caregiver etc.

⁵⁰ Si noti che per discriminare autosufficienti da non autosufficienti non si può fare riferimento alla condizione professionale di “inabile al lavoro” (punto 5.1 del Mod. ISTAT CP.2, pag. 9), in quanto l'item previsto, data la sua collocazione, non viene compilato da tutti coloro che, pur essendo inabili al lavoro, sono ritirati dal lavoro (come si verifica appunto per gli anziani).

L'accreditamento, successivo all'autorizzazione del Comune, rappresenta un secondo momento in cui molte delle residenze socio-sanitarie chiedono di essere valutate; diverse Regioni hanno iniziato a operare in questo ambito, nell'autonomia che le contraddistingue dopo la riforma del titolo V della Costituzione, che rende non più confrontabile una classificazione regionale con l'altra. Diviene pertanto oggi necessario che, nel pieno rispetto dell'autonomia, le **varie tipologie regionali vengano ricondotte ad una tipologia più ridotta definita a livello nazionale**, come quella analizzata all'inizio del presente capitolo, affinando l'opera cominciata dal tavolo di lavoro costituitosi fra ISTAT e Regioni (cfr. su questo anche il cap. 2).

Per quanto riguarda la necessità di un **approccio unico da parte delle attuali rilevazioni nei confronti di tutti i presidi socio-assistenziali**, va anzitutto osservato che il censimento precisa un lungo elenco di "istituti assistenziali", separati da quelli di cura, dagli alberghi etc. Tra i primi include anche i "residence per anziani", non specificando se per anziani non autosufficienti, mentre in effetti **sarebbe più opportuno, a nostro avviso, classificare tali residence per anziani fra gli alberghi**, evitando di far seguire alla denominazione una classificazione automatica nel settore assistenziale invece che in quello alberghiero (quasi che anziano di per sé equivalesse a persona da assistere, e non da ospitare). Questo può ingenerare errori di classificazione e confusione, che non può essere ridotta dall'esame congiunto del "motivo della dimora abituale" (sez.1, pag. 6 del mod.ISTAT CP.2). Il motivo principale della permanenza in convivenza ammette fra le risposte quella di "assistito in istituto per anziani (ospizio, casa di riposo per anziani, etc., punto 1.1., n. 13)", distinta da quella di "ricoverato, lungodegente in istituto di cura (ospedale, clinica, ecc., n. 13)", mentre non prevede una gamma di motivazioni slegate dal tipo di convivenza. Si rischia di avere un **quesito ridondante** che non fa luce **sulle motivazioni della permanenza degli anziani in convivenza**. Altrettanto può essere criticato il successivo punto sulla permanenza in vita di almeno un parente stretto (1.2), condizione che di per sé, senza la specificazione della disponibilità del parente per prestare assistenza, non rappresenta un fattore di protezione contro l'istituzionalizzazione. **Si suggerisce di esplicitare varie motivazioni**, fra le quali lo stato di salute, la carenza o l'inadeguatezza dell'abitazione, l'indigenza, la paura di vivere soli, la carenza di parenti conviventi, il desiderio di vivere senza le preoccupazioni di provvedere alla casa e al vitto, di vivere con altre persone in

comunità, slegando tali motivazioni dal tipo di convivenza (ovviamente per le carceri vale automaticamente il motivo della costrizione, mentre per le convivenze ecclesiastiche il motivo religioso può convivere sia perché i religiosi fanno assistenza agli anziani, come indicato nelle spiegazioni del modulo, sia perché molti religiosi sono ormai essi stessi anziani e bisognosi di assistenza che viene erogata dai confratelli). Si ribadisce pertanto l'esigenza di mantenere l'indagine orientata a tutti i presidi socio-assistenziali, onde evitare di perdere quote, sia pur piccole, di anziani.

8.4.6. Soluzioni auspiccate al problema della copertura totale nella rilevazione dei presidi, dalle microistituzioni agli alberghi per anziani

8.4.6.1. Gli alberghi e i presidi

Sulla base delle competenze attribuite dal decreto legislativo n.229 del 1999 ai **Comuni e alle ASL, si può ipotizzare una maggiore collaborazione di queste amministrazioni al raggiungimento di una più estesa copertura delle rilevazioni sulle residenze.** Infatti il Comune deve concedere l'autorizzazione al funzionamento a tutti i tipi di residenza, dalla RSA all'albergo e alla locanda, compreso quella delle stanze date in affitto nell'appartamento privato.

Per quel che riguarda l'indagine statistica sulle altre strutture residenziali (non microstrutture), **sarebbe sufficiente che tutti i presidi che risultano dall'elenco dell'ANASTE, attualmente non rilevati dagli Enti Ufficiali, venissero inclusi nel piano di rilevazione.** Si potrebbe partire dall'assunto che tutte le case di riposo, le case albergo o gli alberghi stessi che danno ospitalità permanente quasi esclusivamente a persone anziane devono essere presunti presidi socio-assistenziali con qualche valenza sanitaria (sebbene alcune eccezioni di un consistente numero di autosufficienti che si ricoverano in istituzioni permanenti possono ancora darsi, come ad esempio risulta la situazione dell'Umbria, sulla base di ricerche effettuate dal locale Osservatorio per la salute degli anziani) (OSA 2005).

In ogni caso **l'istituzionalizzazione dovrebbe essere monitorata anche se non vi sono valenze sanitarie, malattia o disabilità:** lo spostamento della residenza dal proprio precedente domicilio in civile abitazione a quello in un albergo è di per sé sufficiente a fare rientrare quella persona fra coloro che vivono in collettività: pertanto questa situazione dovrebbe fare scattare le misure di rilevazione del caso come di una

situazione a rischio. E ciò prima ancora che intervenga il censimento, la cui periodicità decennale non consente di trarre dati utili alla programmazione a breve e medio termine.

Operativamente, quando l'anagrafe riscontrasse una grande concentrazione di anziani con "dimora abituale" in un albergo, o che in esso "ci vive temporaneamente oppure è occasionalmente presente", sarebbe possibile effettuare gli opportuni incroci con le variabili di disabilità e/o di invalidità in possesso dell'INPS, del Comune e dell'ASL, prima ricordate.

8.4.6.2. Le microistituzioni

Non sempre i movimenti anagrafici possono aiutare nel compito di riconoscere il fenomeno dell'istituzionalizzazione: spesso interessi privati per l'anziano istituzionalizzato e per i suoi familiari a conservare fittiziamente la residenza nella propria casa, sia in locazione che in proprietà, emergono a causa della legislazione fiscale e del favore verso la continuità nei rapporti di locazione.

In proposito si propone che i Comuni, nella ordinaria gestione dell'anagrafe, appuntino l'attenzione sui cambiamenti di residenza di persone anziane sole che emigrano dal precedente domicilio verso una camera in affitto: i vigili urbani delegati a questo compito dovrebbero fare attenzione all'eventuale esistenza di quelle che sono state definite microistituzioni. Per individuare l'ampiezza del fenomeno si dovrebbero utilizzare: i movimenti anagrafici, le dichiarazioni degli affittacamere alla Polizia di Stato, i risultati del censimento della popolazione, partendo da quei casi in cui le convivenze familiari rappresentano delle particolarità, come famiglie composte da uno o due anziani conviventi con estranei o nuclei familiari che formano aggregazioni "strane" senza alcun legame di parentela o di affinità. Si ricorda che proprio in questo sottobosco il rischio di maltrattamenti è molto elevato, data la mancanza assoluta di controlli. Dal punto di vista giuridico risulta comunque difficile distinguere queste residenze a pagamento diretto (generalmente in nero) di tipo familiare dalle famiglie e convivenze vere e proprie, ma l'incentivazione economica che alcune Regioni forniscono a quella che viene chiamata "adozione di un nonno" può aiutare l'emersione del fenomeno.

8.4.7. Suggerimenti per un modello di rilevazione unificato

Si è precedentemente visto come si dovrebbe tendere a unificare le varie indagini oggi effettuate da varie Amministrazioni. Poiché l'indagine che più si avvicina a questo modello è quella eseguita attraverso il modello ISTAT-Marche "PRS.1", si elencano qui di seguito diverse proposte di modifica dei suoi item:

- la suddivisione in categorie di personale andrebbe affinata: la categoria di "addetti ai servizi di assistenza alla persona" potrebbe essere suddivisa fra OTA, ADI, ADB da un lato e nuova figura dell'Operatore socio-sanitario specializzato (OSSS), maggiormente qualificata, dall'altro;
- la domanda sull'affidamento all'esterno di servizi (la cui risposta consentirebbe di comparare i dati del personale interno), non rileva purtroppo al primo quesito sui "servizi generali (cucina, lavanderia, pulizia locali e manutenzione)", se tutti o parte di questi servizi siano stati affidati all'esterno. Pertanto andrebbe considerato servizio per servizio, partitamene;
- per comparare con maggiore precisione i dati sul personale e sull'entità degli affidamenti esterni di diversi presidi, occorrerebbe introdurre la misura di "equivalente uomo a tempo pieno", che per alcune qualifiche più importanti viene richiesta fra gli standard necessari per l'accreditamento. Ovviamente risulta difficile l'equivalenza del personale impegnato in servizio di cucina, di lavanderia o di manutenzione (fortemente legate all'automazione del servizio centralizzato, che può moltiplicare la produttività dell'ora lavorata di molte volte), mentre più facile è quello del personale impegnato in servizio di pulizia, dove le ore di lavoro prestate siano indicate nel contratto di affidamento;
- i dati sugli assistiti non sono sempre rilevati in modo da distinguere la componente riferita agli ospiti anziani (quando un presidio ospita diverse età), ed in particolare per aspetti importanti quali:
 - tipologia di pagamento (totalmente a carico di enti pubblici; parzialmente a carico degli ospiti, con integrazioni a carico degli enti pubblici; totalmente a carico degli ospiti; a totale carico del presidio);
 - numero accoglienze, dimissioni e decessi avvenuti nell'anno.
- opportunamente si chiede se *"E' capitato, nel corso del 2003, di non potere accogliere persone che rientravano nella tipologia di utenza del presidio"*. Si tratta

tuttavia di un'informazione generica, mentre sarebbe forse opportuno conoscere la quantità delle persone in lista (anche se esiste il fenomeno delle iscrizioni a due o più liste contemporaneamente delle stesse persone, che riduce il valore indicativo di questo dato), nonché la lunghezza dei tempi trascorsi in attesa da coloro che sono entrati, o come media per gli entrati nell'ultimo anno o come situazione a un momento dato (esempio: per l'ultimo entrato nell'anno);

- nella sezione dedicata ai dati economici, due gli aspetti degni di menzione:
 - rispetto alla domanda (n. 26) che accerta se e quanto ospiti e famiglie devono pagare per l'accoglienza, occorrerebbe specificare meglio queste modalità, distinguendo per classe di età dell'ospite, poiché le modalità di pagamento della compartecipazione sono diverse per gli anziani, ai quali solitamente viene chiesta una compartecipazione maggiore più frequentemente che alle altre categorie. Si può inoltre criticare che ospite e famiglia vengano messi nello stesso item, nonostante varie disposizioni di legge (ad es. il decreto legislativo n.130 del 2000 e il DPCM 29 novembre 2001 sui LEA) facciano profonda distinzione fra obblighi degli ospiti e obblighi dei familiari. Si può criticare ancora che ci si accontenti di rilevare un valore medio della compartecipazione per tipologia di utenti, quando la variabilità attorno alla media è così elevata;
 - per quanto riguarda la richiesta di definire la percentuale di entrate per ente erogatore, sembra mancare fra le risposte previste quella che riguarda l'autofinanziamento dell'assistenza che diverse IPAB ed enti pubblici assicurano (non soltanto con la messa a disposizione dell'immobile, che rappresenta comunque una parte importante, rilevata al punto 9 del modulo), e quella concernente il contributo delle Fondazioni (soprattutto bancarie), che oggi vanno assumendo un ruolo crescente nel settore.

Infine, si ritiene opportuno sottolineare che, sebbene il miglioramento dell'informazione aggregata raccolta tramite questionari annuali non sia trascurabile, si spera che venga reso superfluo dalla creazione di una banca dati con le posizioni individuali di tutti coloro che ricevono prestazioni tanto importanti quanto quelle residenziali, sul modello di quanto avviene per le prestazioni ospedaliere con le SDO, dove la diagnosi viene classificata da personale esperto (non dal gestore del presidio), e

l'elaborazione dei dati avviene sulla base di una banca dati che comprende come unità la persona singola per il singolo episodio di ricovero (cfr. il paragrafo 8.4.3).

9. I TRASFERIMENTI MONETARI NAZIONALI⁵¹

9.1. Premessa

In questo rapporto definiamo trasferimenti monetari nazionali una serie di prestazioni pensionistiche (che andiamo di seguito a definire), aventi finalità assistenziali a fronte di una condizione di invalidità congenita o sopravvenuta, ed erogate in modo uniforme per l'intero territorio nazionale. In generale, non vengono prese in considerazione prestazioni derivanti da una situazione di disagio economico (quali l'integrazione al trattamento minimo e la maggiorazione sociale), che esulano dalle finalità del presente studio; una eccezione è tuttavia costituita dalle pensioni ed assegni sociali, i quali, come vedremo in seguito, vanno in un certo senso a conglobare anche una parte delle prestazioni determinate da una condizione di invalidità (e più in particolare alcune tipologie di pensione di invalidità civile). La definizione appena data va infatti oltre l'aspetto formale dei vari trattamenti, e guarda invece l'aspetto sostanziale.

In base ai criteri sopra illustrati, le prestazioni pensionistiche di seguito prese in considerazione (nella maggior parte dei casi non limitate alla fascia di età al di sopra dei 65 anni) possono essere riconducibili a due categorie principali:

A) Trasferimenti monetari determinati da una condizione di invalidità congenita o sopravvenuta:

- 1) pensioni e indennità erogate per invalidità civile;
- 2) pensioni di invalidità con requisiti contributivi;
- 3) pensioni indennitarie;
- 4) pensioni di guerra;

⁵¹ di Andrea Principi.

Si desidera ringraziare Antonietta Mundo dell'INPS e Oreste Nazzaro dell'ISTAT per la collaborazione fornita nell'ambito della stesura di questo capitolo, con ciò intendendo uno scambio di informazioni ed utili commenti ad una sua versione iniziale. Si ringraziano inoltre Giovanni Battista Sgritta e Gianni Geroldi per le osservazioni formulate alla bozza del capitolo. La responsabilità di quanto scritto è esclusivamente dell'autore.

B) Trasferimenti monetari determinati da un bisogno di natura economica:

5) pensioni ed assegni sociali.

Le prestazioni determinate da una condizione di invalidità congenita o sopravvenuta non sono legate a vincoli d'età. La pensione o assegno sociale, entro prestabiliti limiti di reddito, è destinata agli ultrasessantacinquenni. Ai fini del nostro studio, quando possibile, verranno presi in considerazione i trasferimenti riferiti alle prestazioni di natura diretta (vale a dire quelle percepite direttamente dai titolari, escludendo le pensioni di reversibilità e quelle percepite da eredi).

Va inoltre precisato che, trattandosi di prestazioni omogenee a livello nazionale, si è ritenuto opportuno dettagliarne sia i requisiti di accesso che gli importi (impresa non proponibile per i trasferimenti erogati a livello locale, trattati nel cap. 7).

La maggiore fonte sull'argomento dei trasferimenti monetari nazionali per l'assistenza agli anziani, è il Casellario dei Pensionati⁵², come generalmente viene denominato il "Casellario centrale per la raccolta, la conservazione e la gestione dei dati e degli elementi relativi ai titolari di trattamenti pensionistici" (istituito con il Dpr 31 dicembre 1971, n. 1338, successivamente modificato dal D.L. 6 luglio 1978, n. 352 e dalla Legge 22 marzo 1995, n. 85). Costruito e gestito dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS), il Casellario raccoglie i principali dati sulle prestazioni pensionistiche erogate e sui percettori di tutti gli Enti Previdenziali Italiani, sia pubblici che privati (ISTAT-INPS 2003b: 9). Gli enti erogatori di prestazioni pensionistiche obbligatorie e integrative e i soggetti erogatori di pensioni e assegni continuativi assistenziali, sono infatti tenuti a comunicare periodicamente all'INPS entro il primo trimestre dell'anno, la situazione delle prestazioni pensionistiche vigenti al 31 dicembre dell'anno precedente. Alla fine del 2001 risultavano presenti nel casellario ben 670 enti erogatori di prestazioni pensionistiche (ISTAT-INPS 2003b: 15).

9.2. Definizioni

Di seguito vengono definite le 5 tipologie sopra menzionate, che costituiscono la categoria dei trasferimenti monetari nazionali con finalità assistenziali.

⁵² Ne esistono altre settoriali che comunque convergono nel Casellario, come ad esempio l'Osservatorio sulle pensioni – Gestione invalidi civili (cfr. per dettagli il relativo sito internet: http://banchestatistiche.inps.it/sas_stat/pensioni/inv.html).

A) Trasferimenti monetari determinati da una condizione di invalidità congenita o sopravvenuta

1) Pensioni e Indennità di Invalidità Civile

Sono prestazioni di natura assistenziale cui hanno diritto gli invalidi civili totali e parziali, i ciechi civili e i sordomuti civili che non hanno redditi personali o, se ne hanno, sono di modesto importo. Tali prestazioni possono essere di tipo pensionistico (basate sul reddito personale del solo richiedente) o indennitario (non basate sul reddito, eccezion fatta per l'indennità di frequenza per minori). In Tab. 1 sono evidenziati i limiti di reddito per l'accesso alle prestazioni e il loro importo mensile.

Tab. 1: Prestazioni di invalidità civile, per limite di reddito ed importo della prestazione			
	Tipo di prestazione	Limite di reddito personale annuo	Importo mensile della prestazione
Invalidi Civili	Assegno di assistenza	€ 4.017,26	€ 233,87
	Indennità di frequenza minori	€ 4.017,26	€ 233,87
	Pensione di inabilità	€ 13.739,69	€ 233,87
	Indennità di accompagnamento	senza limite	€ 443,83
Sordomuti civili	Pensione	€ 13.739,69	€ 233,87
	Indennità di comunicazione	senza limite	€ 223,38
Ciechi Civili	Pensione ciechi assoluti (*)	€ 13.739,69	€ 252,91
	Pensione ciechi parziali: assegno decimisti	€ 6.605,64	€ 173,54
	Indennità ventesimisti	senza limite	€ 161,30
	Indennità di accompagnamento	senza limite	€ 669,21

Fonte:
http://www.inps.it/informazioni/template/informazioni1.asp?UrlPag=pensione/pensioni_invalidi_civili.htm&ind=2
(* Se il cieco è ricoverato, la pensione è di € 233,87 (dato aggiornato al marzo 2005)

Per invalidi civili si intendono (art. 2 della Legge 30 marzo 1971, n. 118, modificata dal D. Leg. 509/88, che introduce la definizione di invalidità civile per i cittadini ultrasessantacinquenni) coloro che hanno subito minorazioni condizioni psico-fisiche non dipendenti da causa di guerra, servizio o lavoro. Tali minorazioni possono essere congenite o acquisite e, a seconda del grado di disabilità, si possono avere invalidi civili

parziali o totali ai quali – come sopra riportato – vanno aggiunti i ciechi civili e i sordomuti che, per la particolarità delle loro minorazioni, hanno diritto a provvidenze economiche specifiche, regolamentate da norme ad hoc. **Al compimento del 65° anno di età le pensioni degli invalidi civili e dei sordomuti civili vengono trasformate in assegni sociali, mentre restano immutate le prestazioni pensionistiche per i ciechi civili.** Va sottolineato che l'assegno sociale non viene riconosciuto a chi diventa invalido oltre i 65 anni di età (fatto salvo il requisito del limite di reddito posto dalla legge), mentre le indennità vengono erogate e riconosciute anche oltre i 65 anni.

In base alla capacità lavorativa del richiedente, si distinguono 3 “classi” di invalidità: fino al 73%, dal 74 al 99% e 100%. Per la classe con un'invalidità fino al 73% sono previsti solo diritti di precedenza per l'assunzione negli enti pubblici; per la classe di disabilità tra il 74 e il 99%, sono previste alcune prestazioni pensionistiche, come ad esempio l'assegno mensile di assistenza; per la classe con il 100% di disabilità (assegnato alle persone con gravi e persistenti difficoltà a svolgere i compiti e le funzioni proprie all'età) è prevista la pensione di inabilità. In questo caso è possibile richiedere l'ulteriore prestazione dell'indennità di accompagnamento (legge 11 febbraio 1980 n. 18), che viene concessa solo se l'apposita commissione sanitaria ha verificato l'impossibilità del richiedente di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, o la necessità di un'assistenza continua per l'impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita.

Le pensioni e indennità di invalidità civile sono erogate esclusivamente dall'INPS (D. Leg. 31 marzo 1998 n.112), mentre dal 2003 il Ministero competente (che era quello dell'Interno) è diventato quello dell'Economia e delle Finanze, che opera attraverso le Regioni.

2) Pensioni di invalidità con requisiti contributivi

Si tratta per la maggior parte delle pensioni di inabilità e dell'assegno di invalidità. I maggiori enti previdenziali eroganti tale tipologia di pensioni sono l'INPS per i lavoratori del settore privato e l'INPDAP per i lavoratori del settore pubblico. I principali trasferimenti monetari rientranti in questa categoria sono quattro:

2a) Assegno di invalidità INPS: Si tratta di un assegno che spetta ai lavoratori dipendenti o autonomi affetti da infermità fisica o mentale (accertata dal medico legale dell'ente erogante) che provochi una riduzione permanente a meno di un terzo

della capacità di lavoro, a patto che sussista un'anzianità contributiva di almeno cinque anni, di cui minimo tre versati nei cinque anni precedenti la domanda. L'assegno ordinario di invalidità, che viene concesso anche se si continua a lavorare, vale fino ad un massimo di tre anni ed è rinnovabile su domanda (diventando definitivo dopo due rinnovi, mentre nel caso di chi lavora la visita va ripetuta ogni anno). Il "problema statistico", nel caso dell'assegno di invalidità, è che al compimento dell'età pensionabile (65 anni per gli uomini e 60 anni per le donne) si trasforma contabilmente in pensione di vecchiaia, e non è quindi più individuabile attraverso la fonte qui considerata.

2b) Pensione di inabilità INPS: E' una pensione che spetta ai lavoratori dipendenti e autonomi affetti da un'infermità fisica o mentale con gli stessi requisiti contributivi del caso dell'assegno di invalidità (vedi sopra), ma con un'infermità accertata tale da provocare una assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi lavoro. La pensione di inabilità non è definitiva, può essere soggetta a revisione e non viene trasformata in pensione di vecchiaia. L'importo è calcolato in base ai contributi versati.

2c) Assegno per l'assistenza personale e continuativa: i pensionati di inabilità possono chiedere l'assegno per l'assistenza personale e continuativa (paragonabile all'indennità di accompagnamento erogata agli invalidi civili), se si trovano nell'impossibilità di camminare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o hanno bisogno di assistenza continua in quanto non sono in grado di condurre da soli la vita quotidiana. L'assegno di assistenza, concesso come vitalizio su domanda dell'interessato e richiedibile insieme alla pensione di inabilità, dal 1° luglio 2003 è pari a 398,66 euro mensili, ma non viene corrisposto durante i periodi di ricovero in istituti di cura o di assistenza pubblici (o anche privati, se la spesa è comunque a carico della pubblica amministrazione).

2d) Pensione di inabilità INPDAP: Si divide in due tipologie, a seconda se derivi da causa di servizio o sia da questa indipendente:

2d1) Derivante da causa di servizio (pensione diretta privilegiata): la pensione di privilegio consiste in un trattamento vitalizio di natura economica, spettante al dipendente pubblico iscritto all'INPDAP e divenuto inabile per aver contratto patologie derivanti da causa di servizio, indipendentemente dalla durata del

servizio prestato. I.N.P.D.A.P. (che va comunque cessato). L'importo della prestazione, che è vitalizia, è stabilito in base alla categoria professionale del lavoratore e alla sua qualifica, e cessa con la morte del titolare.

2d2) Non dipendente da causa di servizio: a decorrere dal 1° gennaio 1996, nei confronti di chi cessa dal servizio per inabilità assoluta e permanente a qualsiasi attività lavorativa, non dipendente da causa di servizio, è prevista l'erogazione di un trattamento di pensione calcolato sulla base dell'anzianità contributiva maturata aumentata di un ulteriore periodo compreso tra l'età alla cessazione ed il compimento dell'età pensionabile. In ogni caso l'importo del trattamento di pensione non può superare né l'ottanta per cento della base pensionabile, né l'importo spettante nell'ipotesi d'inabilità dipendente da causa di servizio, e l'anzianità di servizio da computare non può superare il limite legale di 40 anni. Il trattamento è incompatibile con lo svolgimento di qualsiasi attività di lavoro dipendente ed autonomo.

3) Pensioni indennitarie

Sono erogate dall'I.N.A.I.L (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro) e dall'I.P.S.E.M.A (Istituto di Previdenza per il Settore Marittimo), ad indennizzo di infortuni per i quali sia stata riconosciuta un'invalidità minima del 16%.

3a) Rendite per infortuni sul lavoro e malattie professionali: per indennizzare soggetti colpiti da menomazioni (a seconda dei livelli) o morte (in questo caso ne beneficiano i superstiti), in presenza di un minimo di versamenti contributivi.

3b) Assegno di assistenza personale e continuativa: Questa provvidenza (rispondente anch'essa al ruolo svolto dall'indennità di accompagnamento nei confronti degli invalidi civili), si può richiedere nel caso in cui venga riscontrata un'invalidità del 100% e l'interessato rientri in uno degli otto casi specifici di menomazione elencati nel Dpr 1124 del 30 giugno 1965.

4) Pensioni di guerra

Erogate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, prevede due prestazioni principali:

4a) Pensioni. La pensione diretta (quella indiretta non rientra nel nostro campo di studio) viene liquidata in favore di militari e civili che, per causa di guerra, abbiano riportato ferite o lesioni o contratto infermità da cui sia derivata una definitiva perdita o menomazione della capacità lavorativa. Sono previste otto categorie di pensione, d'importo economico differente a seconda della gravità dell'infermità pensionata (nel caso in cui il grado dell'invalidità non rientri in nessuna delle categorie previste, può essere concessa una indennità una tantum).

4b) Assegno di super invalidità e/o indennità di assistenza e accompagnamento. Queste provvidenze (anch'esse rispondenti alla logica sottostante all'indennità di accompagnamento nel caso degli invalidi civili), spettano ai pensionati della categoria che abbiano riportato menomazioni gravissime.

B) Trasferimenti monetari determinati da un bisogno di natura economica

5) Assegni e pensioni sociali

Si tratta di prestazioni di natura assistenziale erogate dall'INPS ai cittadini (italiani o equiparati o extracomunitari) che abbiano compiuto i 65 anni di età, residenti stabilmente in Italia e con reddito inferiore ai limiti previsti dalla legge. Se ne distinguono due categorie:

5a) Assegno sociale: dal 1° gennaio 1996 ha sostituito la pensione sociale, e raggiunge un importo (esente da imposta) che è stabilito anno per anno. Per l'anno 2005 l'importo mensile dell'assegno è di 374,97 euro, per un importo annuo di 4.874,61 euro (374,97 x 13), che equivale anche al limite di reddito per poterlo percepire (se il richiedente non è coniugato, mentre il limite raddoppia se è coniugato). Nel caso in cui il reddito del richiedente o del coniuge o la loro somma non siano nulli ma pur sempre inferiori ai limiti di legge, sarà pagato un importo pari alla differenza tra l'importo intero annuale dell'assegno sociale corrente e il reddito annuale.

5b) Pensione sociale: la pensione sociale continua ad essere erogata a coloro che, avendone i requisiti, ne hanno fatto domanda entro il 31 dicembre 1995. Per l'anno

2005, l'importo mensile della pensione sociale è di 309,02 euro (per chi non è coniugato e senza reddito), da ridursi in caso di reddito non nullo ma sempre sotto i 4.017,26 euro annui (limite elevato a 9.825,37 per i coniugi).

9.3. Fonti

La fonte di gran lunga più esaustiva nel settore è senz'altro identificabile nel Casellario Pensionati, che verrà pertanto trattato preliminarmente a se, prima di procedere ad una rapida rassegna delle altre fonti consultabili sull'argomento.

9.3.1. Il Casellario dei Pensionati

L'analisi del Casellario dei Pensionati (cfr. fonte n. 22 in Appendice), a livello di statistiche correnti, si sostanzia nell'approfondimento di due pubblicazioni annuali, redatte congiuntamente da ISTAT e INPS, dalle quali è possibile estrapolare i dati per i cittadini dai 65 anni in poi:

- A) l'una (riferita al biennio 2000/01) dedicata ai **trattamenti pensionistici** (ISTAT-IN.P.S. 2003a);
- B) l'altra (riferita al 2000) sui **beneficiari delle prestazioni pensionistiche** (ISTAT-INPS 2003b).

Si anticipa che con le due fonti citate non si ritiene esattamente descritto il fenomeno dell'invalidità in Italia, perché non è possibile individuare gli assegni di invalidità INPS trasformati in pensioni di vecchiaia o di anzianità, né le pensioni di inabilità erogate dell'INPDAP, essendo aggregate (nel database dell'INPDAP) in un'unica voce con quelle di vecchiaia (ISTAT-INPS 2003b: 49).

Con riferimento alle prestazioni per l'invalidità civile (sopra indicate in Tab. 1), quando non altrimenti specificato, i risultati pubblicati sono aggregati (qualsiasi pensione o qualsiasi indennità, oppure qualsiasi pensione più qualsiasi indennità). Occorre segnalare che le indennità di accompagnamento riferite nella sezione "invalidi civili", comprendono in realtà (confondendo in parte l'utente dei dati) anche le indennità commisurate a soggetti percettori di pensione di inabilità INPS (2c), indennitarie (3b) e di guerra (4b).

A) I trattamenti pensionistici

Il volume tratta le prestazioni pensionistiche in due maniere: 1) per tipologia di prestazione e 2) per funzione economica.

A1) I trattamenti pensionistici per tipologia di prestazione: sono distinti sulla base della tipologia prevista dalla legislazione pensionistica italiana, individuando tre macro-tipologie:

- 1) Invalidità, vecchiaia, superstiti (IVS):** ai fini del nostro lavoro sono da prendere in considerazione solo i dati sulle pensioni di invalidità (tralasciando quelli sulle pensioni di vecchiaia e ai superstiti), tipologia sopra definita “invalidità con requisiti contributivi” (cfr. paragrafo 9.1.1., punto 2). Tuttavia i dati disponibili per questa tipologia appaiono incompleti, perché mancano quelli sugli assegni di invalidità INPS trasformati in pensioni di vecchiaia o di anzianità (cfr. punto 2a). A ciò si aggiunge anche la mancanza dei dati relativi alle pensioni di inabilità dell’INPDAP, da questo accorpate in un’unica voce con quelle di vecchiaia;
- 2) Indennitarie:** ai fini del nostro lavoro le pensioni indennitarie interessano solo quando non sono erogate ai superstiti;
- 3) Assistenziali:** in questa macro-tipologia sono prese in esame le prestazioni, non collegate ad alcun tipo di contribuzione, erogate a favore di soggetti con gravi handicap fisici e psichici o in situazioni di disagio economico. L’obiettivo principale di queste pensioni è di garantire un reddito minimo a persone incapaci di procurarselo a causa di menomazioni congenite o sopravvenute o semplicemente per età avanzata (ISTAT-INPS 2003a: 45).

Le prestazioni di questo tipo sono costituite da:

- a) pensioni di guerra (trattate comprensivamente agli assegni vitalizi agli ex combattenti e agli assegni di benemerenzza);
- b) pensioni e indennità di Invalidità Civile (a non vedenti civili, non udenti civili e invalidi civili);
- c) assegni o pensioni sociali ai cittadini sprovvisti di reddito o con reddito insufficiente al compimento del sessantacinquesimo anno di età.

A2) I trattamenti pensionistici per funzione economica: i trattamenti pensionistici sono distinti sulla base di criteri stabiliti in ambito europeo con una divisione secondo la natura del rischio, dell’eventualità o del bisogno che il sistema di protezione sociale

deve coprire, indipendentemente dalla legislazione vigente in ogni singolo Paese (ISTAT-INPS 2003a: 45). Valutando le definizioni adottate nel testo, ci limitiamo a descrivere, tra le tre macro-funzioni prese in considerazione, soltanto la funzione di vecchiaia, l'unica rilevante ai fini del nostro studio (le altre due funzioni sono “superstiti” e “invalidità”, quest'ultima includente prestazioni erogate a soggetti al di sotto dei 65 anni).

La funzione di vecchiaia include le prestazioni del sistema di protezione sociale che tutelano i rischi incorsi da un individuo con il sopraggiungere dell'età anziana. In base alle definizioni adottate dall'ISTAT, l'età anziana è uniformata a 65 anni per uomini e donne. I rischi associati alla condizione di anziano possono essere: la perdita di guadagno, la disponibilità di un reddito inadeguato, l'incapacità di svolgere in modo autosufficiente le attività quotidiane, la riduzione di partecipazione alla vita sociale. Nella funzione sono quindi comprese tutte le pensioni erogate a ultrasessantacinquenni, a prescindere dalla loro tipologia (ISTAT-INPS 2003a: 45). Di conseguenza, questa funzione desta il nostro interesse esclusivamente quando è possibile disaggregare i dati fino alle tipologie assistenziali che la vanno a comporre. La parte dedicata all'assistenza nella funzione vecchiaia esiste, ma include, rispetto alla macro-tipologia “assistenziali” trattata per tipologia di prestazione, anche ulteriori prestazioni INPS a carico della Gestione degli Interventi Assistenziali e di Sostegno alle gestioni previdenziali (G.I.A.S.) (ISTAT-INPS 2003a: 68).

B) I beneficiari delle prestazioni pensionistiche

La pubblicazione ISTAT-INPS (2003b) su questo argomento ha rilevanza ai fini del presente studio per le informazioni riportate in generale sui beneficiari di tutte le prestazioni pensionistiche, nonché per quelle esclusivamente inerenti i percettori delle pensioni di invalidità.

I beneficiari delle prestazioni pensionistiche sono suddivisi nelle già osservate 5 tipologie di prestazioni pensionistiche – invalidità, vecchiaia, superstiti, indennitarie e assistenziali – di cui ai nostri fini assumono rilevanza solo la prima e le ultime due tipologie. I titolari di pensioni indennitarie sono presentati nel volume senza distinzioni tra percettori diretti e indiretti (superstiti), per cui è possibile disporre soltanto del dato aggregato. Non ci sono superstiti tra i percettori nelle prestazioni assistenziali (che non

possono essere erogate ai superstiti), eccetto che nel caso dei percettori delle pensioni di guerra.

Dei **beneficiari delle pensioni di invalidità** vengono presi in considerazione esclusivamente i percettori di prestazioni dirette, distinguendoli in beneficiari di: 1) solo di pensioni di invalidità con requisiti contributivi (nel volume indicate come pensioni di invalidità Ivs), 2) solo di pensioni indennitarie, 3) solo di pensioni e/o indennità di invalidità civile (compresi gli ex percettori di pensioni invalidi civili e sordomuti civili, trasformate in pensioni o assegni sociali al compimento del 65° anno), 4) solo di pensioni di guerra, 5) di due o più pensioni, di cui almeno una di invalidità. (non sono stati inseriti i dati dei percettori di assegni o pensioni sociali non derivati da pensione di invalidità civile, perché non legati ad una condizione di invalidità ma ad un bisogno di assistenza economica).

9.3.2. Altre fonti

Altre fonti “minori” recanti informazioni sui trasferimenti monetari nazionali (ma in parte anche locali) sono individuabili nelle seguenti:

- 1) l'indagine campionaria biennale della Banca d'Italia sui “bilanci delle famiglie italiane” (cfr. fonte n. 21 in Appendice);
- 2) l'indagine pilota ISTAT su interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati (fonte n. 15);
- 3) l'indagine annuale ISTAT “Interventi e servizi socio-assistenziali delle amministrazioni provinciali” (fonte n. 14);
- 4) l'indagine longitudinale biennale delle Università di Milano Bicocca, Trento e Bologna sulle famiglie italiane (ILFI) (fonte n. 10).

E' bene premettere che, sebbene queste indagini rilevino informazioni utili, nessuna ha finora dato luogo a pubblicazioni esaustive sull'argomento, a parte qualche dato di poca importanza dell'indagine sulle amministrazioni provinciali. Per questo motivo, dei loro contenuti verrà fornito qui solo un breve cenno, tralasciando di approfondirle ulteriormente nel prossimo paragrafo.

L'**indagine sui bilanci delle famiglie condotta dalla Banca d'Italia** rileva in materia una serie di informazioni sul tipo di pensione percepita (tra cui quelle sociale, di invalidità e di guerra), da quale anno la si riceve, l'ammontare netto mensile percepito,

per quante mensilità e l'ammontare di eventuali arretrati. L'informazione più interessante avrebbe potuto essere quella sull'assistenza economica percepita da enti pubblici e privati, se solo fosse stata mirata. L'indagine infatti per assistenza economica intende quella di qualsiasi natura (accompagnamento, mantenimento, minimo vitale, minimo alimentare, etc), per cui è impossibile scorporare i trasferimenti destinati all'assistenza agli anziani dagli altri. Poiché successivamente viene anche chiesto chi eroga tale assistenza (amministrazioni pubbliche centrali, regionali, provinciali, comunali, ASL, altri enti pubblici locali o istituzioni sociali private), l'informazione (mirata) sarebbe stata molto interessante, perché l'unica a collegare il panorama locale con quello nazionale rispetto ai trasferimenti monetari ricevuti.

L'indagine pilota su interventi e servizi sociali dei comuni raccoglie dati sui trasferimenti monetari erogati da questi enti locali, elencandone una serie di 16 (dai contributi economici ad integrazione del reddito familiare, per cure o prestazioni sanitarie, integrazioni retta per prestazioni residenziali, etc.). Stranamente, tra le tante, manca una voce che riveli l'eventuale erogazione di "assegni di cura per anziani non autosufficienti", finalità più precisa e comunque diversa da quella già esistente, relativa a "contributi economici per cure o prestazioni sanitarie".

Anche l'indagine annuale "**Interventi e servizi socio-assistenziali delle amministrazioni provinciali**" pubblica risultati sulle tipologie di interventi per anziani, tra cui "trasferimenti ad anziani singoli e in famiglia" ma, trattandosi di trasferimenti erogati da Province, ente raramente delegato a tale tipo di servizio, i valori di riferimento risultano davvero irrisori.

Similarmente all'indagine sui bilanci, anche lo **studio longitudinale ILFI** raccoglie informazioni (come ad esempio la cifra annua percepita) su qualche generica forma di sussidio economico ricevuto da stato o enti locali. La voce però è unica per i livelli nazionale e locale, e comprende sussidi di ogni genere (assegni familiari, etc.), risultando pertanto scarsamente analitica.

9.4. Contenuti

I contenuti del Casellario dei Pensionati sono di seguito analizzati cercando di fornire un quadro sull'esistenza di dati sui trasferimenti monetari rispetto ai seguenti argomenti: quantificazione utenti, ripartizione pubblico-privato, costo e qualità dell'assistenza.

Per quanto riguarda la **quantificazione degli utenti**, i dati del Casellario consentono di calcolare che nel 2001 sono stati erogati circa 4.337.000 trasferimenti monetari nazionali diretti di natura assistenziale rivolti alla popolazione anziana, ripartiti per tipologia di prestazione così come evidenziato in Tab. 2.

Tab. 2: Prestazioni monetarie assistenziali dirette erogate a beneficiari ultrasessantacinquenni (2001, dati in migliaia di prestazioni)		
Tipologia		Pensioni dirette erogate
Invalidità Civile (indennità e/o pensione)	Ciechi Civili	83
	Sordomuti Civili	8
	Invalidi Civili	713
Invalidità con requisiti contributivi		2.145
Indennitarie		505
Guerra		125
Altro		15
Assegni o Pensioni Sociali		743
Totale		4.337
Fonte: ISTAT-I.N.P.S 2003a		

I dati relativi all'Invalidità Civile sono riferiti ai percettori di pensioni e/o indennità. Dal momento che i sordomuti civili e gli invalidi civili cessano di percepire la pensione al 65° anno di età (quando si trasforma in assegno sociale), è sottinteso che le circa 8.000 prestazioni erogate ai sordomuti civili e le 713.000 agli invalidi civili, sono solo indennità di accompagnamento. La tipologia "Altro" riguarda le prestazioni erogate dalle Province Autonome di Trento e Bolzano e dalla Regione Valle d'Aosta.

Va sempre tenuto presente che tali dati non sono esaustivi in merito al fenomeno, in quanto non risultano pubblicati i seguenti dati relativi alla tipologia “invalidità con requisiti contributivi”:

- 1) ultrasessantacinquenni che hanno percepito l’assegno di invalidità INPS fino ai 64 anni, poi trasformato in pensione di “vecchiaia”;
- 2) percettori inabilità INPDAP, con la motivazione che tali prestazioni sono classificate in un’unica voce con quelle di vecchiaia nel database dell’Istituto, e come tali trattate.

Ai dati sopra esposti vanno inoltre aggiunti quelli relativi alle indennità di accompagnamento erogate agli Invalidi Civili, che ammontano a 81.429 per i ciechi civili, a 7.146 per i sordomuti civili, e a 701.310 per gli invalidi civili, per un totale di 789.885 indennità di accompagnamento erogate (ISTAT-INPS 2003a, tavv. 3.4-3.12). Nel confronto di questi dati con quelli della Tab. 2, si evidenzia l’incongruenza della mancata coincidenza tra i valori relativi ai sordomuti civili e agli invalidi civili, dal momento che al raggiungimento del 65° anno di età le due categorie possono percepire esclusivamente l’indennità di accompagnamento e non la pensione.

Rispetto alla **ripartizione tra pubblico e privato**, sempre attraverso la stessa fonte è possibile farsi un’idea dello scarso peso del settore privato a proposito dei trattamenti monetari con finalità assistenziali, in merito alla fascia di popolazione anziana. Infatti, per quanto riguarda gli enti eroganti tali prestazioni, sono tutti di natura pubblica eccetto che nel caso dell’invalidità con requisiti contributivi, ove tuttavia il peso del privato è irrisorio (0,23 del totale). Quanto invece al settore lavorativo dei percettori delle pensioni, il dato è disponibile solo per le pensioni indennitarie, erogate per la quasi totalità a percettori impiegati nel settore privato (98,6%). In realtà tale dato sarebbe rilevabile anche per l’invalidità con requisiti contributivi – tenuto conto che quelle erogate dall’INPS si riferiscono al 100% al settore privato – ma l’informazione non è disponibile per il settore lavorativo pubblico (i.e. per le prestazioni erogate dall’INPDAP).

Con riferimento ai **costi dell’assistenza**, la citata fonte consente di quantificare anche la spesa annua per le prestazioni monetarie con finalità assistenziali erogate a beneficiari anziani, la quale (sempre considerando che l’invalidità non è stata esplorata

nel suo complesso per i limiti descritti precedentemente, cfr. paragrafo 9.3.1) nel 2001 è risultata essere superiore ai 21 miliardi di euro (cfr. Tab. 3).

Tab. 3: Importo dei trasferimenti monetari assistenziali nazionali a beneficiari ultrasessantacinquenni (2001, dati in migliaia di euro)		
Tipologia		Importo annuo complessivo
Invalidità Civile (indennità e/o pensione)	Ciechi Civili	472.570
	Sordomuti Civili	15.506
	Invalidi Civili	3.583.475
Invalidità con requisiti contributivi		12.091.256
Indennitarie		1.815.115
Guerra		630.237
Altro		34.640
Assegni o Pensioni Sociali		2.607.324
Totale		21.250.123
Fonte: ISTAT-I.N.P.S 2003a		

Non sarebbe del tutto proprio parlare di **qualità dell'assistenza** nel caso dei trasferimenti monetari, ma non è neanche del tutto fuori luogo, potendosi immaginare tutta una serie di parametri in materia (ad esempio relativamente ai tempi di attesa per ottenere la prestazione richiesta, o alla soddisfazione rispetto all'indennità percepita). Tuttavia, a tutt'oggi non risultano rilevati o diffusi dati né parametri di riferimento riguardo a tale argomento.

9.5. Lacune e proposte

A conclusione di questa disamina vengono formulate alcune proposte sia di carattere generale sull'utilizzo delle fonti statistiche, sia sulle pubblicazioni esistenti.

9.5.1. Utilizzo “funzionale” della fonte

Un primo suggerimento che si ritiene opportuno avanzare è di pubblicare, sulla base dei dati presenti nel Casellario dei Pensionati, un rapporto a sé stante, o almeno un capitolo all'interno di una delle due pubblicazioni ISTAT-INPS già esistenti, centrato esclusivamente sull'argomento delle **pensioni assistenziali dirette erogate ad anziani**, distinguendo prestazioni e beneficiari per classi di età.

Questo eviterebbe di dover ogni volta estrapolare i dati dall'interno di altre categorie, cosa del resto talvolta neanche possibile. Inoltre **i dati sulle pensioni non dovrebbero essere aggregati con quelli delle indennità**, bensì proposti distintamente. Queste le tipologie che potrebbero essere prese in considerazione:

a) Pensioni:

Questa prima parte sarebbe utile per ricostruire un quadro di tutte le pensioni erogate per le seguenti cinque categorie, che riassumono l'insieme delle pensioni assistenziali riservate alla popolazione anziana (parzialmente diverse da quelle attualmente disponibili attraverso le statistiche correnti), disaggregando per ognuna anche le relative sottocategorie esistenti:

- 1) pensioni erogate per invalidità civile (sottocategorie: ciechi assoluti e ciechi parziali);
- 2) pensioni dirette di invalidità con requisiti contributivi (sottocategorie: pensione di inabilità INPS, ex percettori di assegno di invalidità INPS trasformato in pensione di vecchiaia al compimento dei 60 anni per le donne e dei 65 anni per gli uomini, pensione privilegiata di inabilità INPDAP, pensione di inabilità INPDAP, altro);
- 3) pensioni indennitarie non erogate ai superstiti;
- 4) pensioni dirette di guerra esclusivamente legate a condizioni di invalidità o menomazioni;
- 5) assegni e pensioni sociali derivanti da pensioni per invalidi civili e sordomuti civili, al compimento del 65° anno di età del beneficiario.

Per ogni tipologia andrebbe fornito il dettaglio per classe di età (partendo dai 65 anni), genere, zona geografica (ripartizione, regione e provincia), importo annuo complessivo e importo medio mensile.

b) Indennità:

Questa seconda parte mirerebbe a fornire un quadro di tutte le indennità erogate a beneficiari ultrasessantacinquenni, secondo le seguenti categorie (e distinte sottocategorie):

- 1) indennità erogate agli invalidi civili (sottocategorie: indennità di accompagnamento invalidi civili, indennità di comunicazione sordomuti civili, indennità ventesimalisti ciechi civili, indennità di accompagnamento ciechi civili);
- 2) indennità erogate ai pensionati di guerra: assegno di super invalidità e/o indennità di assistenza e accompagnamento;
- 3) indennità erogate ai pensionati di invalidità con requisiti contributivi (sottocategorie: assegno per l'assistenza personale e continuativa inabilità INPS, altro):
- 4) indennità erogate ai titolari di rendite indennitarie (sottocategorie: assegno di assistenza personale continuativa I.N.A.I.L., assegno di assistenza personale continuativa I.P.S.E.M.A);
- 5) eventuali altre.

Come nel caso delle pensioni, per ogni tipologia andrebbe fornito il dettaglio per classe di età (partendo dai 65 anni), genere, per zona geografica (ripartizione, regione, provincia), importo annuo complessivo e importo medio mensile.

c) Percettori di pensioni più indennità:

Questa terza ed ultima parte sarà utile per quantificare le persone che percepiscono sia una pensione di quelle elencate nella prima parte che un'indennità tra quelle elencate nella seconda, specificandone le tipologie. Qui sarebbe sufficiente aggiungere un dettaglio per classi di età (partendo dai 65 anni), genere e per zona geografica (ripartizione, regione, provincia).

9.5.2. Contenuto delle pubblicazioni esistenti

Prendiamo ora in considerazione i dati attualmente disponibili (ISTAT-INPS 2003a e 2003b), dividendo l'analisi in tre parti: una generale con indicazioni comuni ad entrambe le pubblicazioni, e a seguire altre due, ognuna dedicata ad un volume.

1) In generale:

- 1a) Rispetto ai dati riferiti ai soggetti percettori di **pensioni di invalidità con requisiti contributivi**, si ritiene necessario recuperare (distinguendoli) i dati degli ex percettori di assegno di invalidità INPS trasformati in pensione di vecchiaia, e dei titolari di pensioni di invalidità INPDAP, che nel database dell'ente costituiscono un'unica voce con le pensioni di vecchiaia. Pur con questa mancanza (riconosciuta da ISTAT e INPS), da sole le pensioni di invalidità con requisiti contributivi costituiscono più della metà delle pensioni dirette finalizzate all'assistenza degli anziani, per cui è evidente la mole di dati che sarebbe invece possibile recuperare attraverso tale operazione sui database dell'INPS e dell'INPDAP.
- 1b) In sede di definizioni, si suggerisce di **specificare esplicitamente le tipologie di trasferimenti rientranti nelle categorie delle “pensioni di invalidità civile” e delle “indennità di accompagnamento”**, cosa che attualmente invece non avviene. Nelle pubblicazioni di riferimento (ISTAT-INPS 2003a e 2003b), in realtà, quando ci si riferisce solamente alle prime si sottintendono – in forma aggregata, e quindi non distinguibile nelle varie sottocategorie – le seguenti provvidenze:
- a) assegno di assistenza invalidi civili (al compimento del 65° anno diventa assegno sociale);
 - b) pensione di inabilità invalidi civili (al compimento del 65° anno diventa assegno sociale);
 - c) pensione sordomuti civili (che al compimento del 65° anno diventa assegno sociale);
 - d) pensione ciechi assoluti;
 - e) pensione ciechi parziali.
- Quando invece ci si riferisce espressamente alle sole indennità di accompagnamento, si sottintendono (anche in tal caso in forma aggregata) le seguenti categorie di trasferimenti:

- a) indennità di frequenza minori invalidi civili (solo per minorenni);
- b) indennità di accompagnamento invalidi civili;
- c) indennità di comunicazione sordomuti;
- d) indennità ventesimisti ciechi civili;
- e) indennità di accompagnamento ciechi civili;
- f) assegno di super invalidità e/o indennità di assistenza e accompagnamento erogati in aggiunta alla pensione di guerra;
- g) assegni per l'assistenza personale e continuativa erogati in aggiunta alle pensioni di invalidità con requisiti contributivi;
- h) assegni di assistenza personale continuativa I.N.A.I.L. ed I.P.S.E.M.A., erogati in aggiunta alle rendite indennitarie.

Questo chiarimento, posto in sede preliminare, consentirebbe maggiore precisione nel significato da attribuire agli aggregati riportati successivamente. Da evitare anche la commistione, talora riscontrata, tra le due categorie menzionate, quando cioè la dicitura “pensioni di invalidità civile” viene utilizzata per riferirsi (implicitamente) ad entrambe le categorie.

2) I trattamenti pensionistici (ISTAT-INPS 2003a):

- 2a) Si segnalano due incongruenze presenti nel volume, relative alla presenza, nel primo caso, di 265 non udenti civili tra i 65 e i 69 anni titolari di pensioni (Tav. 3.5 del volume) e, nell'altro caso, di 11.729 invalidi civili ultrasessantacinquenni titolari di pensioni (Tav. 3.11). Entrambi le circostanze non sono ammissibili, in quanto al compimento del 65° anni di età dette pensioni si trasformano in assegno sociale.
- 2b) La parte dedicata ai dati trattati per funzione economica non è chiara e necessita di una riformulazione della definizione (resa a pag. 45 del volume) in: “rientrano nella funzione vecchiaia tutte le pensioni di vecchiaia e/o anzianità a prescindere dall'età del titolare, e tutte le pensioni erogate ad ultrasessantacinquenni (65 anni e più), indipendentemente dalla loro tipologia”. Ciò renderebbe compatibili i dati riportati nelle Tavv. 5.2 e 5.62⁵³.

⁵³ Nella Tav. 5.2 sono stati inseriti nella funzione le pensioni di anzianità e vecchiaia, benché erogate a percettori con meno di 65 anni, e nella Tav. 5.62 gli autori hanno scelto di inserire le pensioni con forte componente assistenziale anche se erogate a percettori al di sotto dei 65 anni. Tale chiarimento è stato conseguito attraverso il contatto telefonico con i responsabili della pubblicazione.

- 2c) Nella funzione invalidità non dovrebbero apparire pensioni erogate a percettori con più di 65 anni, come invece accade (i.e. Tav. 49). In questo caso specifico gli autori hanno scelto di inserire i percettori di indennità di accompagnamento anche se con più di 65 anni. Questo problema sembra in via di soluzione, perché l'EUROSTAT, interpellato sull'argomento dagli autori, ha suggerito, per le prossime pubblicazioni, di far rientrare tali casi nella funzione vecchiaia, come da definizione.
- 2d) Sempre nella parte dedicata ai dati trattati per funzione economica, si sottolinea che l'"assistenza" viene definita diversamente in seno alla classificazione per tipologia, mentre per rendere più chiara e semplice la pubblicazione sarebbe bene far riferimento ad una stessa ed inequivocabile definizione.

3) I beneficiari delle prestazioni pensionistiche (ISTAT-INPS 2003b):

Gli autori hanno trattato il capitolo 3 attraverso una suddivisione in 5 diverse tipologie di percettori di pensioni: solo di invalidità con requisiti contributivi; solo indennitarie; solo di invalidità civile; solo di guerra; di due o più pensioni di cui almeno una di invalidità. La scelta è senz'altro condivisibile, ma potrebbe essere ulteriormente affinata distinguendo nel raggruppamento "percettori di due o più pensioni di cui almeno una di invalidità" – voce che contiene più della metà del totale dei dati in forma non circostanziata – quali pensioni effettivamente percepiscano questi titolari di due o più pensioni.

9.5.3. Considerazioni finali

Le considerazioni formulate nel presente paragrafo hanno riguardato quasi esclusivamente il panorama nazionale dei trasferimenti monetari destinati all'assistenza agli anziani. Sarebbe tuttavia opportuno cogliere statisticamente il fenomeno nel suo insieme, dunque disporre di **informazioni sui trasferimenti provenienti sia da realtà nazionali che locali**, alla stregua di quanto, in forma embrionale, rileva l'indagine della Banca d'Italia (cfr. paragrafo 9.3.2): chi usufruisce di trasferimenti monetari di rilievo nazionale e/o locale? Di che tipo sono? A quanto ammontano? Chi eroga tali contributi? Queste informazioni potrebbero essere ottenute anche tramite il raccordo con una o più delle rilevazioni Multiscopo ISTAT, al fine di poter disporre di un **quadro integrato**

dei trasferimenti monetari percepiti a fini assistenziali dalla popolazione anziana del nostro Paese.

Un ulteriore suggerimento concerne la possibilità di introdurre una serie di rilevazioni mirate a verificare la “**qualità**” dei trasferimenti erogati. Ciò potrebbe riguardare l’adozione di indicatori utilizzabili al fine di cogliere eventuali disservizi e/o miglioramenti nell’ambito della loro erogazione, quali ad esempio: 1) tempi di attesa per l’assegnazione del beneficio: rientrano in questa tipologia indicatori relativi al tempo intercorso tra l’inoltro della richiesta, l’effettuazione della visita medica di verifica della concessione e l’effettiva corresponsione della provvidenza; 2) livello e tipologia di non autosufficienza del beneficiario: questo tipo di informazione può risultare utile per comprendere le aree funzionali ed attività di vita quotidiana maggiormente compromesse e quindi responsabili dell’erogazione delle varie provvidenze; 3) modalità di impiego del trasferimento monetario: sebbene attualmente ininfluyente rispetto alla concessione del beneficio, tale informazione – da reperire attraverso opportuna rendicontazione – potrebbe risultare utile a comprendere la destinazione dei fondi erogati in tal senso; 4) soddisfazione dell’utente rispetto all’impiego del trasferimento ricevuto: questo tipo di dati potrebbe essere mirato alla raccolta di indicazioni e suggerimenti per una eventuale rimodulazione e riorganizzazione delle varie provvidenze economiche, anche ai fini di una loro maggiore personalizzazione. Va da sé che, dato il loro carattere innovativo, l’adozione in particolare delle ultime due proposte non potrà che assumere un carattere sperimentale, di cui verificare l’utilità nel corso di successivi aggiustamenti.

PARTE QUARTA:

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

10. OSSERVAZIONI CONCLUSIVE⁵⁴

10.1. L'informazione statistica sull'assistenza agli anziani nel Paese più vecchio del mondo

Un Paese come l'Italia, il più “vecchio” del mondo in quanto a percentuale di ultrasessantacinquenni, e certamente tra i più benestanti in quanto a prodotto interno lordo pro capite, dovrebbe essere prodigo di dettagliate informazioni statistiche correnti in materia di popolazione anziana. Tra queste, un ruolo centrale andrebbe certamente svolto dai dati inerenti quantità, modalità e contenuti delle attività di assistenza prestate alla medesima, quale componente essenziale, e forse prioritaria, per assicurare un'adeguata qualità della vita a coloro che si trovano ad affrontare la fase terminale della propria esistenza nel nostro Paese.

Tuttavia, come si sarà evinto dalla lettura del presente rapporto, ciò purtroppo non sempre corrisponde a realtà. Talora i dati auspicati non risultano rilevati; tal'altra, pur rilevati, non sono pubblicati; in qualche occasione, pur riscontrandosi sia l'una che l'altra circostanza, la diffusione di tali informazioni è talmente limitata, complicata o onerosa, da renderne ostico l'accesso ai potenziali fruitori, e quindi “invisibili” i contenuti; non vanno infine sottaciuti quei casi di “eccesso” d'informazione statistica, laddove cioè più fonti – anche pubbliche – producono dati (non sempre concordanti) sullo stesso argomento.

Un'informazione statistica corretta, dettagliata e facilmente accessibile costituisce invece il presupposto ineludibile per una programmazione delle attività assistenziali a livello nazionale, regionale e territoriale in genere. A livello di enti locali, soprattutto in diversi contesti del Centro-Nord del Paese, questo principio appare già da tempo compreso, ed applicato attraverso l'implementazione di flussi informativi regionali, provinciali e comunali (nonché, recentemente, a livello degli ambiti territoriali istituiti dalla legge n. 328 del 2000), in grado di produrre un'informazione tempestiva sull'uso di servizi sanitari e, seppur in minor misura, socio-assistenziali, differenziandone la componente di destinatari “anziani” in forma più o meno articolata.

⁵⁴ di Giovanni Lamura, Cristiano Gori, Carlo Hanau, Francesca Polverini, Andrea Principi e Cecilia Tomassini.

Meno rosea appare la situazione in molte regioni del Sud e delle Isole (fatte le debite eccezioni, come ad esempio l'Abruzzo, regione pionieristica per l'avvenuta introduzione della Tessera Sanitaria Elettronica, ma anche perché da tempo in grado di rilevare evoluzione della disabilità dal suo insorgere, relativi bisogni, interventi e livello di soddisfazione degli utenti). Tale circostanza, che in parte riflette la minore incisività della rete di servizi attivati in tali aree, si riflette nell'impossibilità, per molti flussi, persino di "esistere" a livello nazionale, esigendo quest'ultimo livello – per potersi definire realmente tale – dei "tasselli" provenienti da tutte le singole regioni componenti il "mosaico Italia". A tale situazione contribuisce tuttavia, e non marginalmente, anche il fenomeno – paradossalmente ascrivibile soprattutto a quelle amministrazioni locali più dinamiche nell'attivare, spesso anticipando o in carenza di direttive nazionali in merito, misure e servizi socio-assistenziali – della disomogeneità dei modelli di intervento sviluppati nelle diverse regioni. Una disomogeneità (in termini di tipologie di strutture residenziali, servizi domiciliari etc.), che – senza un adeguato processo di "traduzione" delle specificità regionali in un'unica classificazione nazionale (di cui l'esempio recente più illustre è certamente rappresentato dal progetto "Mattoni" nell'ambito del Nuovo Servizio Informativo Sanitario) – di fatto impedisce la costruzione del flusso aggregato di sintesi a livello italiano.

Da ciò si evince con immediatezza quale importanza riveste, al fine di poter disporre di dati nazionali tempestivi, l'azione di indirizzo da parte del SISTAN e, in quanto di questo coordinatore, dell'ISTAT. Azione di indirizzo che dovrà certamente impegnarsi, in primo luogo, ad **agevolare l'avviato processo di sviluppo di flussi regionali omogenei nel settore dei servizi socio-sanitari** – ed in particolare in quello dell'assistenza agli anziani – in modo da consentire in tempi brevi la comparabilità interregionale, e quindi l'aggregabilità nazionale, dei dati considerati.

Azione di indirizzo che tuttavia, a prescindere dai tempi di riuscita di detto processo di omogeneizzazione – per molti versi allocato, come risorse e responsabilità, presso le amministrazioni regionali, aventi finalità operative non sempre coincidenti con quelle, prevalentemente informative, perseguite da ISTAT e SISTAN – dovrà auspicabilmente mirare, in secondo luogo, a potenziare rilevazioni (proprie o altrui) in grado di **cogliere nel dettaglio il punto di vista degli utenti** (reali e potenziali) dei servizi. Ciò al fine di integrare l'approccio della "offerta", proprio degli enti erogatori di servizi (incentrato

sulle caratteristiche dei servizi erogati, in termini di risorse finanziarie, strutture e personale impiegato), con contenuti e modalità di rilevazione in grado di meglio riflettere il punto di vista di chi richiede o usa servizi. Un approccio, in altre parole, capace di cogliere le complesse e mutevoli esigenze della “domanda”, in termini di quantificazione dei bisogni assistenziali – preesistenti ed indipendenti dall’erogazione di qualsiasi servizio – e della qualità dei servizi (una volta resi, o anche in relazione ad una mancata o non tempestiva erogazione degli stessi), in termini di soddisfazione dell’utenza.

Questo ruolo, certamente non espletabile con lo stesso livello di neutralità da parte di enti direttamente responsabili dell’erogazione dei servizi medesimi – e sicuramente al meglio perseguibile attraverso il coinvolgimento e la collaborazione, nelle diverse fasi della rilevazione, di organizzazioni rappresentative degli interessi degli utenti – costituisce un riflesso della necessità, di cui l’ISTAT e il SISTAN non possono non farsi portavoce, anche se “soltanto” da un punto di vista statistico, di tenere sotto controllo la **continuità dell’intero percorso assistenziale**, uno degli aspetti cruciali quando si parla di persone anziane fragili e non autosufficienti. Continuità assistenziale che deve essere colta non solo come prefigurazione istituzionale dei passaggi tra i singoli snodi assistenziali (sociali e sanitari; ambulatoriali e ospedalieri, domiciliari e residenziali), ma anche e soprattutto come percezione individuale di un soddisfacente collegamento tra l’uno e l’altro snodo.

Lungo e complesso, certamente, è il percorso che il nostro Paese deve compiere in questa direzione. Tra gli auspicabili passi che il presente rapporto ha comunque già individuato, sulla falsariga di quella che oggi risulta essere l’informazione statistica nel settore (cfr. per il dettaglio i singoli capitoli), ne vengono riportati di seguito i principali, per la rilevanza trasversale e l’urgenza che li caratterizza.

10.2. Alcuni suggerimenti “trasversali”

Queste le proposte che scaturiscono dall’analisi delle principali e più ricorrenti lacune esaminate nei diversi capitoli che compongono il presente rapporto (per un approfondimento delle quali si rimanda ai paragrafi “lacune e proposte” dei rispettivi capitoli, nonché alle fonti ivi menzionate, riportate in Appendice).

- a) Un primo elemento che emerge dall'analisi trasversale delle diverse fonti correnti oggi disponibili in materia concerne la necessità di **inserire**, nelle rilevazioni di pertinenza, **quesiti inerenti alcuni temi assistenziali strategici, ora carenti**. Principali esempi di questo tipo sono riscontrabili rispetto alle seguenti fonti e/o ai seguenti argomenti:
- a1) l'**assistenza informale erogata da/a persone conviventi**, su cui le Multiscopo ISTAT quasi mai raccolgono dati (fatta eccezione per un unico quesito del "Diario" impiegato nell'ambito della Multiscopo "Uso del Tempo", richiedente tra l'altro un notevole sforzo di ricodifica per poter essere elaborato), mentre rilevano quella erogata da/a persone non conviventi (perdendo così informazioni preziose sul *core* dell'assistenza informale, nella gran parte dei casi prestata da familiari e/o assistenti stranieri conviventi, cfr. capp. 4 e 5);
- a2) la carenza di dati sugli **esiti dell'accesso ai vari servizi**: con che risultato e in che condizioni si viene dimessi da un ricovero ospedaliero, o da un pronto soccorso? La SDO del Ministero della Salute rileva il dato relativo alla "modalità" di dimissione", che però non viene pubblicato, mentre nella Multiscopo ISTAT "Condizioni di Salute e ricorso ai servizi sanitari" il quesito non è neanche posto. Troppo scarni inoltre i dati relativi alle liste d'attesa (nelle varie categorie di servizi: socio-assistenziali, sanitari, domiciliari e residenziali, cfr. cap. 6);
- a3) la necessità, invocata anche dall'EUROSTAT, di **approfondire le caratteristiche individuali delle persone ricoverate in strutture residenziali**, ed in particolare le loro condizioni di salute – nonché, aggiungiamo noi, il grado di autonomia, il fabbisogno assistenziale e la consistenza della rete di supporto – attualmente escluse da qualsiasi approfondimento di tal genere (cfr. cap. 8). Ciò consentirebbe di meglio comprendere i motivi che hanno portato all'istituzionalizzazione del ricoverato, distinguendo ad esempio tra condizioni di salute, mancanza di supporto informale, carenza di servizi alternativi (leggi: domiciliari), ed altri fattori di estrema rilevanza a fini programmatori.
- a4) l'esigenza – parallela alla precedente – di ampliare le informazioni inerenti caratteristiche e beneficiari dei **trasferimenti monetari finalizzati all'assistenza in età anziana**, in modo da **esaminare in modo congiunto** la fruizione di provvidenze statali (aspetto che, seppur ulteriormente migliorabile, risulta già

oggi di per sé discernibile in modo articolato grazie al Casellario dei Pensionati INPS, cfr. cap. 9) e quella degli assegni ed altri trasferimenti assistenziali erogati da enti locali (sui quali il primo serio sforzo è costituito dall'indagine censuaria ISTAT in corso su "Interventi e servizi sociali dei comuni", cfr. cap. 7). Ciò sia al fine di quantificare la spesa totale sostenuta ai vari livelli per i diversi trasferimenti monetari fruiti dalla popolazione anziana, sia di individuare quante e quali tipologie di trasferimenti (statali e locali) siano percepiti individualmente da soggetti in età anziana.

- b) Un secondo aspetto suscettibile di miglioramento concerne la **pubblicazione dei dati rilevati**. La carenza di dati sull'assistenza agli anziani in Italia è infatti talora ascrivibile non tanto alla loro mancata rilevazione, quanto piuttosto alla loro mancata elaborazione e diffusione rispetto alla distinzione per classi di età (anziane). Questa lacuna – talora certamente riconducibile al tentativo di evitare la perdita della significatività statistica del campione, ma in altri casi frutto di una semplice carenza di interesse da parte di chi elabora i dati – è comune a gran parte delle rilevazioni, ma riscontrabile soprattutto nei settori *dell'assistenza informale* (in particolare nelle diverse Multiscopo ISTAT e nella rilevazione della Banca d'Italia sui "Bilanci delle famiglie Italiane", cfr. cap. 4.2), *del volontariato* (pressoché in tutte le rilevazioni considerate, cap. 4.3) di quella *personale a pagamento* (nelle Multiscopo ISTAT "Aspetti della Vita Quotidiana" e "Condizioni di Salute etc.", in quella della Banca d'Italia nonché nell'indagine del CENSIS, cap. 5) e dei *servizi sanitari* (nell'omonima Multiscopo nonché in quella sugli "Aspetti della Vita Quotidiana", cap. 6). Alla luce delle possibilità aperte dalla consultazione via telematica di banche dati anche complesse, come sono quelle rese disponibili dall'ISTAT, questo ostacolo è da ritenersi oggi in gran parte superabile attraverso l'adozione di procedure che, rendendo più agevole e meno oneroso l'accesso *on-line* alle stesse, ne incrementino la fruibilità (anche lasciando all'utente la scelta di quali incroci operare, in base alle sue specifiche esigenze). A tal fine, strategica risulta oggi certamente **l'attivazione di un portale internet dedicato all'argomento**, similmente a quanto già avviene nel settore dell'handicap (cfr. il sito www.disabilitaincifre.it/ o www.handicapincifre.it/), che consenta di consultare, tramite un unico accesso, la gran mole di dati disponibile in materia di assistenza alla popolazione anziana non autosufficiente, oggi dispersa

su una miriade di siti, spesso non immediatamente raggiungibili e limitati a poche informazioni settoriali. Ciò favorirebbe inoltre anche una **presentazione integrata di dati provenienti da fonti e discipline diverse**, recuperando quell'approccio olistico così cruciale per una corretta programmazione degli interventi a favore di soggetti fragili come quelli in oggetto. Quanto suggerito in ambito "virtuale" non deve tuttavia far trascurare l'importanza di assicurare la massima leggibilità – in termini di semplicità espositiva ed impostazione concettuale – dei documenti cartacei che comunque risulti necessario continuare a pubblicare per la presentazione dei dati rilevati.

- c) Una terza proposta che emerge dall'esame delle fonti considerate pertiene all'esigenza di **rendere più dettagliati e comparabili i dati relativi alle classi di età anziane**. Ciò significa anzitutto **articolare in un numero maggiore di classi di età i dati relativi alla popolazione anziana**, assicurando, laddove necessario, un'adeguata rappresentatività statistica della popolazione nelle fasce di età più elevate (ad esempio 75 anni ed oltre), eventualmente anche attraverso appropriate tecniche di sovradimensionamento del campione. Essendo infatti questo il gruppo d'età che maggiormente fruisce dei servizi socio-sanitari – e sul quale pertanto si concentra gran parte delle prestazioni e dei costi assistenziali – occorre garantire che i soggetti inclusi nelle rilevazioni campionarie siano rappresentativi per l'intera popolazione di riferimento. In prospettiva, inoltre, si tratta del segmento di popolazione per il quale si prevedono i più elevati tassi di crescita nel corso dei prossimi anni. A ciò va aggiunta la proposta di **concordare classi di età omogenee nelle diverse rilevazioni**, onde consentirne la confrontabilità e la reciproca integrazione a fini analitici. Al di là del dato relativo al limite dei 65 anni (quello normalmente impiegato dalla maggioranza delle rilevazioni condotte a livello internazionale con riferimento alla categoria "anziani"), si ritiene infatti opportuno – senza con questo voler essere "normativi", ma meramente al fine di incrementare l'integrabilità di dati provenienti da fonti diverse – poter disporre di dati distinti per classi quinquennali (65-69, 70-74, 75-79 etc.), fatte salve eventuali peculiari esigenze derivanti dagli obiettivi delle specifiche indagini (è il caso della rilevazione ILESIS sul volontariato sanitario e socio-assistenziale, che definisce "anziana" la classe "55

ed oltre” – cfr. cap. 4.3 – e di quella del CENSIS, che usa classi decennali partendo dai 60 anni, rendendo impossibile riferire il dato agli ultrasessantacinquenni).

- d) Un'altra raccomandazione, sempre finalizzata a migliorare la comparabilità dei dati rilevati dalle diverse fonti, è che queste puntino a **far riferimento a categorie e modalità di risposta identiche**, o comunque tra loro confrontabili. Un primo esempio riguarda alcune tra le **principali variabili socio-demografiche** (dimensione del comune di residenza degli interpellati, titolo di studio, condizione professionale e tipologia familiare), che spesso differiscono tra indagini afferenti ad istituti diversi (ma talora anche tra indagini dello stesso istituto, cfr. la Tabella nell'Introduzione all'Appendice). Un esempio specifico sull'uso dei servizi assistenziali pertiene al **periodo di tempo** di riferimento, rapportato, rispetto alla frequenza del ricorso alla Guardia Medica, alle ultime quattro settimane nella Multiscopo ISTAT “Condizioni di Salute etc.”, ed agli ultimi tre mesi nella Multiscopo “Aspetti della Vita Quotidiana”. Se più comprensibile è l'esistenza di differenze in rilevazioni con titolarità diverse – è il caso del quesito sul ricorso al ricovero ospedaliero, riferito all'ultimo anno nell'indagine CENSIS, rispetto ai tre mesi proposti dalla Multiscopo ISTAT – certamente deve tuttavia considerarsi anch'essa perfezionabile, in un'ottica di SISTAN, nel senso sopra indicato.
- e) Altro suggerimento concerne la **necessità di poter disporre di dati a livello individuale**, e non solo a livello familiare (come accade invece nel caso delle Multiscopo ISTAT per i quesiti inerenti gli aiuti ricevuti, l'assistenza privata sostenuta a pagamento e i servizi sanitari e socio-assistenziali fruiti) o di convivenza (come si verifica per i ricoverati in strutture residenziali, per le quali l'unità di rilevazione – per tutte le indagini considerate – non è il singolo utente, bensì il presidio nel suo complesso). Tale suggerimento vale anche nel caso dei dati sulle organizzazioni di volontariato, attualmente acquisiti (sia dall'ISTAT che dalla FIVOL) rispetto ai settori d'intervento (senza distinguere numero ed età degli utenti anziani serviti).
- f) Un ulteriore problema sul quale si ritiene necessario richiamare l'attenzione riguarda la tendenza, piuttosto generalizzata tra le fonti considerate, ad **aggregare in modo indistinto la categoria degli “anziani” o della “attività di cura di persone anziane” con altre categorie** di persone o di attività ad essa ritenute (spesso più a

torto che a ragione) assimilabili, con conseguente impossibilità di poter individuare il dato relativo alla categoria oggetto d'interesse del presente rapporto. Questo avviene di frequente in materia di *assistenza informale* (cap. 4.2): nella Multiscopo ISTAT "Aspetti della vita quotidiana" il dato relativo al "tempo dedicato ai lavori domestici e familiari" include indistintamente "faccende di casa, fare la spesa e cura di generici altri componenti famigliari", come se si trattasse della stessa attività; in quella su "Uso del Tempo" si individua il "tempo speso nell'aiuto gratuito della cura di adulti" a persone non residenti (senza distinguere tra anziani e non), mentre l'indagine biennale della Banca d'Italia accerta se la famiglia "ricorre all'aiuto di parenti non residenti nello svolgimento di attività domestiche o di cura" (non meglio specificate). Non va meglio nel settore *dell'assistenza privata a pagamento* (cap. 5): pressoché tutte le Multiscopo (ad eccezione di quella dedicata a "Famiglia e soggetti sociali" nella sua ultima versione del 2003) rilevano se la famiglia si sia avvalsa del "servizio a pagamento di una persona che assiste un anziano o un disabile" come unica modalità di risposta, similmente a quanto accade nell'indagine ISTAT sui consumi rispetto alla spesa familiare sostenuta "per l'assistenza agli anziani e disabili" (dato peraltro pubblicato in modo aggregato alla voce "servizi domestici", che comprende la spesa anche per asili nido, baby-sitter, domestici, giardinieri etc.), ed in quella della Banca d'Italia (che pone sullo stesso piano lo svolgimento di attività domestiche e di quelle di cura). Sotto quest'aspetto, migliorabili appaiono anche le fonti INPS (che considera le assistenti personali di anziani all'interno del settore "lavoratori domestici" alla stregua di altre categorie quali colf, baby-sitter, dame di compagnia, autisti, maggiordomi etc.) e del Ministero dell'Interno (tramite il quale non è possibile identificare, tra gli extracomunitari regolarizzati, quelli che svolgono l'attività di assistenti personali di anziani), ma anche quella ISTAT per la stima del lavoro non regolare (che comprende detta categoria in modo indistinto all'interno di quella nominata genericamente "servizi domestici presso famiglie e convivenze").

- g) Un ultimo invito che l'esame condotto sollecita a rivolgere è di **evitare la sovrapposizione di più fonti statistiche incentrate sullo stesso argomento**. Questa situazione (che si verifica in particolare nel settore dell'assistenza residenziale – cfr. cap. 8 – e, seppure in minor misura, in quello del volontariato, cap. 4.3), comporta infatti un evidente dispendio di risorse, spesso pubbliche (sulle strutture residenziali

si registrano rilevazioni diverse condotte contemporaneamente da ISTAT, Ministero della Salute e Ministero dell'Interno), che non sembra giustificato da una migliore qualità dei risultati derivante dalla pluralità dei soggetti operanti nel settore.

10.3. Quale futuro per l'informazione statistica in materia di assistenza agli anziani non autosufficienti?

L'ultimo suggerimento avanzato rappresenta l'occasione per avviare a conclusione queste riflessioni, focalizzandone l'attenzione su alcuni elementi ritenuti strategici al fine di assicurare un migliore futuro all'informazione statistica in questo settore. Partendo da questo stesso suggerimento, va anzitutto sottolineato che l'invito ad evitare la sovrapposizione di più rilevazioni non mira a favorire l'instaurarsi di una posizione monopolistica dell'ISTAT a discapito di un ipotetico pluralismo informativo, bensì a stimolare un migliore coordinamento tra le istituzioni impegnate nel settore – compito questo proprio dell'ISTAT, in quanto istituto capofila del SISTAN – con un conseguente, più efficace impiego delle scarse risorse pubbliche oggi disponibili in tale ambito (Baroncini 2004), che potrebbero essere integrate da quelle risparmiate attraverso la soppressione di indagini ridondanti ora disperse tra più Enti. L'obiettivo principale, in un'ottica di “sistema” statistico, deve rimanere quello di prevenire il verificarsi di situazioni, oggi purtroppo non rare, in cui la differenza dell'approccio metodologico e dell'impianto definitorio adottato dalle diverse istituzioni porti a risultati diversi ed in parte contraddittori, rivelando l'esistenza di problemi di attendibilità, e sollevando il legittimo dubbio che sarebbe auspicabile **unificare tali sforzi in un numero inferiore di indagini**, ma tali da compendiare gli elementi più convincenti delle diverse rilevazioni pre-esistenti.

Tale operazione, per riuscire pienamente, dovrebbe peraltro **tenere conto delle iniziative recentemente adottate dalle autorità statistiche operanti a livello europeo**, rivelanti una loro maggiore attenzione e sensibilità nei confronti della tematica dell'informazione in materia di assistenza alla popolazione anziana non autosufficiente (EUROSTAT 2003), onde evitare che ci si sforzi di adottare classificazioni ed impostazioni nazionali poi inservibili per il confronto con altri Paesi (e quindi suscettibili di subire, per consentire tale confrontabilità, ulteriori – e mai indolori – modificazioni).

L'operazione si gioverebbe senz'altro, come sottolineato anche nel cap. 2, della **necessità di un'evoluzione in senso longitudinale di alcune rilevazioni esistenti** (ed in particolare della Multiscopo sulle condizioni di salute). In questa sede preme far notare che tale arricchimento consentirebbe di recepire anche l'impatto (positivo o negativo, a seconda dei casi) del diverso stile di vita adottato dagli individui nel corso della vita (in termini di abitudini alimentari, consumo di alcolici, fumo, esercizio fisico, ma anche tipo di vita relazionale e sociale) sulle loro condizioni di salute e quindi meglio prevedere il consumo di servizi in età anziana. Al di là del dato epidemiologico – certamente rilevante, ma forse di più scontata evidenza – queste informazioni avrebbero inoltre l'inestimabile pregio di **rivalutare in misura sostanziale il ruolo giocato da politiche preventive ex-ante** – e non solo di interventi assistenziali ex-post – nel mantenimento di livelli di qualità della vita accettabili nella fase terminale dell'esistenza degli individui. Rendendo più evidente il nesso biografico esistente tra grado di benessere in età anziana e precedenti fasi della vita dell'individuo, l'approccio longitudinale (superando la tendenza alla segmentazione generazionale spesso rinvenibile in molte analisi odierne – basate necessariamente su dati trasversali – che finiscono con il favorire l'esame delle differenze intergenerazionali, piuttosto che l'approfondimento dei motivi alla base delle profonde differenze esistenti all'interno della popolazione anziana), consentirebbe inoltre di collocare tali cambiamenti rispetto al mutevole contesto sociale, politico e culturale, cogliendo come le trasformazioni di atteggiamenti e rapporti eventualmente riscontrati tra le diverse coorti di individui si modificano attraverso il tempo. Da sottolineare infine le potenzialità che potrebbero derivare da un'estensione di tale approccio anche alla rilevazione di dati biomedici e genetici, eseguendo un approccio profondamente interdisciplinare che – sulla falsariga dell'esempio finora fornito su grande scala in Italia solo dall'esperienza dell'ILSA – potrebbe aprire le porte alla costituzione di una vasta banca dati utilissima alla produzione di informazioni di carattere epidemiologico.

Altro requisito essenziale per un miglioramento dell'offerta statistica nel settore è costituito da un'**ancor più approfondita e sistematica collaborazione tra ISTAT, SISTAN ed enti operanti nel settore dell'assistenza** (e pertanto “depositari” del necessario *know-how* di riferimento). Ciò, oltre a ridurre sviste evitabili in sede di stesura dei quesiti pertinenti (come osservabile ad esempio dalla più precisa

formulazione di alcuni items dell'ultima Multiscopo "Famiglie e soggetti sociali" rispetto a quella precedente), costituisce un requisito imprescindibile per rendere più mirata, trasparente e leggibile l'informazione in materia, facilitando lo svolgimento di un ruolo più attivo e consapevole (l'anglosassone *empowerment*) da parte di quelle organizzazioni di anziani e di utenti dei servizi che più si spendono nella tutela degli interessi di coloro – gli anziani non autosufficienti – che sono certamente da annoverare tra le componenti più fragili della nostra società. Ciò potrebbe avvenire anche attraverso il coinvolgimento delle grandi organizzazioni di anziani e pensionati oggi esistenti in Italia – soggetti certamente non sospettabili di connivenze con gli enti erogatori di servizi – nella rilevazione stessa di informazioni (così come già sperimentato in alcune realtà locali, come ad esempio l'Osservatorio Anziani della Regione Umbria), aumentando così il grado di partecipazione degli interessati alla conoscenza dei dati, all'elaborazione di piani e programmi di assistenza, ed alla verifica quantitativa e qualitativa dei risultati, così come prescritto dalla legge 328/2000 per i piani di zona.

Finora, al contrario, si riscontrano due sole rilevazioni correnti che si spingono ad **analizzare la percezione soggettiva degli utenti anziani** rispetto al consumo di tali servizi, tra le quali certamente un ruolo di spicco è svolto dalla Multiscopo ISTAT "Condizioni di salute etc.", mentre lo studio annuale del CENSIS, pur consentendo una maggiore immediatezza nella fruibilità dei risultati, risente di una rappresentatività limitata al solo contesto nazionale. Una maggiore disponibilità di dati aggiornati e suddivisi per classi di età rispetto all'uso dei diversi servizi sociali e sanitari – dando maggiore spazio alla percezione dell'utente dei propri bisogni, delle proprie necessità e dell'utilità degli interventi che a tali necessità intendono dare risposta – consentirebbe invece di monitorare con maggiore accuratezza la **qualità dell'assistenza** prestata alla popolazione anziana in diversi settori, ad esempio rispetto all'esigenza di una continuità assistenziale tra i diversi snodi di cui si compongono. E ciò anche al fine di individuare, rimuovere e prevenire fenomeni discriminatori nell'erogazione delle prestazioni assistenziali medesime, purtroppo non rari ma solo recentemente oggetto di attenzione attraverso la conduzione di indagini – finora una tantum – di più ampio respiro (cfr. il recente studio sull'assistenza al paziente oncologico anziano condotto dalla Società Internazionale di Oncologia Geriatrica, Ermeneia/SIOG-AIOTE 2005), nonostante l'urgenza di fornire rapide risposte conoscitive si sia manifestata in tutta la sua tragicità

in occasione dell'impennata di mortalità tra gli anziani nella calda estate 2003 (Commissione per la Garanzia dell'Informazione Statistica 2003). In tale contesto, il ruolo di indagini campionarie come la Multiscopo potrebbe essere utilmente rafforzato incrementandone la capacità di cogliere la rispondenza dei servizi offerti alle aspettative dell'utente, e quindi rilevando l'eventuale presenza di domanda insoddisfatta.

Un contributo a migliorare la qualità, in questo caso non dell'assistenza, ma dell'informazione statistica di per sé stessa, può derivare da una **maggiore attenzione alla terminologia impiegata** per definire variabili ed indicatori "sensibili", come sono quelli inerenti il tema dell'assistenza a persone anziane non autosufficienti, onde evitare il rischio di contribuire ad incentivare un'immagine discriminatoria e stereotipata nei confronti dell'età anziana *tout court*, attraverso l'uso di vocaboli convoglianti significati di portata negativa (Warnes 1993). Ad esempio, sarebbe opportuno evitare o almeno "aggiornare" termini come l'"*indice di dipendenza senile*" (indicante il rapporto tra la popolazione "non attiva" anziana, cioè con oltre 65 anni, e quella in età "lavorativa", tra i 20 e i 64 anni), soprattutto in un Paese come l'Italia in cui già nella fascia di età tra 55 ed 59 anni il tasso di attività della popolazione non supera il 36%, per dimezzarsi ulteriormente tra i 60 e i 64 anni (OECD 2004: 44) mentre, all'opposto, il tasso di disabilità rimane molto basso fino ai 75 anni circa, interessando tra i 70-74 anni solo il 13% delle donne e il 10% per gli uomini (Ministero del Lavoro 2003: 73). Lo stesso può dirsi rispetto all'adozione di indicatori socio-demografici che, in modo automatico e, per l'appunto, discriminatorio, considerino tassi elevati di mortalità della popolazione residente in un dato territorio come sinonimi di bassa qualità della vita – come ad esempio fa ormai da anni il rapporto edito annualmente sull'argomento da Italia Oggi (Vitali 2004: 49) - finendo con l'insinuare – in forma neanche troppo implicita – una valutazione negativa alla mera presenza quantitativa di soggetti anziani in seno alla popolazione complessiva (Polverini e Lamura 2005).

Non può mancarsi di rilevare, in questo senso, anche il peso negativo giocato dalla "parzialità economicistica" (Lamura 1991) di rilevazioni, come ad esempio il censimento demografico, che di fatto finiscono col privilegiare la rilevazione e diffusione di informazioni concernenti le categorie "professionalmente attive" della popolazione, trascurando al contrario di prendere in considerazione caratteristiche e condizioni di vita di quelle "non attive", tra cui va certamente annoverata la quasi

totalità della popolazione anziana (in quanto ritirata dal lavoro o casalinga). E' evidente infatti la potenzialità informativa che avrebbe, a fini programmatori, la presenza in seno al questionario censuario di pur pochissime domande inerenti il consumo di servizi sociali e sanitari, soprattutto se raccordate a quesiti, certamente più approfonditi, posti nell'ambito delle più esaustive Indagini Multiscopo sulle Famiglie. Una mancanza che si ritiene ancor più ingiustificata alla luce del fatto che, sulle componenti attive della popolazione vertono anche i censimenti "dell'agricoltura" e "dell'industria", mentre non esistono rilevazioni censuarie "sociali" sulla popolazione, al di là del censimento demografico in oggetto.

Nella stessa direzione opera l'osservata, frequente mancanza di una precisa distinzione statistica, in sede di formulazione delle relative modalità di risposta ai quesiti posti in materia, tra attività di assistenza agli anziani, da un lato, ed altre attività di natura "domestica" (riconducibili essenzialmente alle due categorie di cura della persona e cura della casa, ma certamente articolabili in ulteriori, più dettagliate sottocategorie), dall'altro. Se è vero che da un lato esiste l'oggettiva difficoltà di distinguere in modo immediato tra lavoro di cura, compagnia, sorveglianza e simili, è vero anche che le due tipologie di attività di cura (della persona e della casa) sono spesso anche contrattualmente (oltre che concettualmente) distinte, per cui è legittimo attendersi che l'informazione ad esse relativa non vada perduta.

A meno che questo aspetto non rappresenti, emblematicamente, una chiave di lettura per comprendere perché le fonti statistiche correnti italiane – e la nostra società nel suo complesso – faticino a raccogliere informazioni dettagliate in materia di assistenza agli anziani: il considerare questo compito un'attività "marginale", non "importante", e quindi non "degn" di essere classificata in modo autonomo rispetto ad una serie di altre attività "domestiche", cui è peraltro riservato lo stesso, comune destino. E cioè quello di essere considerate di secondaria importanza rispetto alle attività "realmente produttive" (su cui naturalmente l'informazione statistica abbonda), nonché di essere generalmente espletate dalla popolazione definita "non attiva" (altro termine altamente "illuminante" sulla considerazione statistica "residuale", per non dire discriminatoria, di cui gode chi generalmente si trova in questa condizione), ed in quanto tali quindi ritenute anche statisticamente meno degne di attenzione rispetto a quelle economiche tradizionali, finendo per divenire parzialmente se non del tutto "invisibili". Ciò perlomeno finché il

crescente ed ormai quasi strutturale impiego di personale straniero nel settore (le cosiddette “badanti”: altro termine, ormai invalso nei media, di chiara connotazione negativa, Gori 2002: 21) non costringerà a prendere atto di un fenomeno che invisibile non può più rimanere, per l’entità e la pervasività che ha ormai assunto all’interno della società italiana, e per il contributo da esso fornito al benessere della stessa, che ancor oggi si è costretti a definire “welfare nascosto” (Gori 2002) o “invisibile” (Bonugli 2004). Se questa situazione sarà adeguatamente compresa nelle sedi in cui si decidono i contenuti delle principali rilevazioni statistiche italiane, si sarà riusciti a compiere un passo fondamentale sulla strada del miglioramento dell’informazione statistica sull’assistenza agli anziani. Che costituisce a sua volta uno strumento essenziale per rivedere e potenziare l’organizzazione dell’assistenza, formale e non, offerta nel nostro Paese.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV. (2000) Presa in carico e riabilitazione, in Levi G. (a cura di) *Atti della 1° conferenza nazionale sulle politiche dell'handicap*, Roma, 16-18 dicembre 1999. Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento degli affari sociali, 119-125.
- Abate G., Bavazzano A., Di Iorio A. (1995) *Assistenza domiciliare integrata (ADI). Indagine conoscitiva sulla situazione nazionale.*, CNR, Progetto Finalizzato Invecchiamento, Roma.
- Accetta G., Biocca M., Borghi E., Caranci N., Cislighi C., forni S., Frasca G., Galassi C., Giorio M.P., Luppi G., Michelozzi P., Peducci C.A., Repetto F., Solipaca A., Tasco C., Zacchia Rondinini A., Zocchetti C. (2004) La valutazione delle politiche sanitarie regionali attraverso gli indicatori dell'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", in Sabbadini L.L. e Costa G. (a cura di) *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute*. Roma, ISTAT, 171-187.
- Agenzia Regionale Sanitaria Toscana (2005) *Indicatori sulla salute e l'assistenza agli anziani*. Firenze (<http://www.mad.it/ars/anziani/>, accesso in data 10/6/2005)
- AIOP – Associazione Italiana Ospedalità Privata (2002), "Struttura e attività delle istituzioni sanitarie private di ricovero e cura", Luglio 2002, (cfr. sito www.aiop.it/datistatistici.asp).
- Cittadinanzattiva – Tribunale per i Diritti del Malato (2005), "Relazione Pit Salute 2003-2004. Cittadini e servizi sanitari", VIII edizione, febbraio 2005, Roma.
- ANLA (1996) *Guida all'Italia delle case di riposo*, Publiesper, Roma.
- Atella V., Donia Sofio A., Mennini F.S., Spandonaro F. (a cura di) (2003) *Rapporto CEIS – Sanità 2003. Bisogni, risorse e nuove strategie*, Italtromo, Roma.
- Atella V., Donia Sofio A., Pennini F.S., Spandonaro F. (a cura di) (2004), "Rapporto CEIS – Sanità 2004. Sostenibilità, equità e ricerca dell'efficienza", CEIS - Centro di Studi Internazionali sull'Economia e lo Sviluppo, Sanità Facoltà di Economia Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Editore GruppoItaltromo, Roma.
- ASSR (2003) Assistenza agli anziani non autosufficienti, *Monitor*, 4, 12-73.
- Baroncini P. (2004) Indagine pilota sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati. Caratteristiche aspetti innovativi dell'indagine. Comunicazione presentata al seminario "Presentazione dell'indagine pilota sugli interventi e sui servizi sociali dei Comuni singoli o associati relativi all'anno 2002". 28 settembre, Roma.
- Bellini P., Braga M., Rebba V., Rodella S., Venerami E. (2002) *Definizione di un set di indicatori per il monitoraggio e la valutazione dell'attività sanitaria. Rapporto di ricerca*. Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Commissione per la Garanzia dell'Informazione Statistica (<http://www.governo.it/Presidenza/statistica/attivita/rapporti/2002/02.07.pdf>, accesso in data 10/6/2005).
- Beltrametti L. (2003) Long-term care: una prospettiva di politica economica, in Guerra M.C., Zanardi A. (a cura di) *La finanza pubblica in Italia*. Bologna, Il Mulino.
- Brau R., Fiorentini G., Lippi Bruni M., Pinna A.m. (2003) *La disponibilità a pagare per la copertura del rischio di non autosufficienza: analisi econometrica e valutazioni di policy*. Contributi di ricerca, 03/05 (<http://www.crenos.it/working/pdf/03-05.pdf>, accesso in data 25/5/2005).

- Bergamaschi W. (2005) *Gli obiettivi strategici del Nuovo Sistema Informativo Sanitario*. Relazione presentata alla Giornata di presentazione del NSIS: Monitoraggio della rete di assistenza, Roma, 3 marzo 2005 (http://www.ministerosalute.it/nsis/documenti/bergamaschi_ob_strategici.pdf, accesso in data 31/05/2005).
- Bergamaschi W. (2005a) *Il ruolo dei "Mattoni del SSN" nello scenario strategico del Nuovo Sistema Informativo Sanitario*. Relazione presentata al seminario "I Mattoni del SSN", Roma, 18 gennaio 2005 (http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/248/mattoni_bergamaschi.ppt, accesso in data 01/06/2005).
- Bonugli F. (2004) *Il welfare invisibile*. LiberEtà, Roma.
- Borgermans L., Nolan M., Philp I. (2001) "Europe" in I. Philp (ed) *Family Care of Older People in Europe*, European Commission Directorate, IOS Press, Amsterdam.
- Broese van Groenou M I (2003) *Time Trends in the Use of Informal and Formal Care*, presentazione al workshop della British Society for Population Studies su Family support for older people: determinants and consequences, Londra, 8 maggio 2003.
- Burgio A., Venturi M. (2005) *Monitoraggio della rete di assistenza fase 1: la cooperazione tra NSIS e ISTAT*. Relazione presentata alla Giornata di presentazione del NSIS: Monitoraggio della rete di assistenza, Roma, 3 marzo 2005 (http://www.ministerosalute.it/nsis/documenti/burgio_coop_nsis_istat.pdf, accesso in data 31/5/2005).
- Candela A.M., Mobilio G. (a cura di) (2003) *L'attuazione della riforma del Welfare locale. Rapporto di ricerca*. Formez, Roma.
- Cariani G., Gamberoni M., Hanau C. (1996) L'influenza dell'età sul ricorso ai servizi sanitari, *Organizzazione Sanitaria*, 1-2, 57-68.
- Caritas/Migrantes (2004) *Immigrazione – Dossier statistico 2004. XIV rapporto sull'immigrazione*. Caritas, Roma.
- CENSIS (1996), *Home care per gli anziani. La mappa dell'offerta*, Franco Angeli, Milano.
- CENSIS - Forum per la Ricerca Biomedica (2002) *Le garanzie per la salute tra globalizzazione e localismo. Qualità, equità e reti nei processi di decentramento del sistema sanitario*. Roma.
- CENSIS - Forum per la Ricerca Biomedica (2004) *Sanità e salute. Scenari di autoregolazione*. Roma.
- CENSIS - Forum per la Ricerca Biomedica (2004a) *Monitor biomedico 2004 - Italiani e Sanità: uniti sull'ospedale, divisi sulla devolution*. Roma.
- CENSIS (2004b) *Sviluppo ed estensione della metodologia di analisi della domanda di salute e della soddisfazione dei cittadini verso il SSN*. Roma.
- CENSIS (2004c) *Il quadro della vita degli anziani in Italia*", Roma, marzo 2004.
- CENSIS – Salute La Repubblica (2005), *"Vivere a lungo, vivere bene"*, Roma, febbraio 2005.
- CENSIS – ASSR (2004), *"Gli anziani e la salute"*, Roma, 22 Settembre 2004.
- Comitato nazionale di studio e coordinamento per il sistema informativo nazionale socio-assistenziale (1995), *I Servizi di Assistenza Domiciliare per Anziani: Premesse per la Costruzione di Una Banca Dati*, Roma: Ministero dell'Interno, Direzione Generale dei servizi civili.
- CISIS (2003) *Il sociale in cifre. Contesto socio-assistenziale delle Regioni e Province autonome italiane*. Ottobre 2004. Volume n. 1. Roma

- (http://www.cisis.it/attivita/pubblicazioni/pdf/Statistiche_sociali.pdf, accesso in data 7/6/2005)
- CISIS (2004) *Il sociale in cifre. Contesto socio-assistenziale delle Regioni e Province autonome italiane*. Ottobre 2004. Volume n. 2. Roma (http://www.cisis.it/attivita/pubblicazioni/pdf/socialeincifre_vol2.pdf, accesso in data 7/6/2005)
- CISIS (2004a) *Modelli organizzativi degli uffici di statistica delle regioni. Rapporto finale*. Centro Interregionale per il Sistema Informatico ed il Sistema Statistico. Roma (http://www.cisis.it/archivi/studi_ricerche/stat_regioni/pdf/Rapporto_finale.pdf, data di accesso 23/5/2005).
- Cittadinanzattiva (2005) *Relazione PiT Salute 2003-2004. Cittadini e servizi sanitari*. VIII edizione. Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, Roma.
- Colombini L. (2004) La spesa sociale per gli anziani nelle Regioni, in FNP-CISL (a cura di) *Anziani 2003-2004. Realtà e attese. Quinto rapporto sulla condizione della persona anziana*. Roma, Edizioni Lavoro, 391-475.
- Comitato nazionale di studio e coordinamento per il sistema informativo nazionale socio-assistenziale (1992) *Per un progetto di sistema informativo nazionale socio-assistenziale*, Ministero dell'Interno, Direzione Generale dei servizi civili, Roma
- Commissione per la Garanzia dell'Informazione Statistica (2002) *Sistema di rilevazioni sulle famiglie, con particolare riguardo a indagini longitudinali*. Roma (http://www.governo.it/Presidenza/statistica/note_raccomandazioni.html, data di accesso 19/5/2005)
- Commissione per la Garanzia dell'Informazione Statistica (2003) *Audizione sulla supermortalità delle persone anziane verificate per l'eccessiva canicola dell'estate 2003: ragioni e modalità del mancato coinvolgimento diretto dell'ISTAT nell'indagine*. Audizione del 10 dicembre 2003 (http://www.palazzochigi.it/Presidenza/statistica/attivita/audizioni/Incontro_terra_abr_ami.pdf, accesso in data 29/6/2005)
- Commissione per la Garanzia dell'Informazione Statistica (2004) *Parere della Commissione di Garanzia per l'Informazione Statistica sul Programma Statistico Nazionale*. Roma (<http://www.sistan.it/psn/parerecommpsn20052007.doc>, accesso in data 27/5/2005)
- Coordinamento Nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici - Cittadinanzattiva (2004) *Quarto Rapporto sulle politiche della cronicità in Italia – 2003*. Roma.
- Coordinamento Nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici - Cittadinanzattiva (2004a) *La sicurezza negli ospedali italiani – Rapporto Ospedale Sicuro 2004*. Roma.
- De Alfieri W., Salani B., Marsili A., Palleschi L., Figlioli L., Gabbani L., Zuccaro S.M. (2004) Il progetto dimissioni in geriatria (Pro.Di.Ge.) della Sigos. *Geriatrics*, 2, 89-92.
- De Ambrogio U. (2004) Il piano di zona, in: *La riforma dei servizi sociali in Italia. L'attuazione della legge 328 e le sfide future*, Gori C. (a cura di), Carocci, Roma, 99-115.
- Decreto del Presidente della Repubblica (2003) *Approvazione del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005*. 23 maggio. Roma.
- Delhey J. (2004) *Life satisfaction in an enlarged Europe*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin (cfr. anche

- <http://www.eurofound.eu.int/publications/files/EF03108EN.pdf>, data di accesso 14/3/2005).
- Di Minco L. (2005) *Monitoraggio della rete di assistenza: dall'Anagrafe ASL-Comuni-Assistibili al monitoraggio di tutte le strutture del SSN*. Relazione presentata alla Giornata di presentazione del NSIS: Monitoraggio della rete di assistenza, Roma, 3 marzo 2005 (http://www.ministerosalute.it/nsis/documenti/di_minco_rete_assist.pdf, accesso in data 31/5/2005).
- Domenighetti G. (2003) Mercato della sanità tra complessità, incertezza e conflitti di interesse: quale partecipazione dei cittadini pazienti? *Dedalo*, 2, 19-30.
- Domenighetti G. (2004) *Il mercato della salute*. Roma, CIC.
- Donia Sofio A. (2004) Le previsioni di sostenibilità della long term care: un confronto internazionale, in Atella V., Donia Sofio A., Mennini F.S., Spandonaro F. (a cura di) *Rapporto CEIS – Sanità 2004. Sostenibilità, equità e ricerca dell'efficienza*. Roma, Italtpromo, 149-166.
- Donia Sofio A., Spandonaro F. (2003) Le politiche socio-sanitarie per anziani, in Atella V., Donia Sofio A., Pennini F.S., Spandonaro F. (a cura di) *Rapporto CEIS – Sanità 2003. Bisogni, risorse e nuove strategie*. Roma, Italtpromo.
- Due P., Holstein B., Lund R., Modvig J., Avlund K. (1999) Social Relations: Network, Support and Relational Strain, *Social in Science & Medicine* Vol. 48 661-673.
- Ermeneia / SIOG-AIOTE (2005) *Un paziente particolare. Il punto di vista dei primari di Oncologia Medica sull'emergenza anziani*. Roma.
- EUROSTAT (2003) *Feasibility study – Comparable statistics in the area of care of dependent adults in the European Union*. Office for Official Publication of the European Commission, Luxembourg (http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/reconcil/other_dependants_2003_en.pdf, accesso in data 14/3/2005).
- EUROSTAT (2004) *Income and living conditions (EU-SILC) - Eurostat Metadata in SDDS format: Summary Methodology*. Luxembourg (http://europa.eu.int/comm/eurostat/newcronos/reference/sdds/en/ilc/ilc_sm02.htm, accesso in data 19/5/2005)
- Falcitelli N., Langiano T. (a cura di) (2004) *Politiche innovative nel SSN: i primi dieci anni dei DRG in Italia*. Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna.
- Farchi G., Brescianini S., Maggi S., Mariotti S., Scafato E., Di Carlo A., Baldereschi M., Inzitari D. for the ILSA group (2004) Risk factors and health determinants in older Italians. *Aging Clinical and Experimental Research*, 16, 1, 3-12.
- Farchi (2004a) Presentazione del progetto *Set italiano di indicatori sanitari (SINDIS)*. Relazione presentata al convegno “*Gli indicatori di salute e di performance del sistema sanitario in Italia*”, Roma, 14-15 giugno 2004 (<http://www.epicentro.iss.it/problemi/indicatori/pdf/FARCHI.pdf>, accesso in data 6/6/2005).
- Ferrucci L., Marchionni N., Corgatelli G. (2002) Introduzione, in Ferrucci L., Marchionni N. et al (a cura di) *Linee-Guida sull'Utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l'Anziano Fragile nella Rete dei Servizi*. Firenze, Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (http://www.sigg.it/vmd/vmd_articolo_introduttivo.htm, accesso in data 9/6/2005).
- FIVOL (1999) *Le dimensioni della solidarietà*. Secondo rapporto sul volontariato sociale italiano - 1997, Roma.

- Fondazione Silvano Andolfi (2003) *Le colf straniere: culture familiari a confronto*. Roma.
- Freedman V.A., Crimins E., Schoeni R.F., Spillman B.C., Aykan H., Kramarow E., Land K., Lubitz J., Manton K., Martin L.G., Shinberg D., Waidmann T. (2004) Resolving Inconsistencies in Trends in Old-Age Disability: Report from a Technical Working Group, *Demography*, 41, 417-442.
- Frisanco R. (a cura di) 2001, *Mappa e caratteristiche strutturali ed evolutive delle organizzazioni di volontariato in Italia e profili regionali*, manoscritto non pubblicato.
- Glaser K., Hancock R., Stuchbury R. (1998). *Attitudes in an Ageing Society*. Age Concern Institute of Gerontology, London.
- Glaser K. (2004) European Association for Population Studies Working Group on Demographic Change and Care of Older People / Institut National d'Etudes Demographiques: European networks and projects European, *Journal of Ageing*, 1, 102-105.
- Golini A. (2003) Current demographic setting and the future of aging. The experience of some European countries, *Genus*, 59, 1, 15-49.
- Golini A., Hanau C., Calvani P. (1995) *Dinamica demografica e consumo di farmaci*. I primi risultati di una indagine. Working Paper n.1/1995, IRP-CNR, Roma.
- Golini A., Basso, S., Reynaud C. (2003) L'invecchiamento della popolazione in Italia: una sfida per il paese e un laboratorio per il mondo. *Giornale di Gerontologia*, 51, 528-544.
- Gori C. (2002) Il welfare nascosto. Il mercato privato dell'assistenza in Italia e in Europa. Carocci Editore, Roma.
- Hanau C. (1994) Aspetti legislativi dell'assistenza sanitaria, in Beretta Anguissola (a cura di) *Manuale Merck di Geriatria*, ESI Stampa Medica, Milano, 1402-1407.
- Hanau C. (1996) *Introduzione e cura di: Guida ai servizi per gli anziani*. Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento degli Affari Sociali, Fondazione Finney. Istituto Poligrafico dello Stato, Roma, 4 volumi.
- Hanau C. & Pipitone E. (1994) I consumi sanitari degli anziani. *Manuale Merck di Geriatria*, a cura di A.Beretta Anguissola, ESI Stampa Medica, Milano, 1375-1396.
- Hanau C., Gamberoni M. (1996) *Analisi statistica della spesa farmaceutica del primo semestre 1995 nella Regione Friuli-Venezia Giulia*, Mecosan, 19, 63-66.
- ILESIS (2004) *Ospedali & Salute. Primo Rapporto annuale 2003*, Collana AIOP, Franco Angeli, Milano.
- Inzitari D. (2003) *Il fabbisogno sanitario dell'anziano*. Comunicazione presentata al convegno "Bisogni socio-sanitari degli anziani: evidenze che emergono dagli studi epidemiologici nelle regioni italiane". Istituto Superiore di Sanità, 7 maggio.
- INPS – Caritas/Migrantes (2004) *Immigrazione e collaborazione domestica: i dati del cambiamento*. Roma
http://www.inps.it/news/RICERCA_INPS_LAVORO_DOMESTICO_IMMIGRATO.pdf, accesso in data 23/6/2005)
- IRP-CNR (2001) La vecchiaia può attendere, *Quaderni di Demotrends*, marzo 2001.
- ISTAT (vari anni) *Indagine sui consumi delle famiglie*, Roma.
- ISTAT (2002) *L'occupazione non regolare nelle stime di contabilità nazionale secondo il Sec95*. Roma (<http://www.istat.it/Lavoro/Storico/index.htm>).
- ISTAT (2002a) *Le condizioni di salute della popolazione - Indagine Multiscopo sulle Famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"*. Anni 1999-2000,

- Informazioni n. 12, Roma (<http://www.istat.it/Prodotti-e/Allegati1/Condizioni1/salute.pdf>).
- ISTAT (2003) *Gli interventi e i servizi sociali delle Amministrazioni provinciali*, anno 2000, Informazioni, n.12, Roma.
- ISTAT (2003a), *Dimissioni dagli istituti di cura in Italia – Anno 2000*. Roma, (http://www.istat.it/Prodotti-e/Allegati1/Dimissioni4/Volume_SDO_2000.pdf).
- ISTAT (2003b), “*La cura e il ricorso ai servizi sanitari*” - Indagine Multiscopo sulle Famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”. Anni 1999-2000, Informazioni n. 7, Roma (<http://www.istat.it/Prodotti-e/Allegati1/Cura-e-ric/Volume-IV.pdf>).
- ISTAT (2004) *14° Censimento Generale della Popolazione e delle Abitazioni*. Percentuale di popolazione residente di 65 anni e più (Tavola in: <http://dawinci.istat.it/daWinci/jsp/MD/dawinciMD.jsp?a1=o0WG&a2=m0Y01&n=1UH90009OG0&v=1UH0BH09OG00000>, data di accesso: 11/11/2004).
- ISTAT (2004a) *Statuto dei circoli di qualità*. Roma (<http://www.sistan.it/psn/statcirc.rtf>, accesso in data 27/5/2005)
- ISTAT (2004b) *La povertà relativa in Italia nel 2003. Statistiche in breve - Famiglia e Società*, 13 ottobre 2004. Roma (<http://www.istat.it/Comunicati/Fuori-cale/allegati/La-povert-2/Povert-13.10.04.pdf>, accesso del 10/6/2005)
- ISTAT (2004c) Database “Health for all – Italia”. *Un sistema informativo territoriale su sanità e salute*. Versione italiana (27 dicembre 2004) (<http://www.istat.it/Societ-/Sanita-e-p/index.htm>, accesso in data 10/6/2005).
- ISTAT (2004d) DemoS – *Indicatori sociali per il territorio*. Roma (<http://demos.istat.it/demos/jsp/page.jsp>, accesso in data 10/6/2005).
- ISTAT (2004e) *Il Programma Statistico Nazionale 2004-2006*. Roma (http://www.sistan.it/psn/psn_2004_2006/psn2004.htm, accesso in data 19/5/2005)
- ISTAT (2004f) *Struttura e attività degli istituti di cura - Anni 2000-2001*, Roma (http://www.istat.it/dati/catalogo/20040623_00/istituti_di_cura_cap_I_II.pdf)
- ISTAT (2004g) *Gli interventi e i servizi sociali delle Amministrazioni provinciali*, anno 2001. Roma.
- ISTAT (2004h) *L'assistenza residenziale in Italia: regioni a confronto*. Collana informazioni, n.14, Roma.
- ISTAT (2005) *Dati estratti dalla banca dati del Censimento della popolazione, sezione convivenze* (disponibile sul sito: www.istat.it).
- ISTAT (2005a) *Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali*. Anno 2002. Roma (in corso di stampa)
- ISTAT-INPS (2003a) *Il trattamento pensionistici Anni 2000-2001*, Roma.
- ISTAT-INPS (2003b) *I beneficiari delle prestazioni pensionistiche Anno 2001*, Roma.
- Jacobzone S., Oxley H. (2002) Ageing and health care costs, *International Politics and Society*, n. 1 (http://fesportal.fes.de/pls/portal30/docs/FOLDER/IPG/IPG1_2002/ARTJACOBZONE.HTM, accesso in data 23/5/2005).
- Jarvis C., Stuchbury R., Hancock R. (1998) *Present Indicative: Findings from the ONS Omnibus Survey for the Millennium Debate of the Age*. Age Concern, London.
- Kazepov Y. (1996) *Le politiche locali contro l'esclusione sociale*. Quaderni della Commissione Povertà, Presidenza del Consiglio, Roma.
- Kinsella K., Phillips D.R. (2005) Global Ageing: the challenge of success. *Population Bulletin*, 60, 1, 1-44 (<http://www.prb.org/pdf05/60.1GlobalAging.pdf>, accesso in data 30/3/2005)

- Kinsella K., Velkoff V.A., (2001) *An Ageing World: 2001*. U.S. Census Bureau, Washington DC.
- Lamura G. (1991) Le carenze dell'informazione sociale. *Economia Marche*, 10, 2, 289-313.
- Lamura G., Lucchetti M., Socci M. (2004) Personale straniero e assistenza all'anziano non autosufficiente: due ricerche in Emilia e Marche, in Micheli G.A. (a cura di) *I continuanti: interventi a mosaico in una società che invecchia*. Milano, Franco Angeli, 107-126.
- Lucchetti M., Socci M., Gattaceca R., Mazzoni E. (2005) *Donne straniere nel lavoro di cura ed assistenza agli anziani*. INRCA, Ancona.
- Maggi S., Zucchetto M., Grigoletto F., Baldereschi M., Candelino L., Scarpini E., Scarlato G., Amaducci L. for the ILSA group (1994) The Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA): Design and Methods. *Aging Clinical and Experimental Research*, 6, 6, 464-473.
- Mapelli V. (2004) Il costo crescente dell'assistenza agli anziani. *Monitor*, 11, 11-21.
- Mauri L. (1993) Riflessioni circa l'attivazione di sistemi informativi di governo delle politiche sociali, in Mauri L., Penati, C. e Simonetta, M. (a cura di) *"Pagine aperte. La formazione e i sistemi informativi: strumenti per le politiche sociali"*, Franco Angeli, Milano.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2002) *Commissione di studio interministeriale sulla prevenzione e sul trattamento della non autosufficienza con particolare riferimento agli anziani - Rapporto di lavoro*. Roma (<http://www.welfare.gov.it/EaChannel/MenuIstituzionale/Sociale/anziani/documenti/default.htm>, accesso in data 13/5/2005).
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2003) *Relazione biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano - Anni 2000-2001*. Roma (<http://www.welfare.gov.it/EaChannel/MenuIstituzionale/Sociale/anziani/documenti/default.htm>, accesso in data 10/3/2005).
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2004) *Relazione biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano - Anni 2002-2003*. Dicembre 2004. Roma (<http://www.welfare.gov.it/EaChannel/MenuIstituzionale/Sociale/anziani/documenti/default.htm>, accesso in data 1/06/2005).
- Ministero dell'Economia e delle Finanze – Ragioneria Generale dello Stato (2002) *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario. Previsioni elaborate con i modelli del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2002*. Roma (<http://www.rgs.mef.gov.it/Norme-e-do/Spesa-soci/ATTIVITA--/Presentazione1.doc asc1.pdf>, accesso in data 3/2/2005).
- Ministero dell'Economia e delle Finanze – Ragioneria Generale dello Stato (2004) *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario. Previsioni elaborate con i modelli del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2003. Rapporto n° 5, maggio 2004*. Roma (<http://www.rgs.mef.gov.it/Norme-e-do/Spesa-soci/ATTIVITA--/Igespes-2003 sintesi new.doc asc1.pdf>, accesso in data 3/2/2005).
- Ministero dell'Economia e delle Finanze – Ragioneria Generale dello Stato (2004a) *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario. Previsioni elaborate con i modelli del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2004. Rapporto n° 6, dicembre 2004*. Roma

- (http://www.rgs.tesoro.it/VERSIONE-I/Norme-e-do/Spesa-soci/ATTIVITA--/Presentazione.doc_asc1.pdf, accesso in data 1/06/2005)).
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2005) *Disciplina dell'allineamento anagrafico per la consegna della tessera sanitaria entro l'anno 2005*. Decreto del 21 Aprile 2005. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, 103, 25-26 (http://www.gazzettaufficiale.it/guri/atto_fs.jsp?sommario=true&service=0&expensive=null&dataGazzetta=2005-05-05&redazione=05A04389&numgu=103&proppag=1&sw1=0&numprov=0, accesso in data 30 maggio 2005).
- Ministero della salute (2003) *Compendio del Servizio Sanitario Nazionale*. Roma. (<http://www.ministerosalute.it/servizio/pubblicazioni/comp98-01.pdf>, accesso in data 18/5/2005).
- Ministero della Salute (2003a) *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2001-2002*. Roma, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato (<http://www.ministerosalute.it/normativa/sezNormativa.jsp?label=relssp>, accesso del 17/5/2005)
- Ministero della Salute - Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti Strutturali e Tecnologici (2003b) *Stato di salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana*. Roma. (http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_379_allegato.pdf, accesso in data 1/6/2005).
- Ministero della Salute (2003c) *Nuovo Servizio Informativo Sanitario. Modello concettuale. Servizi di consulenza direzionale a supporto della Cabina di Regia per la realizzazione del NSIS*. Roma (http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pagine_8_filePdf.pdf, accesso dell'11/01/2005).
- Ministero della Salute – Direzione Generale del sistema Informativo – Ufficio di Direzione Statistica (2003d) *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2002. Attività gestionali ed economiche delle A.S.L. e Aziende Ospedaliere* (<http://www.ministerosalute.it/servizio/pubblicazioni/Annuario02.pdf>).
- Ministero della Salute (2004) *Sistema di integrazione delle informazioni sanitarie individuali. Studio di fattibilità. Deliverable A: Fase 1. Scenario transitorio. Estratto*. Roma (http://www.ministerosalute.it/nsis/documenti/sist_integr_sdf_0305.pdf, accesso del 30/05/2005).
- Ministero della Salute (2004a) *Progetto Mattoni SSN. Mese di riferimento: maggio 2004*. Roma (<http://www.ministerosalute.it/programmazione/resources/documenti/MDS-MATT.pdf>, accesso in data 31/5/2005)
- Ministero della Salute (2004b) *Rapporto nazionale di monitoraggio dell'assistenza sanitaria. Anno 2001*. Roma (<http://www.ministerosalute.it/programmazione/lea/sezPrestazioni.jsp?label=rmo>, accesso in data 10/6/2005)
- Ministero della Salute - Dir. Gen. della Programmazione sanitaria (2004c) *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – dati SDO 2002*, Roma (<http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/sezDocumenti.jsp?.id=79&label=osp>;

- http://www.ministerosalute.it/programmazione/resources/documenti/sdo/rel_2002.pdf
- Ministero della Salute – Direzione Generale dei farmaci e dei Dispositivi Medici (2004d), *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2003*, Giugno 2004, Roma (<http://www.ministerosalute.it/dettaglio/pdNews.jsp?area=medicinali-osmed&colore=3&id=594>; http://www.ministerosalute.it/medicinali/resources/documenti/osmed/rapporti/osmed_2003.pdf)
- Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria (2004e) *Rilevazione nazionale degli interventi in tema di liste e tempi di attesa delle Aziende Usl ed ospedaliere* – 2002. Roma (http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_bacheca_32_listaelencodocumenti_elenco_1_listadocumenti_documento2_listafile_file6_linkfile.pdf).
- Ministero della Sanità – Centro Studi (1995) *Tutela della salute degli anziani: materiali e indirizzi per l'attuazione del progetto-obiettivo*. Roma, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato.
- Ministero dell'Interno (2002) *Problematiche e iniziative relative alla popolazione anziana in Italia e censimento delle strutture* (volume e CD). Roma.
- Ministero dell'Interno (2004) *Anziani. Censimento delle strutture residenziali, non residenziali e centri studio/Università*. Roma (volume n.5, 2004, in stampa e CD).
- Nesti G., Campostrini S., Garbin S., Piva P., Di Santo P., Tunzi F. (2004) Providing integrated health and social care for older persons in Italy, in Leichsenring K., Alaszewski A.M. (eds.) *Providing integrated health and social care for older persons*. Ashgate, Aldershot, 371-413.
- OECD (2004) *Ageing and employment policies*. Organisation for Economic Cooperation and Development, Paris.
- Office for National Statistics (ONS) (2005) *GHS user group: Transition to a longitudinal general household survey – GHS(L)*. London (<http://www.esds.ac.uk/government/ghs/links/GHSpaper.pdf>).
- OSA (2005): www.osaumbria.it.
- Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane (2003), *“Rapporto Osservasalute 2003. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane”*, Vita e Pensiero, Milano.
- Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane (2004) *Rapporto Osservasalute 2004. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Vita e Pensiero, Milano.
- Palazzo F. (2004) *Il modello organizzativo dell'Osservatorio per le Politiche Sociali (OPS): una rete integrata di osservatori*. Relazione presentata alla Seconda Conferenza Regionale sulle Politiche Sociali, Loreto, 23 gennaio 2004.
- Palomba R., Misiti M., Sabatino D. (a cura di) (2001) *La vecchiaia può attendere. Immagini, aspettative e aspirazioni degli anziani italiani*. IRP-CNR, Collana Quaderni Demotrends, 1° marzo.
- Palumbo F. (2005) *Innovatività del progetto “I Mattoni del SSN”*. Relazione presentata al seminario “I Mattoni del SSN”, Roma, 18 gennaio 2005 (http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/248/mattoni_palumbo.ppt, accesso in data 01/06/2005).
- Pasquinelli S. (2000), Il sistema informativo sociale. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 20-22, 40-43.

- Pellegrini L. (2005) *Relazione presentata il 15 marzo 2005 presso la Camera dei Deputati in occasione di un convegno sul paziente oncologico anziano*. Roma.
- Pesaresi F. (2003) La governance dei Piani sociali di zona. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 33, 20, 1-7.
- Petretto A., Lorenzini S., Sciclone N. (2003) Il processo di decentramento sanitario tra passato e futuro, in Fiorentini G. (a cura di) *I servizi sanitari in Italia - 2003*. Bologna, Il Mulino, 39-72.
- Piperno A. (2002) Avremo le risorse per curarci? *Economia & Lavoro*, 36, 119-146.
- Polverini F., Lamura G. (2004) *Labour supply in care services. National report on Italy*. INRCA, Ancona.
- Pomo V. (2005) “*Mattoni 13*”: assistenza primaria e prestazioni domiciliari. Relazione presentata al seminario “I Mattoni del SSN”, Roma, 18 gennaio 2005 (http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/248/mattoni_pomo.ppt, accesso in data 01/06/2005).
- Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per gli Affari Sociali (1998) *Relazione biennale al parlamento sulla condizione dell’anziano 1996-1997*, Roma.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento degli Affari Sociali (2000) *Relazione biennale al Parlamento sulla condizione dell’anziano 1998-1999*, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Roma.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri (2001) *Accordo quadro tra il Ministro della sanità, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per lo sviluppo del nuovo sistema informativo sanitario nazionale*. Seduta del 22 febbraio, Repertorio Atti Conferenza Unificata n. 1158. Roma (<http://www.governo.it/backoffice/allegati/13400-144.pdf>, accesso in data 30/5/2005).
- Presidenza del Consiglio dei Ministri (2003) *Indirizzi per l’attività dell’Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali*. Seduta del 9 giugno, Repertorio Atti Conferenza Unificata n. 662. Roma (http://www.assr.it/normativa%20di%20riferimento/Assr%20ord%20e%20comp_nuovi%20indirizzi.pdf, accesso in data 27/5/2005).
- Presidenza del Consiglio dei Ministri (2003a) *Proposta del Ministro della Salute di individuazione [...] del progetto per la costruzione di classificazioni, codifiche, metodologie comuni per il Servizio Sanitario Nazionale (progetto “Mattoni SSN”) [...]*. Roma (<http://www.governo.it/backoffice/allegati/21255-1791.pdf> accesso in data 31/5/2005).
- Principi A., Marana J., Beladi C. (2004) *Progetto CEIL. Contribuire all’uguaglianza nella Vita Indipendente*. INRCA, Ancona.
- Ragioneria Generale dello Stato (2004) Tessera Sanitaria: il decreto che estende la sperimentazione. *Gazzetta Ufficiale* (http://www.rgs.mef.gov.it/Norme-e-do/Spesa-soci/Ressera-Sa/Tessera-Sanitaria-pubblicato-in-GU-i.doc_cvt.asp, accesso in data 10 gennaio 2005).
- Regolamento CE n. 1983/2003 della Commissione (2003) Regolamento (CE) N. 1983/2003 della Commissione del 7 novembre 2003 recante l’attuazione del regolamento 1177/2003 del Parlamento Europeo e del Consiglio relativo alle statistiche comunitarie sul reddito e sulle condizioni di vita (EU-SILC) per quanto riguarda l’elenco delle variabili target primarie. *Gazzetta Ufficiale dell’Unione Europea*, n. 298 del 17.11.2003, 34-85 (<http://europa.eu.int/eur>

- [lex/pri/it/oj/dat/2003/l_298/l_29820031117it00340085.pdf](http://lex.pri.it/oj/dat/2003/l_298/l_29820031117it00340085.pdf), accesso in data 19/5/2005).
- Regolamento CE n. 15/2005 della Commissione (2003) Regolamento (CE) N. 15/2005 della Commissione del 6 gennaio 2005 recante applicazione del regolamento CE n. 1177/2003 del Parlamento Europeo e del Consiglio relativo alle statistiche comunitarie sul reddito e sulle condizioni di vita (EU-SILC) per quanto riguarda l'elenco delle variabili target primarie secondarie relative alla "partecipazione sociale". *Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea*, n. 5 del 7.1.2005, 5-9 (http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/it/oj/2005/l_005/l_00520050107it00050009.pdf, accesso in data 23 maggio 2005).
- Roti L., Gini R. (2004) *Identificazione di un set di indicatori relativi alla qualità dell'assistenza negli anziani*. Comunicazione presentata al convegno "Gli indicatori di salute e di performance del sistema sanitario in Italia. Roma, Istituto Superiore di Sanità, 14-15 giugno 2004 (<http://www.epicentro.iss.it/problemi/indicatori/pdf/ROTI-GINI%20PRESENT..pdf>, accesso in data 19 maggio 2005)
- Sabbadini L.L. e Cialesi R. (2004) *Le indagini socio-sanitarie dell'ISTAT. Aspetti innovativi per migliorare l'informazione statistica pubblica*. Comunicazione presentata al convegno "Gli indicatori di salute e di performance del sistema sanitario in Italia. Roma, Istituto Superiore di Sanità, 14-15 giugno 2004 (<http://www.epicentro.iss.it/problemi/indicatori/pdf/SABBADINI-CRIALESI.ppt>, accesso in data 19 maggio 2005)
- Salvioli G. (2005) Il Piano nazionale della prevenzione, la medicina geriatrica e gli anziani fragili. *Bollettino della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria*, 6, 5.
- Savi I., Buldo B., D'Aprile F., Pasquali Coluzzi M. (2003) *Completezza e qualità dell'informazione statistica ufficiale e assetti istituzionali ed organizzativi. Una rassegna*. Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Commissione di Garanzia per l'Informazione Statistica (http://www.governo.it/Presidenza/statistica/attivita/rapporti/2003/0301Sistan_Finale.doc, accesso in data 23/5/2005).
- Senato della Repubblica (2002) *Istituzione della Commissione parlamentare per l'anziano e dell'Osservatorio nazionale per l'anziano*. Atto del Senato n. 1614 del 22 agosto 2002. Roma (<http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=Ddlpres&leg=14&id=26243>, accesso in data 6/6/2005)
- Senato della Repubblica (2003) *Istituzione della Commissione parlamentare per l'anziano e dell'Osservatorio nazionale per l'anziano*. Atto del Senato n. 2658 del 25 marzo 2003. Roma (<http://www.senato.it/leg/14/BGT/Schede/Ddliter/17398.htm>, accesso in data 6/6/2005)
- Shye D., Mullooly J.P., Freeborn D.K., Pope C.L. (1995) Gender Differences in the Relationship Between Social Network Support and Mortality: A Longitudinal Study of an Elderly Cohort, *Social Science and Medicine*, 41, 7, 935-947.
- Socci M., Melchiorre M.G., Quattrini S., Sirolla C., Lamura G. (2001) L'assistenza domiciliare agli anziani fornita da personale immigrato. Un'alternativa alle forme di sostegno informali ed una risorsa per le strategie di intervento socio-assistenziali, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 13, 12-16.

- Solipaca A. (2003) Gli utenti e l'accessibilità ai servizi sanitari. *Politiche Sanitarie*, 4, 4, 153.
- Solipaca A. (2004) Consumi sanitari a pagamento: il profilo della domanda, in Sabbadini L.L. e Costa G. (a cura di) *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute*. Roma, ISTAT, 141-152.
- Speciale R. et al. (2005) Dalla dis-carica alla presa in carico delle persone con disabilità e delle loro famiglie, *La Rosa Blu*, 1 (numero monografico).
- Taroni F. (2003) Proiezioni demografiche e politiche sanitarie, in Fiorentini G. (a cura di) *I servizi sanitari in Italia*, Il Mulino, Bologna, 105-138.
- Tartari M.E. (2004) *Le linee di attività del Servizio Sistema Informativo Statistico nel settore sociale*. Ancona, Regione Marche.
- Tavolo di monitoraggio e verifica sui livelli essenziali di assistenza sanitaria (2003) *Relazione per la presentazione dei dati rilevati nell'anno 2001* (presentata il 24 luglio 2003). Roma (http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/LEA/relazione_attivita240703.html, accesso in data 7/6/2006)
- Tavolo di monitoraggio e verifica sui livelli essenziali di assistenza sanitaria (2003a) La prima mappa dettagliata delle prestazioni e dei costi. *Monitor*, 5, 11-23.
- Tavolo di monitoraggio e verifica sui livelli essenziali di assistenza sanitaria (2004) Regione per regione i dati 2002. *Monitor*, 10, 8-33.
- Tilquin G., Vanderstraeten (1987) Québec Canada. In: Hanau C. (a cura di) *I nuovi vecchi : un confronto internazionale*. Rimini, Maggioli.
- Tomassini C., Glaser K. (2003) Condividere spazio abitativo ed assistenza: differenze di genere fra gli anziani non sposati in Italia e Gran Bretagna, in Pinnelli A., Rettaroli R. e Racioppi F. (a cura di) *Genere e demografia nei paesi sviluppati*, Il Mulino, Bologna, 393-412.
- Tomassini C (2004) Data Needs for and Ageing Population, *Population Trends*, 118, 23-30.
- Tomassini C, Glaser K, Wolf D A, Broese van Groenou M I, Grundy E (2004) Living arrangements among older people: an overview of trends in Europe and the USA. *Population Trends* 115, pp 24-34.
- Trabucchi M. (2005) Alla ricerca di un pensiero forte nella cura della persona anziana, in Gensini G.F., Rizzino P., Trabucchi M., Vasara F. (a cura di) *Rapporto Sanità 2005. Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari*. Il Mulino, Bologna, 43-62.
- Tragnone A., Di Ciompo S., Hanau C. (1999) Relazione fra indicatori di non autosufficienza e fabbisogno di cure di pazienti a domicilio. *Geriatrics*, XI, 5, 321-334.
- Tragnone A., Tomba G., Bernardi M., Moscardelli S. Hanau C. (2000) Quantificazione dei bisogni socio-assistenziali per la corretta programmazione della rete dei servizi agli anziani (ex l. 5/94). *Geriatrics*, XII(S), 5, 160-161.
- UNECE (2005) *Care provision in ageing societies: what are the policy challenges and how to address them?* Draft report of the workshop held in Malta on 21-25 May 2005. Geneva.
- United Nations (2005) *World Population Prospects: The 2004 Revision – Highlights*. (<http://www.eldis.org/static/DOC14461.htm>, data di accesso: 15/3/2005).

- Vaccaro M.C. (2005) L'anziano e le sue scelte: un'indicazione per i servizi, in Gensini G.F., Rizzino P., Trabucchi M., Vasara F. (a cura di) *Rapporto Sanità 2005. Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari*. Il Mulino, Bologna, 63-76.
- Walker A. (2005) Quality of life in older age in Europe, in Walker A. (a cura di.) *Growing older in Europe*, Open University Press, Maidenhead/New York, 1-29.
- Walker a. et al. (1993) *Older People in Europe: Social and Economic Policies*. Report of the European Observatory, Commission of the European Communities, Brussels.
- Warnes A. M. (1993) Being old and the burdens of burden. *Ageing and Society*, 13, 3, 297-338.
- World Health Organisation (2002) *Towards a common language for functioning, disability and Health: ICF*. Geneva (<http://www3.who.int/icf/beginners/bg.pdf>, accesso in data 30/6/2005).
- WHO (1959) *The Public Health Aspects of the Aging of the Population*, World Health Organisation Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Zuccaro S.M., Palleschi L. (2004) L'impatto del ricovero sulla persona anziana, in FNP-CISL (a cura di) *Anziani 2003-2004. Realtà e attese. Quinto rapporto sulla condizione della persona anziana*. Roma, Edizioni Lavoro, 169-182.
- Zucchetti E. (a cura di) (2004) *La regolarizzazione degli stranieri. Nuovi attori nel mercato del lavoro italiano*. ISMU - Franco Angeli, Milano.

SERIE “RAPPORTI DI INDAGINE”

- 93.01 Valutazioni di procedure di oscuramento delle informazioni individuali e di canoni di pubblicazione di informazioni a minimo rischio di individuazione, (*M. Angrisani*)
- 93.02 Gli investimenti pubblici: problemi di contabilità pubblica e di contabilità nazionale, (*G. Trupiano*)
- 93.03 Investimenti pubblici lordi e netti: problemi analitici, (*V. Selan*)
- 93.04 L'indice dei prezzi al consumo in Italia, (*F. Franceschini, G. Marliani, M. Martini*)
- 94.01 Privatizzazione e sistema statistico nazionale, (*G. Di Gaspare*)
- 94.02 Stato delle statistiche sociali in Italia, (*G.B. Sgritta*)
- 94.03 Statistica sociale e Statistiche sociali, (*L. Bernardi*)
- 94.04 Prospettive preliminari per possibili analisi longitudinali nella statistica ufficiale italiana, (*U. Trivellato, G. Ghellini, C. Martelli, A. Regoli*)
- 94.05 Analisi di alcune caratteristiche del Programma Statistico Nazionale 1995-1997, (*D. Cotzia, S. D'Andrea, E. Mastantuoni*)
- 94.06 Verifica dei ritardi rispetto alle previsioni di stampa delle pubblicazioni ISTAT negli anni 1993 e 1994, (*D. Cotzia*)
- 94.07 Analisi sulla tempestività della Produzione di informazione statistica (Esame di alcune rilevazioni ed elaborazioni dell'Istat), (*D. Cotzia*)
- 94.08 La suddivisione territoriale della spesa pubblica per investimenti, (*G. Trupiano*)
- 94.09 Il consolidamento della spesa pubblica per investimenti, (*G. Trupiano*)
- 94.10 Investimenti netti, ammortamenti e spese di manutenzione. Stock di capitale: un'ipotesi censuaria, (*V. Selan*)
- 94.11 Le spese per investimenti nelle statistiche Eurostat sui conti delle amministrazioni pubbliche, (*M. Colazingari*)
- 94.12 Gli investimenti pubblici del Comune di Roma, (*P. Palmarini*)
- 94.13 La revisione del Sistema dei Conti Nazionali: problemi e prospettive per l'Italia, (*B. Bracalente, G. Carbonaro, M. Carlucci, M. Di Palma, L. Esposito, G. Ferrari, R. Zelli*)

- 94.14 La tutela della riservatezza e l'identificazione dei rispondenti alle rilevazioni statistiche svolte nell'ambito del Sistan: rapporto preliminare, (*M. Angrisani, L. Buzzigoli, A. Giusti, L. Grassini, G. Marliani*)
- 94.15 I dati statistici produttivi di effetti giuridici determinati e la loro sindacabilità, (*G. Manto*)
- 94.16 Ufficialità del dato e Programma Statistico Nazionale, (*G. D'Alessio*)
- 94.17 Valutazioni preliminari sulla qualità dei dati dell'ultimo censimento generale della popolazione e delle abitazioni, (*G. De Santis, A. Bonaguidi, A. Santini*)
- 94.18 La revisione del Sistema dei Conti Nazionali: problemi e prospettive per l'Italia - rapporto finale, (*B. Bracalente, G. Carbonaro, M. Carlucci, M. Di Palma, L. Esposito, G. Ferrari, R. Zelli*)
- 95.01 Classificazione delle province italiane in clusters e determinazione delle province outliers in riferimento alle correzioni degli errori di coerenza e di range del censimento dell'agricoltura 1991, (*S. D'Andrea*)
- 95.02 La qualità dei dati dell'ultimo censimento generale della popolazione e delle abitazioni, (*G. De Santis, S. Salvini, A. Santini*)
- 95.03 Stato delle Statistiche sociali in Italia - Sintesi del rapporto, (*G. B. Sgritta*)
- 95.04 Lo Stato dell'informazione statistica nei comuni e negli altri enti territoriali intermedi del Sistan: le province di Ferrara e Siena, (*A. Buzzi Donato, I. Drudi, M.R. Ferrante, C. Filippucci, G. Gesano, G. Ghellini, T. Giovani, A. Lemmi*)
- 95.05 Analisi delle funzioni del Sistema di Informazione Geografica-GISCO della Commissione delle Comunità Europee, (*E. Mastantuoni*)
- 95.06 Stato ed evoluzione delle statistiche ambientali in Italia, (*L. Fabbris, M. Lo Cascio*)
- 95.07 Rapporto sugli aspetti statistici nella Legislazione Ambientale - I. Aria, (*S. Bordignon, A. C.S. Capelo, G. Lovison, G. Masarotto*)
- 95.08 Il Sistema Statistico delle Imprese in Italia: rapporto preliminare, (*S. Biffignandi, M. Pratesi, T. Proietti, L. Schionato*)
- 95.09 Prospettive per possibili analisi longitudinali nella statistica ufficiale italiana, (*U. Trivellato, G. Ghellini, C. Martelli, A. Regoli*)
- 95.10 Per una estensione dei compiti della Commissione per la Garanzia dell'informazione statistica, (*G. Calvi, M.T. Crisci, S. Draghi, L. Ferrari, A. Rizzi*)

- 95.11 Rapporto sugli aspetti statistici nella legislazione ambientale - II. Rumore, (*S. Bordignon, A. C.S. Capelo, G. Lovison, G. Masarotto*)
- 95.12 Innovazioni integrazioni nel sistema dei conti nazionali: Problemi aperti e soluzioni possibili - Sintesi e suggerimenti -, (*B. Bracalente, G. Carbonaro, M. Carlucci, M. Di Palma, L. Esposito, G. Ferrari, R. Zelli*)
- 95.13 Disaggregazione spaziale e temporale delle statistiche ufficiali sulla qualità dell'aria, (*L. Fabbris*)
- 95.14 Disaggregazione spaziale e temporale delle statistiche ufficiali sulla qualità delle acque, (*L. Fabbris*)
- 95.15 L'esercizio della funzione statistica a livello locale: lo stato degli uffici di statistica comunali dopo il d.lgs. n.322/89, (*G. Manto*)
- 95.16 Gli uffici di statistica dei Ministeri, (*C. Gallucci*)
- 95.17 Le statistiche comunitarie e le statistiche nazionali: evoluzione, coordinamento, integrazione e processi di uniformazione, (*G. Di Gaspare*)
- 95.18 Organizzazione ed attività statistica delle regioni nel contesto del Sistan, (*G. D'Alessio*)
- 96.01 Rapporto sullo stato dell'informazione statistica nei comuni della provincia di Bari, (*C. Cecchi, V. Nicolardi, A. Pollice, N. Ribecco*)
- 96.02 Sistemi Nazionali di statistica: loro organizzazione e funzionamento in alcuni paesi dell'unione europea, (*B. Carelli*)
- 96.03 L'attività delle amministrazioni centrali dello Stato per il programma statistico nazionale del triennio 1996-98, (*G. Filacchione*)
- 96.04 Rapporto sugli aspetti statistici nella legislazione ambientale - III. Dati mancanti -, (*S. Bordignon, A.C.S. Capelo, G. Lovison, G. Masarotto*)
- 96.05 Osservatorio Statistico Locale: Studio di un modello per il Sistan, (*P. Bellini, S. Campostrini, T. Di Fonzo, M.P. Bellini*)
- 96.06 La tutela della riservatezza e l'identificazione dei rispondenti alle rilevazioni statistiche svolte nell'ambito del Sistan - rapporto finale, (*M. Angrisani, L. Buzzigoli, A. Giommi, A. Giusti, L. Grassini, G. Marliani*)
- 96.07 Analisi dell'organizzazione e delle iniziative del Sistan - Esame delle pubblicazioni presenti nel Catalogo Sistan 1994, (*A. De Nardo, S. Sagramora*)
- 96.08 Sistema Statistico delle Imprese, (*S. Biffignandi, M. Pratesi, T. Proietti, L. Schionato*)

- 96.09 Monitoraggio della diffusione dei dati riguardanti alcuni indicatori dell'Istat su prezzi, lavoro e commercio con l'estero, (*A. De Nardo, E. Mastantuoni, M. Notarnicola, S. Sagramora*)
- 96.10 Monitoraggio della qualità e tempestività dell'indice della produzione industriale, (*V. Napoli, F. Tagliaferro*)
- 96.11 La qualità dei dati del VII censimento dell'industria e dei servizi: alcune valutazioni dal punto di vista dell'utilizzatore, (*R. Guarini, R. Zelli*)
- 96.12 Analisi del processo di revisione corrente delle stime provvisorie dei dati del Commercio con l'Estero, (*E. Mastantuoni, S. Sagramora*)
- 96.13 Prime indagini sull'accesso ai dati statistici individuali nell'ambito del Sistan, (*L. Buzzigoli, C. Martelli, N. Torelli*)
- 97.01 Interconnessione di basi di dati: problemi di sfruttamento statistico, (*A. Cortese*)
- 97.02 La formazione statistica nelle amministrazioni dello Stato: profili comparativi ed elementi propositivi, (*F. Covino*)
- 97.03 Rapporto sull'autonomia degli uffici di statistica nelle amministrazioni centrali dello Stato, (*F. Covino*)
- 97.04 Rapporto sulle regioni e le province autonome nel sistema statistico nazionale, (*N. Belvedere*)
- 97.05 Il sistema statistico europeo. Stato attuale e possibile riforma, (*I. Savi*)
- 97.06 Rapporto preliminare sulla statistica in Francia e nel Regno Unito, (*E. Marotta*)
- 97.07 Verifica della programmazione nell'attività del Sistan e dell'attività di vigilanza, (*F. Bigazzi*)
- 97.08 Indagine sulle statistiche della Sanità, (*P. Golini*)
- 98.01 Evoluzione e prospettive della statistica comunitaria: un aggiornamento, (*I. Savi*)
- 98.02 L'incidenza sul SISTAN delle leggi di riforma amministrativa e della disciplina in materia di privacy, (*N. Belvedere, I Savi*)
- 98.03 Analisi sullo stato di attuazione degli uffici di statistica dei comuni. Analisi preliminari e progetto di rilevazione, (*A. De Nardo, M. Notarnicola*)
- 98.04 Documentazione statistica su fenomeni di emarginazione sociale: offerta e fabbisogni: Tossicodipendenze, (*B. Colombo, G. Filacchione*)

- 98.05 Analisi delle caratteristiche dei non rispondenti con riferimento alle principali indagine campionarie sulle famiglie condotte dall'ISTAT, (*E. Mastantuoni, S. Sagramora, F. Tagliaferro*)
- 98.06 La razionalizzazione della statistica giudiziaria, (*F. Giusti, S. Andreano, M. Fabri, V. Napoli, R. Santoro*)
- 99.01 Validità e qualità degli indici dei prezzi al consumo. *Atti del Seminario, Roma, 12 dicembre 1997*
- 99.02 Analisi della disponibilità delle statistiche di genere, (*M.E. Graziani*)
- 99.03 La razionalizzazione della statistica giudiziaria - Rapporto finale, (*F. Giusti, S. Andreano, M. Fabri, V. Napoli, R. Santoro*)
- 99.04 Le procedure di destagionalizzazione di serie storiche economiche: esperienze internazionali e pratica nell'ambito dell'Istat, (*T. Di Fonzo, B. Fischer, T. Proietti*)
- 99.05 Lo stato dell'informazione statistica sul lavoro, con particolare riguardo alla partecipazione al lavoro ed a retribuzioni e costo del lavoro, (*G. Faustini, E. Rettore, P. Sestito*)
- 99.06 Analisi delle caratteristiche dei non rispondenti con riferimento alle principali indagini campionarie sulle famiglie condotte dall'Istat, (*E. Mastantuoni, S. Sagramora*)
- 99.07 Statistiche dei rifiuti, (*L. Fabbris, G. Nebbia*)
- 99.08 Problemi di adeguamento della legislazione italiana alla normativa comunitaria e internazionale sulla tutela della riservatezza di dati personali utilizzati per finalità statistiche, (*N. Belvedere, I. Savi, F. Tufarelli*)
- 99.09 Stato di attuazione degli uffici di statistica dei comuni, (*A. De Nardo, M. Notarnicola*)
- 99.10 Il confronto tra censimento ed anagrafe: per un maggior grado di coerenza tra le due fonti, (*L. Ciucci, G. De Santis, M. Natale, M. Ventisette*)
- 99.11 Censimenti economici e schedari delle imprese, (*R. Castellano, C. Quintano, G. Screpis, F. Tassinari*)
- 99.12 Accesso ai dati statistici individuali: l'esperienza di altri paesi, (*L. Buzzigoli, C. Martelli, N. Torelli*)
- 00.01 Analisi della qualità delle operazioni sul campo con riferimento alle principali indagini campionarie dell'Istat sulle famiglie, (*C. Filippucci, B. Buldo, V. Napoli, R. Bernardini Papalia*)

- 00.02 Analisi delle procedure di correzione/imputazione utilizzate dall'Istat nelle principali indagini sulle famiglie: volume I, (*L. Fabbris, C. Panattoni, M. Graziani*)
- 00.03 Analisi delle procedure di correzione/imputazione utilizzate dall'Istat nelle principali indagini sulle famiglie: volume II, (*C. Panattoni, M. Graziani, D. Cotzia*)
- 00.04 Indicatori per l'analisi dell'attività della giustizia, in particolare della giustizia amministrativa, (*V. Napoli, N. Belvedere, I. Savi*)
- 00.05 Rilevazione delle attività e delle strutture con compiti di raccolta di informazioni statistiche nelle Pubbliche Amministrazioni, (*B. Buldo, G. Amendola, F. Ballacci, L. Cataldi, C. Fabi, V. Napoli, C. Panattoni*)
- 00.06 Verso la trasparenza dei dati sulla distribuzione commerciale e i consumi delle famiglie italiane, (*G. Marbach, M. Barile, M. Carlucci, V. de Martino*)
- 01.01 Completezza e qualità delle informazioni statistiche utilizzabili per la valutazione della spesa pensionistica, (*F. Peracchi, E. Barbi, A. Brugiavini, T. Tamborrini, E. Viviano*)
- 01.02 L'esperienza in tema di indagini multiscopo e dell'European Community Household Panel (ECHP): lezioni e indicazioni nella prospettiva di un'indagine panel sulle famiglie, (*A. Schizzerotto, H.P. Blossfeld, B. Buldo, A. D'Agostino, G. Ghellini, V. Napoli*)
- 01.03 L'informazione economica congiunturale a livello locale, (*S. Casini Benvenuti, R. Ricci*)
- 01.04 I conti economici regionali: alcune possibili estensioni, (*G. Carbonaro, F. Tenna, R. Zelli*)
- 02.01 Attuazione del SEC95: stato delle iniziative, programmi, prevedibili sviluppi e suggerimenti, (*M. Di Palma, C. Lupi, G. Pellegrini, G. Parigi*)
- 02.02 Misure di inflazione e sistema di monitoraggio prezzi: esperienze e prospettive, (*G.M. Gallo, L. Buzzigoli, B. Pacini, C. Martelli*)
- 02.03 Definizione di un set di indicatori per il monitoraggio e la valutazione dell'attività sanitaria, (*P. Bellini, M. Braga, S. Rodella, E. Vendrani, V. Rebba*)
- 02.04 Realizzazione del Sistan e costituzione di uffici di statistica (o simili) estranei al sistema, (*I. Savi, V. Napoli, C. Panattoni*)
- 02.05 L'articolazione territoriale delle piccole e medie imprese. Un'analisi delle informazioni statistiche concernenti la gestione industriale,

- finanziaria e la dinamica dimensionale delle imprese manifatturiere, (*A. Giannola, L. Cataldi, A. Lopes, G. Marini, N. Netti, P. Senesi*)
- 02.06 Le statistiche sugli investimenti diretti esteri e sull'attività delle imprese multinazionali, (*N. Acocella, F. Reganati, M.G. Paziienza*)
- 02.07 Atti del Seminario: "Indicatori per il monitoraggio e la valutazione dell'attività sanitaria", (*Roma, 19 giugno 2002*)
- 02.08 Censimenti 2000-2001, (*C. Filippucci, F. Ballacci, B. Buldo, L. Cataldi, L. Ciucci*)
- 02.09 *Action Plan* comunitario e indicatori congiunturali, (*T. Di Fonzo, A. Gavosto, F. Lisi, G. Parigi*)
- 02.10 Indagini sul clima congiunturale e le aspettative degli imprenditori, (*F. Giusti, I. Faiella, E. Giovannini, S. Nisticò, A. Russo*)
- 02.11 La rilevazione delle migrazioni internazionali e la predisposizione di un sistema informativo sugli stranieri, (*S. Strozza, F. Ballacci, M. Natale, E. Todisco*)
- 02.12 Il campionamento da liste anagrafiche: analisi degli effetti della qualità della base di campionamento sui risultati delle indagini, (*G. Leti, G. Cicchitelli, A. Cortese, G.E. Montanari*)
- 03.01 Completezza e qualità dell'informazione statistica ufficiale e assetti istituzionali e organizzativi. Una rassegna, (*I. Savi, B. Buldo, F. D'Aprile, M. Pasquali Coluzzi*)
- 03.02 Impegni connessi a indicazioni comunitarie nell'area delle statistiche del lavoro, (*A. Amendola, B. Buldo, E.F. Caroleo, S. Destefanis, E. Rettore*)
- 04.01 L'informazione statistica per le politiche ambientali: stato e prospettive, (*M. Carlucci, G. Arbia, L. Cataldi, G. Lovison, D. Mendola, P. Postiglione*)
- 04.02 Statistiche sulle attività culturali, (*M.C. Turci, G. Arangio Ruiz, A. Di Maio, C. Panattoni, P. Rostirolla*)
- 04.03 Indicatori statistici sulla società dell'informazione, (*A.C. Freschi, G. Giacomello, L. Picci, S. Taratufolo, R. Zarro, G. Zezza*)
- 04.04 Stato ed evoluzione delle statistiche dell'istruzione in Italia, (*A. Cammelli, B. Buldo, A. Busetta, A. di Francia*)
- 04.05 Completezza e qualità dell'informazione statistica in materia di nascite e decessi, (*F. Rossi, F. Ballacci, F. Bonarini, M. Castiglioni, E. Migliorini*)

- 05.01 Le statistiche sulle esportazioni delle imprese italiane, (*R. Helg, M. Bugamelli, A. Falzoni, P. Morone, F. Reganati, S. Torrisi*)
- 05.02 Metodologia di misurazione dei distretti industriali, (*G. Giovannetti, N. Boccella, G. Mion, G. Scanagatta, L.F. Signorini*)
- 05.03 L'informazione statistica sull'assistenza agli anziani, (*G. Lamura, C. Gori, C. Hanau, F. Polverini, A. Principi, C. Tomassini*)

Il presente rapporto di indagine è stato riprodotto nel mese di novembre 2006.