

## **Comitato per la protezione sociale**

### **Questionario su assistenza sanitaria e cure a lungo termine per le persone anziane**

#### **1. ACCESSIBILITA'**

##### **1.1. ASSISTENZA SANITARIA**

###### **1.1.1. Meccanismi che garantiscono l'accesso**

Il Servizio sanitario nazionale (SSN) italiano è un sistema pubblico di carattere universalistico e solidaristico, che garantisce l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini assicurando l'accesso ai servizi nel rispetto dei principi della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso, della qualità e dell'appropriatezza delle cure e dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Il SSN strutturato in tre distinti livelli:

- il Ministero della salute ha compiti di pianificazione strategica, indirizzo e vigilanza;
- le Regioni hanno competenza esclusiva nella regolamentazione ed organizzazione dei servizi, nel rispetto dei principi generali fissati dalle leggi dello Stato, ed assegnano i finanziamenti alle Aziende sanitarie locali;
- le Aziende sanitarie locali (ASL) sono le strutture del SSN che assicurano l'assistenza sanitaria attraverso proprie strutture operative acquistando le prestazioni a favore dei propri assistiti dalle strutture sanitarie pubbliche (aziende ospedaliere, policlinici universitari, istituti di cura e di ricerca) o private accreditate (case di cura, ambulatori e laboratori). Tutte le strutture che operano nell'ambito del SSN o per conto del SSN devono essere in possesso di specifici requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi individuati dal d.P.R. 14 gennaio 1997.

Il Servizio sanitario nazionale è finanziato attraverso la fiscalità generale e, in particolare, attraverso imposte dirette (addizionale IRPEF ed IRAP) ed indirette (compartecipazione all'IVA, accise sulla benzina) il cui gettito rappresenta un'entrata propria delle Regioni, e residuali trasferimenti erariali. Inoltre, le aziende sanitarie locali dispongono di entrate dirette derivanti dai ticket sanitari e dalle prestazioni rese a pagamento.

I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate.

Il Servizio sanitario nazionale garantisce, in condizioni di uniformità, i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri

del 29 novembre 2001) attraverso le risorse finanziarie pubbliche nella quota destinata all'assistenza sanitaria.

Le prestazioni incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono riconducibili alle seguenti aree di offerta:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- assistenza distrettuale, che include l'assistenza medica di base (anche a domicilio), l'assistenza farmaceutica, l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza territoriale domiciliare, ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale (assistenza sanitaria e socio sanitaria agli anziani, ai disabili, ai pazienti psichiatrici, AIDS, ecc.) la fornitura di protesi ed ausili, i prodotti dietetici a soggetti in condizioni particolari, le cure termali;
- assistenza ospedaliera.

Nell'ambito di queste tre aree è inclusa l'assistenza specifica rivolta a particolari categorie di cittadini o erogata in condizioni particolari.

I criteri di inclusione delle prestazioni sono quelli di essenzialità, efficacia e appropriatezza clinica.

Alcune prestazioni sono garantite gratuitamente:

- a) prestazioni di medicina generale e di pediatria di libera scelta;
- b) trattamenti erogati nel corso di ricovero ospedaliero;
- c) prestazioni specialistiche:
  - rese nell'ambito di programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva, o finalizzate alla tutela della salute collettiva;
  - indirizzate a categorie che godono di speciale tutela (donne in gravidanza, donatori di sangue ed organi, soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie o trasfusioni, persone a rischio di infezione per HIV);
  - finalizzate alla diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale femminile, del carcinoma e dei precancerosi del colon retto (art. 85, comma 4 e 5 della Legge n. 388/2000).
- d) i vaccini per le vaccinazioni non obbligatorie di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, nonché quelli previsti da programmi approvati con atti formali delle regioni nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive dell'infanzia;
- e) la fornitura di prodotti destinati ad una alimentazione particolare per i soggetti affetti da particolari stati morbosi (decreto ministeriale 8 giugno 2001);
- f) l'erogazione dei dispositivi (protesi, ortesi ed ausili tecnici) riportati negli elenchi allegati al decreto ministeriale 27 agosto 1999 n. 332, e secondo le modalità previste dallo stesso decreto;
- g) i farmaci essenziali e per il trattamento delle malattie croniche (classificati in fascia A) e i farmaci per i quali la Commissione Unica del Farmaco (CUF) ha definito le condizioni patologiche al cui trattamento terapeutico sono destinati.

Sono assoggettate a una quota di partecipazione al costo delle prestazioni:

- a) le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: gli assistiti sono tenuti al

pagamento delle prestazioni fino ad un massimo di 36,15 euro (£ 70.000) per ogni ricetta. Ciascuna ricetta può contenere fino ad 8 prestazioni della medesima branca specialistica (articolo 2 della legge n. 724/1994);

b) le cure termali;

e, su determinazione delle singole Regioni,

c) le prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e prive dei caratteri di emergenza o urgenza.

Sono esclusi dai Livelli essenziali di assistenza e a totale carico degli assistiti i farmaci non essenziali (classificati in fascia C).

Alcune categorie di cittadini sono esentati dal pagamento della quota di partecipazione:

**1) per età e per reddito** (articolo 8, comma 16 della Legge. 537/93):

- tutti i bambini che non hanno compiuto i 6 anni;
- tutti gli adulti che hanno compiuto i 65 anni purché appartenenti ad un nucleo familiare che nell'anno precedente ha avuto un reddito complessivo lordo inferiore a 36.151,98 euro (70 milioni);
- i titolari di pensione sociale non superiore a 280,77 euro (£. 543.650) al mese e familiari a carico;
- i titolari di pensione minima Inps non superiore a 516,46 euro al mese, (salvo maggiorazioni sociali) di età > 60 anni e loro familiari a carico;
- i disoccupati e familiari a carico, a condizione che facciano parte di un nucleo familiare con reddito lordo inferiore nell'anno precedente a 8.263,31 euro (16 milioni di lire) quando il nucleo familiare sia composto dal solo dichiarante, incrementato fino a 11.362,05 euro (22 milioni di lire) in presenza del coniuge e in ragione di ulteriori 516,46 euro (1 milione di lire) per ogni figlio a carico.

**2) per invalidità (civile, di guerra, per lavoro, per servizio** - articolo 6 del decreto ministeriale 1 febbraio 1991);

**3) per malattia cronica** (d. m. 28 maggio 1999, n. 329 “*Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell’articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124*”), o **per malattia rara** (d. m. 18 maggio 2001, n. 279 “*Regolamento di istituzione della Rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie ai sensi dell’articolo 5, comma 1, lettera b,) del decreto legislativo 29 aprile 1998 n.124*”).

Servizi e prestazioni particolarmente rivolte alle persone anziane:

Nell’ambito dei Livelli essenziali di assistenza, sono particolarmente rivolte alle

persone anziane i seguenti servizi e prestazioni:

- a) l'assistenza programmata a domicilio e l'assistenza domiciliare integrata: sono assicurate dai servizi distrettuali dell'azienda sanitaria locale e sono destinate ai soggetti anziani o con patologie che impediscono la mobilità del paziente. Oltre alla presenza periodica del medico di medicina generale, prevedono l'accesso al domicilio dello specialista, le prestazioni infermieristiche e di riabilitazione, l'assistenza sociale e se necessario l'aiuto domestico con il concorso dei Comuni. Il medico di medicina generale ha la responsabilità complessiva dell'intervento, coordina la presenza degli altri operatori sanitari e sociali, attiva le consulenze specialistiche (D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270).
- b) l'assistenza agli anziani non autosufficienti o parzialmente autosufficienti in regime semiresidenziale e residenziale, presso strutture protette a diversa intensità riabilitativa e assistenziale, che garantiscono le prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi gli interventi di sollievo (D.P.C.M. 14 febbraio 2001). Le strutture residenziali che presentano una particolare valenza nell'ambito sanitario sono le RSA (Residenze sanitarie assistenziali) definite come strutture destinate a soggetti non autosufficienti, non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche o neuropsichiatriche stabilizzate. L'invio presso le suddette strutture è promosso dalle Unità di valutazione geriatrica, di natura multidisciplinare, attivate presso le aziende sanitarie locali. Gli ospiti delle strutture in questione sono tenuti a versare un contributo a parziale copertura della retta, come corrispettivo delle prestazioni di natura assistenziale e tutelare e di comfort alberghiero. In caso di persone con difficoltà economiche, il Comune si assume il relativo onere.

### 1.1.2. Valutazione

Come criteri di valutazione dell'assistenza sanitaria erogata per soddisfare il bisogno sanitario che emerge dalla popolazione si utilizzano sistemi di indicatori. In un recente decreto del Ministero della salute (DM 12/12/2001) è stato proposto un set di indicatori per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria erogata dalle strutture del SSN, ed ulteriori indicatori per la descrizione dello stato di salute e del contesto socio-ambientale e demografico delle popolazioni di riferimento.

Gli indicatori proposti investono tutti i settori dell'assistenza sanitaria in termini di prevenzione, cura e riabilitazione sia a livello distrettuale che ospedaliero. Una quota consistente di indicatori è rivolta alla spesa sanitaria.

Solo alcuni indicatori, elencati di seguito, riflettono la presenza del fenomeno dell'invecchiamento demografico in atto in Italia e mirano l'attenzione sulle prestazioni tipicamente erogate nei confronti degli ultrasessantacinquenni:

- Giornate in strutture semiresidenziali e residenziali per l'assistenza agli anziani ogni 1.000 ab. di età maggiore o uguale a 65 anni
- Costo pro-capite per l'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale agli anziani

- Percentuale di anziani trattati in Assistenza domiciliare integrata
- Posti letto per 1.000 abitanti per riabilitazione e lungodegenza
- Peso medio del ricovero degli anziani
- Tasso di ospedalizzazione, nella popolazione anziana, per particolari procedure chirurgiche: cataratta, sostituzione dell'anca e bypass coronarico e angioplastica
- Giornate per l'assistenza riabilitativa, semiresidenziale e residenziale ogni 1.000 ab.
- Costo pro-capite per l'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale ai disabili
- Speranza di vita a 65 anni
- Speranza di vita libera da disabilità a 65 anni
- Tasso di prevalenza di alcune malattie croniche (diabete, artrosi, ecc.)
- Indice di invecchiamento demografico
- Percentuale di famiglie composte da un solo componente anziano.

Ulteriori indicatori sono comunque costruibili selezionando la variabile "età" nei flussi informativi disponibili o identificando le discipline ospedaliere rivolte alla cura delle persone anziane:

- Tasso di ospedalizzazione per la popolazione anziana
- Indice di fuga
- Posti letto di geriatria ogni 1.000 anziani
- Giornate di degenza della popolazione anziana
- Tasso di utilizzo nelle discipline di geriatria, lungodegenza
- Degenza media degli ultrasessantacinquenni
- Percentuale di ricoveri lunghi nelle discipline per acuti nella popolazione anziana
- Ricoveri prevenibili nella popolazione anziana per diabete e scompenso cardiaco
- Tasso di mortalità nella popolazione anziana
- Tasso di mortalità evitabile o per cause selezionate nella popolazione anziana

La disponibilità di flussi informativi nel Ministero della salute è sostanzialmente concentrata sull'attività ospedaliera, oltre che sui dati di struttura e sui dati economici del SSN. Sono in atto procedure per la realizzazione di un flusso informativo sulle prestazioni erogate dalle strutture residenziali e semiresidenziali rivolte all'assistenza sanitaria delle persone anziane, dei disabili e dei malati terminali.

Non sono, al momento, attivati flussi informativi sulle liste di attesa con distinzione per età.

Si riportano di seguito alcuni dati relativi all'Anno 2000

Percentuale di ultrasessantacinquenni trattati in Assistenza domiciliare integrata (ADI) 1,8%

Percentuale di ultrasessantacinquenni sul totale dei soggetti trattati in ADI	79% (*)
Posti letto per 1.000 abitanti per riabilitazione e lungodeg.:	0,5 (°)
Peso medio del ricovero degli anziani in degenza ordinaria:	1,34
in day hospital	0,89
Tasso di ospedalizzazione, nella popolazione anziana per:	
cataratta:	3096 per 100.000 ab.
sostituzione dell'anca:	504 per 100.000 ab.
bypass coronarico:	156 per 100.000 ab.
Angioplastica:	227 per 100.000 ab.

#### Tasso di ospedalizzazione

per la popolazione 65 – 74 anni: regime ordinario 294 per 1.000 ab.  
per la popolazione 75 anni e oltre: regime ordinario 441 per 1.000 ab.

Tasso di utilizzo nelle discipline di geriatria: 91,9 % (pubblico) (\*)  
lungodegenza 80,7 % (pubblico) (\*)

Degenza media 65 – 74 anni: 8,6 (acuti) (°°)  
75 anni e oltre: 9,4 (acuti) (°°)

Giornate in strutture semiresidenziali e residenziali di assistenza agli anziani: 3500  
per 1000 ab.

(\*) anno 1999

(°) pubblico + privato accreditato

(°°) pubblico + privato

#### 1.1.3. Difficoltà

Le principali difficoltà da affrontare per favorire l'accesso all'assistenza sanitaria sono:

- le liste di attesa per i ricoveri ospedalieri e per le prestazioni specialistiche ambulatoriali urgenti;
- le disuguaglianze nella qualità dei servizi assistenziali forniti in diverse aree e le migrazioni da una Regione all'altra per accedere alle prestazioni di eccellenza;
- le limitazioni nell'offerta di prestazioni al domicilio del paziente, sia per quanto riguarda l'ospedalizzazione domiciliare (che deve garantire alcuni servizi oggi erogabili solo all'interno dei presidi ospedalieri comprese le cure palliative, le terapie infusionali, la dialisi, ecc.) sia per quanto riguarda l'assistenza di base. In particolare vi sono difficoltà a garantire a tutti i

soggetti in condizione di fragilità l'integrazione delle cure primarie con le cure specialistiche e gli interventi di assistenza sociale.

Per quanto riguarda in particolare le persone anziane, le maggiori difficoltà attengono all'insufficiente distribuzione sul territorio delle strutture e dei servizi dedicati a questa fascia di utenti.

#### 1.1.4. Cambiamenti strategici previsti

Non vi è dubbio che il Servizio Sanitario Nazionale debba prepararsi a soddisfare una domanda crescente di assistenza di natura sostanzialmente diversa da quella tradizionale e caratterizzata da nuove modalità di erogazione, basate sui principi della continuità delle cure per periodi di lunga durata e dell'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali erogate in ambiti di cura molto diversificati tra loro (assistenza continuativa integrata).

Le categorie interessate a questo modello di assistenza sono, oltre ai pazienti cronici, i disabili, ai malati afflitti da dipendenze gravi e ai malati terminali, gli anziani, specialmente se colpiti dalla mancanza di autosufficienza o affetti dalle patologie della vecchiaia. Ciò è tanto più vero in Italia, dove l'incremento della popolazione anziana è tra le più alte al mondo.

Gli obiettivi di questa assistenza sono prevalentemente la stabilizzazione della situazione patologica in atto e la qualità della vita dei pazienti, raramente quelli della guarigione.

Deve pertanto svilupparsi, nel mondo sanitario, un nuovo tipo di assistenza basata su un approccio multidisciplinare, volto a promuovere i meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie rese sia dalle professionalità oggi presenti e sia da quelle nuove da sviluppare.

L'anziano vive meglio al proprio domicilio e nel contesto di una famiglia. Spesso, tuttavia, la famiglia ha difficoltà economiche e logistiche ad assistere in casa l'anziano che necessita di cure. E', quindi, necessario supportare la famiglia in questo compito. Ciò può essere effettuato direttamente dal Distretto, nel quale è prevista l'integrazione dei servizi sociali e sanitari, anche mediante il ricorso al voucher, o buono di sostegno economico, che consente alle famiglie o agli anziani stessi di acquistare, dove più ritengono opportuno, il servizio loro necessario. Tale strumento può attivare, mettendoli in competizione, erogatori pubblici e privati accreditati in base alla pianificazione dell'azienda USL.

Un utile strumento di sostegno alla famiglia sono anche i Centri Diurni integrati, dove l'anziano disabile può soggiornare durante le ore diurne e ricevere prestazioni sanitarie e sociali (ivi inclusa l'assistenza per l'igiene personale).

Qualora non disponga di un nucleo familiare, ma sia sufficientemente autonomo, l'anziano può anche vivere da solo al proprio domicilio. Spesso tuttavia l'autosufficienza non è totale ed in tal caso può essere utile istituire la figura del "Custode Sociale". Tale figura specializzata può fungere da punto di riferimento per gli anziani soli, al fine di valutare e soddisfare i loro bisogni, ricorrendo alle reti di servizi sanitari e sociali istituzionali o alle reti amicali e solidaristiche, che possono contribuire ad aiutare l'anziano nei bisogni della vita quotidiana ed evitarne l'isolamento. L'esperienza dei Custodi Sociali ha avuto successo nella sperimentazione milanese in un'area tipicamente urbana, ed è stata gestita con fondi pubblici e privati da un privato sociale che aveva anche il compito di selezionare, preparare e gestire il personale assunto per questo incarico. L'esperienza ha dimostrato che, non solo l'iniziativa è molto gradita agli anziani, ma è anche uno strumento atto a ritardarne il ricovero in residenze collettive o in Residenze Socio-Assistenziali (RSA), con un favorevole rapporto costo-beneficio rispetto ad altre soluzioni residenziali o semiresidenziali.

Quando l'autosufficienza viene meno, l'anziano necessita in molti casi di una residenza collettiva, che può essere inizialmente una casa-famiglia con assistenza infermieristica saltuaria, ma con presenza di una governante, che assista un piccolo nucleo di anziani di estrazione il più possibile omogenea (una decina di persone che abbiano interessi simili) con servizi di socializzazione e di riabilitazione almeno saltuari. Successivamente, quando l'autosufficienza cessa completamente, le RSA garantiscono gli interventi necessari.

E' indispensabile che la continuità delle cure sia garantita tramite la presa in carico del paziente da parte dei servizi e delle istituzioni, allo scopo di coordinare tutti gli interventi necessari al superamento delle condizioni che ostacolano l'inserimento nel tessuto sociale o che limitano la qualità della vita.

A tale scopo i servizi e le istituzioni devono divenire nodi di una rete di assistenza nella quale viene garantita al paziente l'integrazione dei servizi sociali e sanitari, nonché la continuità assistenziale nel passaggio da un nodo all'altro, avendo cura che venga ottimizzata la permanenza nei singoli nodi in funzione dell'effettivo stato di salute. Dovrà essere, di conseguenza, ridotta la permanenza dei pazienti negli ospedali per acuti e potenziata l'assistenza riabilitativa e territoriale. Dal punto di vista organizzativo il modello che riteniamo ottimale è quello di uno sportello unico/centrale operativa distrettuale che operi per delega di ASL, Comune e ospedale prendendo in carico l'assistito, monitorandolo attivamente nel tempo così da guidarlo al meglio nella rete dei servizi.

In accordo con questo orientamento, il medico di medicina generale è destinato a divenire l'operatore di riferimento nel processo di continuità assistenziale e per il corretto utilizzo delle unità di assistenza offerte nel territorio, supportato quando possibile dal "coordinatore del caso" della centrale operativa distrettuale, che gestisce gli aspetti organizzativi associati alla permanenza del paziente nelle

diverse unità della rete assistenziale ed, in particolare, nel trasferimento da una all'altra.

Il coordinatore del caso deve possedere le conoscenze di base nei settori sociale e sanitario e deve essere dotato di capacità organizzative e gestionali. Insieme al medico di medicina generale, il coordinatore deve garantire la personalizzazione del rapporto col paziente ed il rispetto della dignità della persona durante tutto il periodo di assistenza, verificando inoltre che i costi associati ai trattamenti resi permangano all'interno dei budget assegnati.

Le unità che costituiscono altrettanti snodi della rete che dovrà essere potenziata, sono quelle adibite all'assistenza domiciliare. Dovrà essere potenziata anche l'ospedalizzazione a domicilio. I progressi compiuti nel settore sanitario consentono, infatti, di effettuare a domicilio anche prestazioni di tipo invasivo, che fino a poco tempo fa erano eseguibili solo all'interno degli ospedali per acuti, tanto da poter curare a domicilio patologie quali gli scompensi cardiocircolatori cronici, l'ipertensione arteriosa, le broncopneumopatie croniche, le patologie ematologiche e le epatopatie cronico-evolutive.

Per permettere il maggior recupero raggiungibile dell'autosufficienza e la diminuzione della domanda assistenziale, gli interventi vanno integrati, nei casi in cui è opportuno, con l'erogazione dell'assistenza protesica.

Per le disabilità più marcate, la disponibilità di Centri territoriali ambulatoriali o residenziali di riabilitazione è essenziale. In tal senso, è altamente desiderabile il ridisegno della rete ospedaliera e la conversione di alcuni ospedali minori in Centri distrettuali di salute, dotati, oltre che di pronto soccorso di base e di reparti di osservazione, anche di strutture ambulatoriali o di residenze diurne. Inoltre, l'istituzione di nuovi Reparti di riabilitazione intensiva o estensiva potrà aumentare la disponibilità oggi limitata ad alcune aree del Paese.

E' infine opportuno che la centrale operativa/sportello unico attivi anche servizi di prossimità nei quartieri urbani sul modello del custode sociale, gestito in collaborazione con il volontariato e le famiglie dei pazienti.

In conclusione, i principali obiettivi strategici in questo settore sono:

- l'adeguamento del numero dei posti letto ospedalieri dedicati alla lungo degenza riabilitativa;
- la realizzazione di reti di servizi di assistenza integrata pluricentriche, economicamente compatibili, rispettose della dignità della persona e correttamente governata dalle ASL e dai Comuni, attraverso una comune centrale operativa/sportello unico che prenda in carico globalmente l'assistito;
- il corretto dimensionamento dei nodi (unità d'offerta) della rete (assistenza domiciliare, ospedalizzazione a domicilio, residenze sanitarie assistenziali, centri di riabilitazione e centri diurni) in accordo con il loro effettivo

utilizzo, grazie anche alla collaborazione del medico di medicina generale e del coordinatore del caso;

- la riduzione del numero dei ricoveri impropri negli ospedali per acuti e la riduzione della durata di degenza dei ricoveri appropriati, grazie alla presenza di una rete efficace ed efficiente;
- il miglioramento della autonomia funzionale delle persone disabili, anche in relazione alla vita familiare e al contesto sociale e lavorativo;
- la previsione di meccanismi di erogazione di ortesi, ausili e protesi omogenei in tutte le ASL;
- la realizzazione delle residenze sanitarie (RSA) secondo un modello aperto al territorio e alla famiglia, articolate in piccoli nuclei di assistiti e di aspetto simile più ad una casa che ad un ospizio.

## **1.2. CURE A LUNGO TERMINE (Assistenza sociale)**

### **1.2.1. Accesso e cure a lungo termine (assistenza sociale)**

Il sistema dell'assistenza in Italia presenta realtà differenziate a livello territoriale, in considerazione dei differenti livelli di responsabilità nelle funzioni di programmazione, coordinamento e gestione dei servizi.

La legge 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali ha delineato le basi per la costruzione di un sistema integrato tra interventi e servizi sociali che tiene conto di tre variabili principali: *la comunità, i bisogni, lo sviluppo*, sostituendo così l'attuale configurazione del sistema di interventi basato sull'emergenza, l'individuo e la sua domanda. La riforma ha modificato quindi il quadro di riferimento, introducendo un sistema di servizi non più basato sul mero criterio riparatore, ma ancorato ad una filosofia di interventi che mirano a promuovere nuove opportunità ed a rimuovere le cause di esclusione, in molti casi le reali ragioni del disagio in cui versano le persone anziane, più che le vere e proprie condizioni di salute.

La legge ha introdotto per la prima volta livelli essenziali ed omogenei di prestazioni sociali da garantire in tutto il Paese, sia per ambiti di intervento che per modalità di prestazione.

Le prestazioni e i servizi devono essere “personalizzati” attraverso l'offerta di interventi domiciliari, semiresidenziali a ciclo diurno e residenziali (comunità alloggio), centri di sollievo.

Il nuovo orientamento che emerge dalla legge è pertanto quello di offrire ai cittadini una risposta **flessibile e differenziata** che tenga conto delle diversità; **integrata** dove il comparto sociale e quello sanitario interagiscano; **continuativa**, per assicurare un tragitto assistenziale programmato.

Ne consegue che a livello territoriale il percorso operativo dell'integrazione dei servizi si basa sull'individuazione :

- dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza
- dell'umanizzazione dei servizi

- della valorizzazione delle famiglie come ambiente di vita
- della disponibilità di personale preparato e in grado di operare in termini multidisciplinari.

Il sistema è strutturato su tre livelli di competenze:

**Lo Stato** in tutte le sue articolazioni assurge a funzione di regolatore generale, definendo i livelli minimi di prestazione (LEP) che devono essere garantiti a livello territoriale.

Lo strumento attraverso cui vengono definiti i percorsi e le strategie è il Piano Sociale Nazionale, predisposto ogni tre anni dal Governo. Il primo è stato adottato con Decreto del Presidente della Repubblica e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 6 agosto 2001. Esso mira a promuovere quello che è stato definito il nuovo welfare delle responsabilità, ove ogni livello di governo assume un proprio ruolo responsabile e condiviso, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze, nell'ottica di un **federalismo solidale**:

lo Stato, le regioni e i comuni concorrono a formulare, progettare e realizzare le politiche sociali;

le organizzazioni sindacali partecipano nella formulazione degli obiettivi e ne valutano il raggiungimento;

le IPAB (istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza) che operano in campo socio assistenziale partecipano alla programmazione regionale del sistema

le organizzazioni del volontariato ed il privato sociale provvedono insieme ai soggetti pubblici all'offerta e gestione dei servizi

**Cosa prevede il PSN:**

- caratteristiche e requisiti per le prestazioni sociali
- individuazione di progetti obiettivi
- modalità di attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali
- indicatori e parametri per la verifica dei livelli di integrazione e per la verifica del rapporto costi-benefici degli interventi e servizi sociali
- indirizzi per un sistema informativo al cittadino
- indirizzi relativi alla formazione e aggiornamento del personale.

Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha come primi destinatari i soggetti portatori di bisogni gravi.

Il criterio di accesso è quindi determinato dal bisogno

Il PSN ha come obiettivo primario quello di promuovere il ben essere sociale

Obiettivi prioritari

Valorizzare e sostenere le responsabilità familiari

Sostenere con servizi domiciliari le persone non autosufficienti

Potenziare gli interventi a contrasto della povertà

Rafforzare i diritti dei minori

Il secondo livello di *governance* delle politiche sociali per l'assistenza prevede che anche le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano attraverso la conferenza Stato-Regioni approvino i **Piani Regionali** – di norma su base triennale - in modo univoco. Ciò al fine di garantire su tutto il territorio nazionale l'uniformità nell'erogazione dei servizi. I Piani regionali ugualmente introdotti con la menzionata legge 328/2000, devono necessariamente avere coerenza ed essere in linea con i contenuti e le indicazioni del Piano Nazionale, nel pieno rispetto delle specifiche esigenze della collettività cui essi si rivolgono.

Nell'attuazione degli obiettivi:

**La Regione e la Provincia** assolvono a un ruolo di coordinamento, reperimento delle risorse, programmazione sulla base degli standards generali

**Il Comune** è il perno della erogazione dei servizi.

**Il terzo settore** viene chiamato in funzione di complementarità, integrazione, sussidiarietà e partecipa alla programmazione degli interventi.

La normativa ed i provvedimenti da essa scaturiti hanno tra le priorità quella di stimolare la collaborazione in sede locale tra Comuni e Province per finalizzare **accordi di massima per la realizzazione di interventi rivolti a tematiche che sono di interesse di un singolo comune e della collettività limitrofa**. Laddove tali strumenti di collaborazione sono stati attuati l'utenza ne ha ricavato beneficio e si è potuto registrare un innalzamento della qualità del servizio erogato a fronte di una riduzione dei costi a carico dell'ente pubblico.

### **Modalità di erogazione**

L'accesso al servizio presenta una fase iniziale del percorso sostanzialmente simile in tutti i casi: vi è innanzitutto una valutazione da parte dell'Ente pubblico sulla base della domanda cui segue la decisione riguardo alle modalità di presa in carico del soggetto bisognoso.

In seguito alla valutazione, l'ente pubblico indica le prestazioni che l'utente deve ricevere, le modalità di erogazione di tali prestazioni nonché l'ente chiamato a fornirle.

### **tipologie di prestazioni:**

- ✓ ✓ **servizi alla persona:** si tratta delle tradizionali prestazioni fornite direttamente alla persona dal Comune o dall'ASL di appartenenza;
- ✓ ✓ **voucher** (o buoni-servizio): sono forniti dall'ente pubblico e garantiscono il diritto a determinati servizi. Il beneficiario li utilizza per "acquistare" tali servizi da uno degli erogatori (pubblici o privati), autorizzati (accreditati) dall'ente pubblico;
- ✓ ✓ **gli assegni di cura:** si tratta di un contributo economico fornito agli anziani (o ai loro familiari) per finanziarne l'assistenza. Tale contributo è erogato in

alternativa ai servizi alla persona, domiciliari o residenziali, e viene passato ai caregiver oppure utilizzato per acquistare assistenza privata.

- ✓ ✓ **Indennità di accompagnamento:** si tratta della tipologia più diffusa di assegni che viene fornita a tutti coloro cui è stata riconosciuta un'invalidità permanente.

Ricevono l'indennità più di 800.000 persone di cui il 70% sono anziani.

### 1.2.2. Valutazione

In relazione alle domande, l'Ente pubblico favorisce prioritariamente coloro che in base al reddito non possono usufruire di altre forme di sostegno.

Per le persone in situazione di disabilità, riconosciute tali in base alla legge 104/92 o a normative pregresse, i servizi addetti valutano quanto essere idoneo e adatto alla persona disabile. Viene altresì tenuto in considerazione l'aspetto economico e la situazione familiare dell'utente. Allo stato attuale il reddito della persona riconosciuta disabile non viene cumulato con quello della famiglia, ciò al fine di valutare il reddito esclusivamente in relazione all'interessato e non nell'ambito dei redditi complessivi della famiglia.

I servizi delle istituzioni a livello locale (Comune, Provincia, Regione) sono abilitati a dare informazioni e, con i Patronati (che percepiscono dalle Regioni indennità per tali servizi) a svolgere gratuitamente tutte quelle procedure ed a assicurare un servizio di orientamento e suggerimento sia per le persone disabili che le loro famiglie. Il personale preposto agli uffici è chiamato a svolgere in considerazione delle specifiche esigenze dell'utente disabile e/o della famiglia, ogni adempimento finalizzato ad alleviare il grave disagio anche sul piano economico.

### 1.2.3. Difficoltà

- Difficoltà si riscontrano nella carenza di una effettiva articolazione dei servizi e non appare ancora uniformemente realizzata sul piano nazionale l'integrazione socio-sanitaria delle prestazioni.

- Sebbene sia stata riservata attenzione negli ultimi anni agli aspetti di formazione professionale degli operatori del settore, si ritiene che tale settore debba essere ulteriormente potenziato anche attraverso l'istituzione a livello regionale di corsi di formazione professionale finalizzati a specifiche attività.

- Un altro aspetto ancora insufficiente è quello legato ai servizi di appoggio e sostegno sia a livello sociale che sanitario alle famiglie con persone non autosufficienti a carico, che spesso si confrontano con tali situazioni senza alcuna preparazione.

### 1.2.4. Cambiamenti strategici previsti

A. Presso il Ministero del Lavoro e Politiche Sociali è stata istituita una **Commissione di studio sulla prevenzione e sul trattamento della non**

**autosufficienza con particolare riferimento agli anziani** che intende mettere a punto un modello di finanziamento e un sistema integrato di servizi e prestazioni, riducendo al minimo oneri aggiuntivi e ottimizzando le risorse finanziarie già esistenti.

La Commissione ha tra i suoi obiettivi l'individuazione di strategie per la promozione della **prevenzione** e della **cultura del benessere**, anche attraverso la diffusione di stili di vita più corretti.

La **comunicazione** è un altro dei settori cui la Commissione riserva attenzione atteso il ruolo cruciale che essa può ricoprire per la diffusione delle informazioni, per una corretta conoscenza dei fenomeni e delle situazioni di non autosufficienza.

Obiettivi prioritari sono:

1. Favorire una migliore conoscenza dei processi di invecchiamento della persona
2. riportare ad una corretta percezione della vecchiaia quale fase naturale della vita della persona e non già processo di decadimento da occultare o comunque rimuovere dalla coscienza sociale;
3. abituare le famiglie ed ognuno di noi ad avere cura del proprio corpo ed a saperlo mantenere in buona salute sin dai primi anni di età a partire dalla scuola
4. promuovere la diffusione delle informazioni per il consolidarsi di "stili di vita più sani"
5. attivare un sistema nuovo di comunicazione per la diffusione di una positiva immagine delle persone anziane e dell'invecchiamento
6. Attivare nuovi canali per la circolazione delle informazioni sui servizi tra gli anziani, anziani non autosufficienti e le loro famiglie

B. Il Governo ha inoltre allo studio il varo di **un Libro Bianco sulle politiche del welfare** che avrà tra i suoi punti qualificanti gli interventi in favore della famiglia con una particolare attenzione a quelle che persone non autosufficienti residenti con loro.

## 2. QUALITA'

### 2.1. ASSISTENZA SANITARIA

#### 2.1.1. Modelli

Si possono, schematicamente, individuare nei numerosi provvedimenti legislativi (disponibili nel sito Internet del Ministero della sanità, indirizzo: [www.sanita.it](http://www.sanita.it), qualità e cittadini), alcuni elementi di base:

- la qualità viene assunta come criterio di selezione dei soggetti erogatori di servizi e prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale (decreto legislativo 229/1999)

- vengono individuate tre dimensioni della qualità (tecnico-professionale, organizzativo aziendale e relazionale (Piano sanitario nazionale e Relazione sullo stato sanitario del Paese)
- si ritengono, in generale, più efficaci i metodi che coinvolgono l'insieme dei soggetti interessati ai processi di miglioramento e si prevede che i cittadini siano informati dei miglioramenti conseguiti attraverso la Carta dei servizi (Piano sanitario nazionale e Relazione sullo stato sanitario del Paese)
- si afferma che le strutture e le prestazioni sanitarie debbano adeguarsi alle esigenze dei cittadini e che a questo fine si debba predisporre un insieme di indicatori per la verifica, dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini (art. 14 del decreto legislativo 502/92)

### 2.1.2. Valutazione

La valutazione della qualità percepita dai cittadini è un processo avviato da relativamente poco tempo e che prevede i seguenti strumenti di attuazione ordinari, programmati o individuati da specifica attività di ricerca.

Tra gli strumenti ordinari di valutazione della qualità dalla parte dei cittadini (inclusi gli anziani):

- la predisposizione delle Carte dei servizi da parte di tutti i soggetti erogatori di servizi pubblici e privati accreditati. Le Carte prevedono impegni e standard di qualità che devono essere comunicati ai cittadini sia attraverso le Carte stesse che attraverso Conferenze dei servizi.
- l'istituzione in ciascuna struttura del servizio sanitario di un Ufficio di relazioni con il pubblico il quale ha il compito di ascoltare i cittadini e gli utenti, di informare e comunicare, di predisporre strumenti per il diritto di accesso ai documenti amministrativi, di proporre modifiche organizzative. Nell'ambito dell'attività di ascolto l'ufficio raccoglie, dà risposta ed analizza i reclami.
- l'individuazione e la sperimentazione di un sistema di indicatori per determinare la qualità dei servizi e delle prestazioni "dal lato degli utenti".

Oltre a questi strumenti ordinari, si effettuano indagini ad hoc per sondare il livello di soddisfazione/insoddisfazione dei cittadini e degli utenti sia a livello nazionale che a livello locale, si effettuano inchieste mirate (come la recente inchiesta sui tempi di attesa, ecc.).

La qualità organizzativa e tecnico professionale viene indagata attraverso apposite strutture per la qualità istituite nella quasi totalità di aziende sanitarie (Uffici qualità) che si ispirano ad una pluralità di modelli di riferimento (VRQ, ISO9000, ecc.).

La programmazione nazionale, attraverso il Piano sanitario nazionale (DPR 23 luglio 1998), nell'ambito del miglioramento della qualità tecnico-professionale, propone l'adozione di percorsi diagnostico terapeutici per avviare, all'interno di ciascun servizio, modi sistematici di revisione e autovalutazione della pratica clinica. E' stato di recente istituito (d.m. 12.12.2001, già citato) un set nazionale di indicatori per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, che includono anche indicatori per la verifica della qualità.

Indagini ad hoc vengono svolte su temi quali le infezioni ospedaliere o le complicanze degli interventi cardio-chirurgici.

### 2.1.3. Migliorare la qualità

Nel 1998 il Piano sanitario nazionale ha proposto, per la prima volta, "Un programma nazionale per la qualità" ovvero un approccio complessivo, non più settoriale, all'obiettivo di miglioramento della qualità dei servizi per rendere sistematico l'orientamento del SSN verso la valutazione e la promozione della qualità. Esiste inoltre una notevole attività di ricerca su temi di qualità o aspetti specifici che necessitano di sperimentazione (art. 12 decreto legislativo 502/1992 e articolo 12 bis del decreto legislativo 229/1999)

Alcune società scientifiche hanno promosso in modo autonomo iniziative per la promozione e il miglioramento della qualità.

### 2.1.4. Difficoltà

L'approccio alla qualità è un orientamento ancora relativamente recente in Italia e talora la qualità viene ancora considerata, da un punto di vista culturale, un "di più" rispetto all'assistenza fornita e non una caratteristica intrinseca e fondante l'assistenza. Da ciò derivano scarsa attenzione operativa e organizzativa e la necessità di interventi programmati a livello formativo.

Sempre più frequentemente emerge l'intolleranza dell'opinione pubblica verso disservizi e incidenti, che originano dalla mancanza di un sistema di garanzia di qualità, spesso con duplicazioni di compiti e servizi, dalla mancanza di piani formativi del personale strutturati e documentati, in mancanza di procedure codificate, con conseguenti sprechi.

### 2.1.5. Cambiamenti strategici previsti

La qualità in sanità, riguarda un insieme di aspetti del servizio, che comprendono sia la dimensione tecnica, che quella umana, economica e clinica delle cure, e va perseguita attraverso la realizzazione di una serie articolata di obiettivi, dall'efficacia clinica, alla competenza professionale e tecnica, all'efficienza gestionale, all'equità degli accessi, all'appropriatezza dei percorsi terapeutici.

La normativa ISO 9001 nella sua più recente versione per la sua applicazione in sanità, dopo l'applicazione con successo in altri settori, definisce un insieme di regole, che include l'organizzazione aziendale, le responsabilità, l'analisi minuziosa dei processi, la formazione del personale e le verifiche esterne da parte di soggetti accreditati. Si tratta di effettuare non solo verifiche periodiche interne, ma anche verifiche esterne da parte di un soggetto terzo accreditato che, previa verifica, certifichi l'aderenza del sistema di garanzia della qualità alla norma ISO e l'aderenza dei servizi effettuati a quanto promesso dall'azienda ai suoi utenti.

La certificazione degli erogatori di servizio può contribuire a rafforzare il controllo della collettività, che si sostituisce al controllo burocratico, finora esercitato dallo Stato. Il ruolo di un osservatorio di parte terza indipendente, capace di misurare i risultati delle prestazioni erogate e certificate, può utilmente completare questa nuova forma di controllo della società sui servizi sanitari.

Le aziende sanitarie pubbliche italiane hanno iniziato questo percorso, ma quelle certificate sono ad oggi ancora poche. E' indispensabile che il loro numero cresca rapidamente, che vengano progressivamente certificati tutti i reparti e i servizi interni alle aziende e che la certificazione sia corretta e completa.

Il sistema di garanzia di qualità secondo le norme ISO e la certificazione relativa non sono tuttavia sinonimo di qualità dei servizi erogati. A questo fine è utile invece utilizzare le metodiche di *bench-marking* e le *classifiche degli erogatori di servizi (report cards)*, che costituiscono procedure utili per confrontare tra loro erogatori di servizio diversi, individuare i soggetti migliori e trasferire da questi agli altri *know-hows* e conoscenze professionali utili al miglioramento.

Una particolare forma di *bench-marking* è quella che, in base a periodiche raccolte di dati attinenti agli esiti di alcuni interventi chirurgici, consente di stilare una classifica degli erogatori di servizi e quindi di fornire ai cittadini una guida oggettiva a scegliere le strutture migliori. Si realizza in tal modo, contemporaneamente alla trasparente comunicazione ai cittadini, un potente stimolo alle strutture perché migliorino la qualità delle loro prestazioni. L'Istituto Superiore di Sanità ha già avviato in forma sperimentale una "report card" per il trapianto di organi ed una per gli interventi di by-pass aorto-coronarico: le relative graduatorie saranno inserite in rete a far tempo dal prossimo gennaio 2003.

L'appropriatezza dell'uso delle tecnologie è una fondamentale premessa se si vuole che il Servizio Sanitario Nazionale utilizzi in modo efficiente le risorse finanziarie disponibili. Obiettivo della valutazione delle tecnologie sanitarie è quello di fornire a coloro che sono responsabili delle scelte in campo sanitario le informazioni necessarie, i criteri ed i metodi per prendere le decisioni relative all'uso delle tecnologie mediche secondo i principi di *cost-effectiveness*.

In sintesi, l'obiettivo strategico della qualità per la salute consiste nell' istituzione di un servizio di *garanzia di qualità* in tutte le strutture che erogano servizi entro il prossimo quinquennio.

La complessità del problema della valutazione della qualità e l'importanza di acquisire dati che siano aggiornati e tempestivi, ed il più possibile liberi da ogni tipo di condizionamento, suggeriscono di promuovere la nascita di un "Osservatorio indipendente per il monitoraggio della qualità", come strumento operativo a

disposizione del Ministero della Salute e delle Regioni, nonché delle Aziende Sanitarie pubbliche e private.

Altri obiettivi a lungo termine sono i seguenti:

- promuovere, divulgare e monitorare esperienze di miglioramento della qualità all'interno dei servizi per la salute;
- coinvolgere il maggior numero di operatori in processi di informazione e formazione sulla qualità e di incentivare con opportuni strumenti contrattuali il rispetto della qualità nelle prestazioni per la salute;
- valorizzare la partecipazione degli utenti al processo di definizione, applicazione e misurazione della qualità;
- promuovere la conoscenza, tramite un servizio preposto, dell'impatto clinico, tecnico ed economico dell'uso delle tecnologie, anche con comparazione tra le diverse regioni italiane;
- mantenere e sviluppare banche dati sui dispositivi medici e sulle procedure diagnostico - terapeutiche ad essi associati, con i relativi costi;
- attivare procedure di *bench-marking* sulla base di dati attinenti agli esiti delle prestazioni a tutti i livelli, e realizzare graduatorie e classifiche di erogatori;
- favorire l'integrazione tra processi assistenziali, professionalità e servizi, sul terreno del perseguimento comune della qualità delle cure.

La riorganizzazione del Ministero della salute prevede un intero dipartimento dedicato alla qualità.

## 2.2 CURE A LUNGO TERMINE (Assistenza sociale)

### 2.2.1. Qualità

I parametri nazionali in termini di qualità sono stati introdotti dalla legge 328/2000 attraverso l'adozione da parte dei Comuni dell'istituto **dell'accREDITAMENTO**.

La legge prevede che i comuni rilascino ai soggetti erogatori, l'attestato di accreditamento soltanto se essi risultano in possesso dei requisiti conformi a quelli previsti nel Piano Regionale.

Il requisito necessario per l'accREDITAMENTO è l'adozione della **Carta dei servizi sociali** che stabilisce le condizioni per monitorare e migliorare i livelli di qualità.

La carta prevede:

- condizioni per un patto a livello locale
- mappa delle risorse esistenti
- livelli e standards minimi da rispettare
- le modalità di partecipazione dei cittadini
- programmi di miglioramento
- regole da applicare in caso di mancato rispetto degli standards

In riferimento alla qualità, il DPCM 30 marzo 2001 pubblicato in G.U. n. 188 del 14.8.01 recante "**Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi**" indica attraverso quali sistemi i comuni debbano selezionare i soggetti a cui affidare i servizi:

- la preselezione che avviene in base a determinati requisiti
- l'aggiudicazione con cui i comuni dovranno adottare il criterio dell'offerta più vantaggiosa e per vantaggiosa si intende l'offerta che produce gli effetti migliori ai fini delle prestazioni dei servizi, quindi non va intesa l'offerta più economica che andrebbe a coincidere con quella del maggior ribasso che la legge e il decreto rifiutano categoricamente.

Allo stato attuale non è possibile quantificare il numero dei Comuni che ha già adottato a pieno titolo questo strumento.

### 2.2.2. Verifica e promozione della qualità

I sistemi di valutazione e di riconoscimento del personale e delle strutture che prestano le cure sono definiti dall'ente stesso.

Non vi sono riconoscimenti ufficiali per i *caregiver*, ma esistono alcune realtà territoriali che promuovono attività di sostegno e formazione.

### 2.2.3. Difficoltà

Il tema del **controllo della qualità**, al di là dell'attività di verifica dei requisiti e degli standard, dovrebbe connotarsi sempre più come attività non più statica o burocratica

ma sempre più come una strategia flessibile e professionale, attraverso cui monitorare e migliorare continuamente i livelli di qualità.

La mancanza di un sistema standard che garantisca livelli minimi di qualità su tutto il territorio nazionale, crea spesso disservizi e malcontento da parte della cittadinanza.

Ciò è tanto più urgente tenuto conto del progressivo aumento del privato nel sistema dei servizi integrati rivolti alla persona in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale ampiamente riconosciuto proprio nella riforma dell'assistenza (legge quadro 328/2000).

Un'altra difficoltà ancora da superare è rappresentata dalla scarsa propensione del mercato del lavoro ad ampliare le possibilità di occupazione per giovani, donne, madri di famiglia nella fascia di età compresa tra i 40-45 anni la cui utilizzazione a part-time a seguito della frequenza di specifici corsi di formazione potrebbe essere validamente utilizzata nel campo sociale a livello territoriale.

### **3. SOSTENIBILITA'**

#### **3.1 ASSISTENZA SANITARIA**

##### **3.1.1. Spesa e finanziamento**

Le complessive disponibilità per finanziare il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2002 ammontano a complessivi 75.601.895.061,00 EURO.

Le fonti di finanziamento del SSN, dopo l'entrata in vigore del D.L.vo 56/2000 sul federalismo fiscale, sono rappresentate da risorse regionali (IRAP e addizionale IRPEF, compartecipazione all'IVA, accise sulla benzina, altre entrate proprie) e da risorse statali (Fondo Sanitario Nazionale per il finanziamento di spese derivanti da accordi internazionali, di quelle relative ad alcuni enti particolari del SSN e per specifici obiettivi previsti da leggi speciali). A norma delle leggi 724/94 e 662/96 le regioni V. Aosta e Friuli V.G. e le PP.AA. di Trento e di Bolzano provvedono al finanziamento dell'assistenza sanitaria senza alcun apporto a carico dello Stato. Secondo le indicazioni del Ministero dell'economia e delle finanze, la copertura del fabbisogno finanziario, nell'ammontare sopra indicato, viene assicurata:

- 31.909.247.587 EURO per IRAP e addizionale IRPEF
- 31.178.147.599 EURO per compartecipazione all'IVA e accise
- 4.776.509.243 fondo sanitario a norma del d.lgs. n. 56/2000
- 6.737.990.633 per entrate proprie.

Le risorse complessivamente destinate al Servizio sanitario nazionale, quantificate in sede di legge finanziaria, sono ripartite tra le Regioni sulla base di un sistema di coefficienti parametrici che tengono conto dei seguenti elementi: popolazione

residente, frequenza dei consumi sanitari per età e sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali utili a definire i bisogni sanitari ed indicatori epidemiologici territoriali. Per l'anno 2002, si prevede che la correzione applicata per tener conto della distribuzione per età della popolazione, tenga conto della numerosità della popolazione ultrasettantacinquenne (piuttosto che ultrasessantacinquenne) e che si tenga conto, altresì, della propensione all'appropriatezza dei ricoveri nelle strutture ospedaliere di ciascuna regione.

Ancora per l'anno 2002, il finanziamento per livelli di assistenza viene ipotizzato per una quota del 5% da riservare alla prevenzione, il 45,5% alla funzione ospedaliera e la rimanenza all'attività distrettuale, comprensiva dell'assistenza alle persone anziane.

Sul versante della spesa, si allega una tabella che riporta per l'anno 2000 (Allegato 1), le spese rendicontate dalla Regioni suddivise per livello di assistenza.

Dai suddetti dati, non è possibile estrapolare tutte le spese riferite al settore degli anziani, in particolare nel livello della medicina di base e dell'assistenza ospedaliera. Sono, invece, direttamente riferite ai servizi per questa fascia di età le voci relative all'assistenza riabilitativa ambulatoriale e semiresidenziale agli anziani (352.556.000,00 EURO) ed all'assistenza residenziale agli anziani (2.719.797.000,00 EURO).

### 3.1.2. Tendenza della spesa

La spesa sanitaria in Italia mostra una evidente crescita nel corso degli anni. I settori dove tale aumento è particolarmente evidente sono il settore farmaceutico, la spesa per il personale del SSN, la spesa per acquisto di beni e servizi. A fronte di tale incremento, e considerato che il prelievo fiscale non può essere ulteriormente aggravato per non compromettere le prospettive di sviluppo del Paese, il Governo ha adottato ed intende adottare misure di contenimento che puntino principalmente al recupero dell'efficienza ed alla riduzione degli sprechi.

### 3.1.3. Meccanismi di contenimento della spesa

- i ticket sanitari certamente rappresentano strumenti efficaci per il contenimento della domanda; accanto al ticket sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali, disciplinato a livello nazionale, è prevista oggi la possibilità che le singole Regioni introducano un ticket sull'assistenza farmaceutica, ovvero pongano a parziale o a totale carico degli assistiti alcuni farmaci non essenziali preventivamente individuati dalla Commissione unica del farmaco (legge 405/1991); la medesima Commissione sta operando una ulteriore revisione dei farmaci erogabili a carico del SSN;

- sono state introdotte in numerose Regioni forme di incentivazione ai medici di medicina generale per il contenimento della spesa indotta (per farmaci, prestazioni specialistiche, ricoveri ospedalieri); sono altresì in corso di sperimentazione forme di assegnazione del “budget di distretto”, volte ai medesimi fini;
- si prevede di estendere al settore degli acquisti dei beni e servizi delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere le convenzioni con Società concessionarie pubbliche (quali la Consip) che provvedono ad acquisti centralizzati;
- il nuovo Piano sanitario nazionale per il triennio 2002-2004 attribuisce grande rilevanza agli interventi volti alla modifica dei comportamenti che hanno conseguenze dannose sulla salute (quali il fumo, le abitudini alimentari scorrette, l'alcol, le droghe, ecc.) ed alla promozione di stili di vita salutari (attività fisica, ecc.).

Altri meccanismi di contenimento della spesa, cui si attribuisce notevole rilievo a livello nazionale, attengono all'individuazione ed all'eliminazione di prescrizioni “anomale” da parte dei sanitari (inutili, inappropriate o effettivamente in contrasto con la legge), che danno origine ad una spesa non quantificabile ma sicuramente onerosa per il SSN.

#### 3.1.4. Cambiamenti strategici previsti

Il sistema sanitario in essere attualmente in Italia, che configura un monopolio di gestione pubblica con tutti i difetti inerenti di inefficienza gestionale dovuti alle regole della Pubblica Amministrazione e di protezione del lavoro specifiche del pubblico impiego, coniugato a insufficienti risorse pubbliche, forse valido nel passato, non lo è più per il futuro. E' necessario procedere alla correzione dei principali difetti di sistema procedendo gradualmente a far sì che lo Stato e le Regioni siano i finanziatori del sistema (che deve rimanere un servizio pubblico), ma non i gestori, valorizzando invece soggetti privati accreditati anche con riferimento alle *Fondazioni*. Questo vale sia per gli Ospedali, che per le Residenze Socio-Assistenziali e quindi per i servizi distrettuali.

Accanto al finanziamento pubblico, è necessario attivare fondi assicurativi integrativi, secondo il modello delle assicurazioni per malattia, in particolare per l'area socio-sanitaria e il sostegno alla non-autosufficienza, che necessitano di ulteriori finanziamenti.

Il Governo guarda con interesse il modello tedesco delle *Pflegeversicherung*, ovvero di un fondo contro il rischio della non autosufficienza sostenuto da una contribuzione obbligatoria di tutti i cittadini con reddito medio alto da integrare con il finanziamento pubblico attuale perché i Distretti possano disporre di fondi sufficienti a contribuire entro un limite di spesa significativo ai bisogni dei pazienti non autosufficienti e delle loro famiglie.

Questo modello deve ovviamente essere adattato al sistema sanitario italiano, di tipo universalistico e solidaristico, che oggi vede con la devoluzione un fondamentale ruolo delle Regioni nella sanità.

Rimangono compiti dello Stato la definizione dei *Livelli Essenziali di Assistenza* e le attività di indirizzo e di verifica delle attività regionali, nella logica di assicurare a tutti i cittadini uguali diritti nel Paese. Alle Regioni compete non solo l'organizzazione del servizio, ma anche il controllo sui risultati e sui costi: la manca di controlli sistematici è infatti documentata causa di maggiori costi, di sprechi e di ridotta qualità dei servizi.

Per quanto riguarda, in particolare, l'area socio sanitaria si è già accennato all'importanza di valorizzare modelli che prevedono centrali operative distrettuali per la presa in carico degli assistiti non autosufficienti e la gestione della rete dei servizi. Queste centrali operative si potrebbero utilmente giovare di *Antenne di Quartiere* o *Servizi di Prossimità*, particolarmente validi nel caso dell'assistenza psichiatrica e degli anziani sul modello dei *Custodi Sociali* (vedi allegato 2). La centrale può essere gestita direttamente da ASL e Comune, ma potrebbe essere gestita anche da privati accreditati. In tal caso ASL e Comuni hanno una funzione di pianificazione e controllo di gestione, ma non gestiscono i servizi. Sarà ai gestori definire se utilizzare il *voucher* a sostegno delle famiglie piuttosto che erogare direttamente i servizi, nello spirito di flessibilità che deve caratterizzare la sussidiarietà verso le Istituzioni locali.

In tal modo si configura un sistema integrato in cui il "Fondo per la non autosufficienza", costituito con la contribuzione obbligatoria di tutti i cittadini con reddito medio-alto e assorbendo altre previdenze in essere, si affianca all'attuale finanziamento pubblico confluendo nei distretti socio-sanitari e relative centrali operative/sportelli unici così da garantire senza alterare l'attuale impianto di gestione del servizio sanitario maggiori risorse per fronteggiare un'area ( quella della non autosufficienza totale o parziale), che oggi interessa una larga percentuale della popolazione (anziana, ma non solo) e un alto numero di famiglie, e che sembra destinato a crescere, aumentando la domanda di bisogni essenziali che già oggi sono soddisfatti in misura troppo limitata.

## **3.2. CURE A LUNGO TERMINE (Assistenza sociale)**

### **3.2.1. Spesa e finanziamento**

Le prestazioni ad oggi erogate dallo Stato italiano a favore degli anziani non autosufficienti rientrano nell'ambito dei diversi settori che si occupano di tali utenti: sanità e assistenza. Si tratta di realtà molto diversificate a livello locale e quindi non agevolmente quantificabili.

La legge 328/2000 ha istituito il **Fondo Nazionale per le Politiche Sociali** per il raggiungimento degli obiettivi in essa fissati, le cui risorse vengono annualmente ripartite tra le Regioni, tenuto conto di due criteri principali:

le aree d'intervento in base ai bisogni da soddisfare (normativa di settore)

le aree territoriali in base alla densità della popolazione residente sul territorio destinataria degli interventi previsti dalla legge (anziani, minori, disabili, famiglie).

Per l'anno 2002 le risorse afferenti al Fondo ammontano complessivamente a € 1.622.889.198,87. Tale somma viene per la maggior parte assegnata alle Regioni, come risorse indistinte, sulla base delle aree di intervento previste dal Piano Nazionale per il triennio 2001-2003:

responsabilità familiari, diritti dei minori, persone anziane, povertà, disabili.

Una quota parte del Fondo è destinata alle Regioni come risorse finalizzate per l'implementazione delle normative di settore.

La quota del Fondo destinata – nel quadro delle risorse indistinte – agli anziani ammonta per l'anno 2002 a € 271.094.372,00.

Successivamente alla legge 328/2000 sono state inoltre previste ulteriori disponibilità finanziarie nel quadro del Fondo per le Politiche sociali da destinare in particolare:

- a.) al sostegno dei servizi di telefonia rivolti alle persone anziane attivati da associazioni di volontariato, nella misura di € 5.164.569,00;
- b.) alle famiglie nel cui nucleo familiari siano presenti persone non autosufficienti, titolari di assegno di accompagnamento, bisognose di assistenza. (tale disponibilità è stata fatta confluire nel complesso delle risorse indistinte ripartite tra le stesse regioni).

Le Regioni sulla base delle rispettive normative (Piani regionali, leggi finanziarie, leggi regionali di settore, ecc) assegnano ai Comuni la quota parte delle risorse per la realizzazione dei programmi di intervento socio-assistenziali.

Va precisato che il Fondo è una risorsa aggiuntiva che va ad aggiungersi e non a sostituirsi a quelle regionali e locali.

### 3.2.2. Difficoltà

Allo stato non risulta agevole individuare nei bilanci degli enti locali l'entità della spesa riservata agli anziani ed in particolare agli anziani non autosufficienti. La spesa sociale sostenuta dagli enti territoriali è per lo più ripartita in grandi voci (minori, anziani, disabili, ecc.) senza ulteriori specificazioni.

Il monitoraggio della spesa per anziani, con particolare riguardo ai non autosufficienti, non è stato ancora avviato.

### 3.2.3. Cambiamenti strategici previsti

Il Consiglio Nazionale per l'Economia ed il Lavoro (CNEL) ha istituito nel corso del 2001 un **Osservatorio sulla condizione degli anziani** al quale partecipano i rappresentanti delle Amministrazioni centrali (Ministero del Lavoro e Politiche sociali, Salute), delle Regioni, degli enti locali, sindacati e istituti specializzati (ISTAT).

Tra le finalità dell'Osservatorio vi è la realizzazione di una banca articolata in sezioni dedicate alla raccolta degli atti normativi, amministrativi, bilanci comunali, accordi. Ciò al fine di verificare l'andamento della spesa in relazione alle prestazioni erogate a livello locale per gli anziani.