

CGIL



SINDACATO
PENSIONATI
ITALIANI



L'invecchiamento in Piemonte, quali policy per la non autosufficienza?

Coordinamento:

Nunzia Fiorenza – SPI CGIL Piemonte

Francesco Montemurro – Ires Morosini

A cura di

Carlotta Guaragna, Francesco Montemurro

La domanda di servizi socio-sanitari

In Italia nei prossimi anni la domanda di servizi socio-sanitari e la relativa spesa pubblica e privata sono destinate ad aumentare in modo considerevole, specie per quanto riguarda l'assistenza continuativa (long-term care).

L'affermarsi dei bisogni di assistenza continuativa (Ltc) è sempre più giustificato:

- a) dal progressivo invecchiamento generale della popolazione, con un forte incremento degli over 85 e dei casi di demenza e di Alzheimer;
- b) dal forte incremento del numero delle famiglie cosiddette mononucleari (con conseguente riduzione delle potenzialità di assistenza erogata a all'interno dei nuclei famigliari);
- c) dalla progressiva evoluzione del sistema ospedaliero verso l'assistenza per i soli acuti (da cui è derivata la forte esigenza di promuovere un'assistenza extra-ospedaliera in grado di affrontare i bisogni della fase post-acuta dell'intervento sanitario).

Perché questa iniziativa in Piemonte?

- I servizi per i non autosufficienti diminuiscono negli ultimi anni (2008-2014)
- Non si percepisce la presenza di un'idea forza nelle politiche di contrasto alla non autosufficienza
- Manca un progetto strategico che integri azioni, attori protagonisti e risorse
- Sfasamento organizzativo-programmatorio (Piani di zona – Asl) - Frammentarietà degli interventi
- Scarsa consapevolezza dell'importanza dei servizi socio-sanitari e del lavoro di cura ai fini dello sviluppo socio-economico (equità sociale, declino dei settori produttivi tradizionali, crescita della produzione intelligente, ecc.).
- Le attività di cura (cargivers familiari e a pagamento) non vengono concepite come volano di occupazione e sviluppo, mentre in alcuni Paesi si è tentato di promuovere la trasformazione dell'occupazione informale in formale (Germania, Scandinavia, Inghilterra)

Le politiche di contrasto alla non autosufficienza: le aree problematiche

a) Una consistente quota di anziani non autosufficienti non è in carico a servizi pubblici e si sostiene prevalentemente con caregiver personali informali (*welfare familistico*); in Italia il 6,6% degli anziani ultra 65enni utilizza una badante (Cergas, 2012), una percentuale che aumenta nelle regioni del Nord, in cui il rapporto diventa di circa uno su dieci. Se però prendiamo in considerazione i dati raccolti dalla nostra indagine, notiamo che l'assistente familiare è presente in oltre il 30% delle famiglie intervistate. È la forma più diffusa di assistenza, dopo quella fornita dai familiari. Recenti stime parlano di circa un milione di collaboratrici che in Italia si occupano della cura ed assistenza ad una persona anziana (Censis-Ismu 2013).

b) La conciliazione famiglia-lavoro, in caso di assistenza degli anziani, dei disabili o dei figli, è pressoché interamente organizzata e sostenuta dalle famiglie, attraverso molteplici forme (tate, nonni, genitori in part time, rinunce femminili al lavoro, ecc.);

Le politiche di contrasto alla non autosufficienza: le aree problematiche

c) la spesa socio-sanitaria è in progressiva diminuzione; al contrario, la componente del welfare socio-sanitario in crescita è la sanità “out of pocket”, quella che i cittadini pagano di tasca propria e che vale circa 30 – 35 miliardi di euro (Censis 2015, Cergas 2012, ISTAT 2014). Durante la crisi si è accentuata la tendenza all’impoverimento delle famiglie a causa delle spese sanitarie private (spese catastrofiche) (Ires Morosini, 2015).

d) In Italia la spesa socio-sanitaria pubblica presenta atipicità importanti rispetto alle esperienze europee. La quota di servizi reali erogata dagli enti locali (ai quali nel nostro Paese è affidata la responsabilità ultima del sistema socio-assistenziale) è marginale, mentre la gestione degli interventi più importanti è in capo all’INPS.

Le politiche di contrasto alla non autosufficienza: il ruolo della famiglia

e) In Italia l'aiuto informale della famiglia costituisce sempre di più il perno del welfare ma è sempre meno adeguato a sostenere il crescente lavoro di cura nei confronti delle persone non autosufficienti.

Le indagini empiriche provano che alla base delle scelte operate dalla famiglia quando si presenta un caso di non autosufficienza, agiscono non solo fattori economici e culturali ma anche affettivi.

Ad esempio, da una ricerca dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia Romagna nel 2005, un primo elemento emerso con chiarezza **“è che davanti alla condizione problematica di un soggetto anziano, la prima opzione è sempre quella di una attivazione delle risorse interne alla famiglia”**.

Alle attività di cura che i familiari svolgono in favore dell'anziano non autosufficiente viene attribuita una forte valenza affettiva.

La condizione di non autosufficienza determina una reciproca dipendenza tra l'anziano e il suo responsabile di cura, e ciò va ad incidere anche sugli equilibri familiari e lavorativi di quest'ultimo

La solidarietà intra-generazionale e l'assistenza informale

7

Fino a qualche anno fa la forte solidarietà intra-generazionale ha garantito un'assistenza informale da parte delle generazioni più giovani nei confronti di quelle anziane più fragili

Ma quale scenario si delinea alla luce del processo di invecchiamento registrato in Italia e in Piemonte?

La riduzione del rapporto tra popolazione 50-74enne (in grado di farsi carico di quelli più anziani) e ultra 85enne, cui si assiste nel corso degli ultimi 30 anni è considerevole, tale da esprimere forte preoccupazione per gli effetti sulle condizioni di vita delle persone non autosufficienti e sui “costi” per le famiglie (assistenti familiari, ecc.), se non interverranno profondi cambiamenti in seno al nostro welfare.

I potenziali caregivers: rapporto tra la popolazione 50-74 su over 84

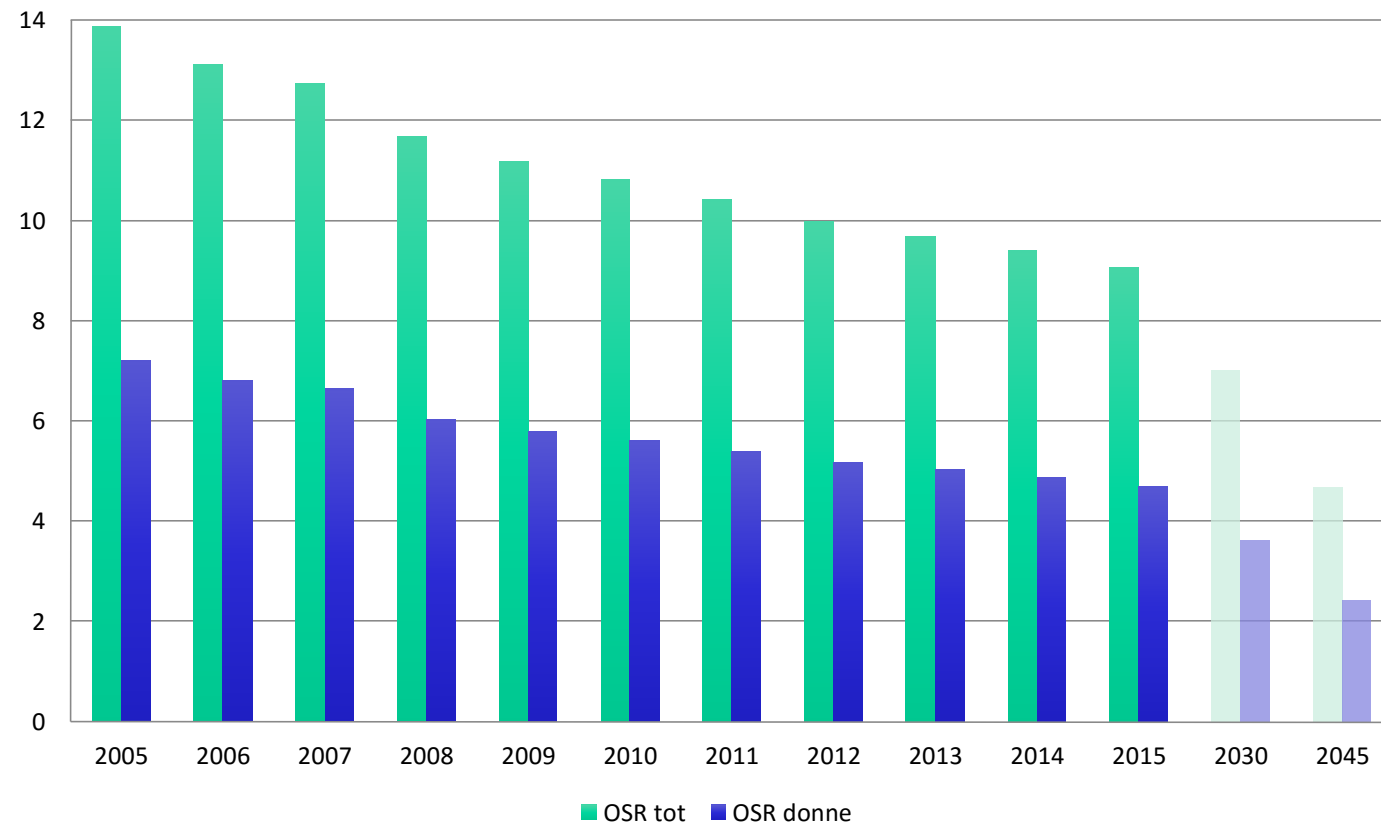
Oldest Support Ratio (OSR)

Questo indicatore (l'OSR) ci dice quanti sono i potenziali *caregivers* per ogni persona di 85 o più anni.

In Piemonte dal 2005 al 2015 questo indicatore è notevolmente diminuito: oggi ci sono solo 9 potenziali *caregivers* per ogni over 84.

I potenziali caregivers donne, che in Italia svolgono la maggior parte del lavoro di cura, sono meno di 5 per ogni grande anziano.

(Elaborazione su dati Istat 2005 – 2015)



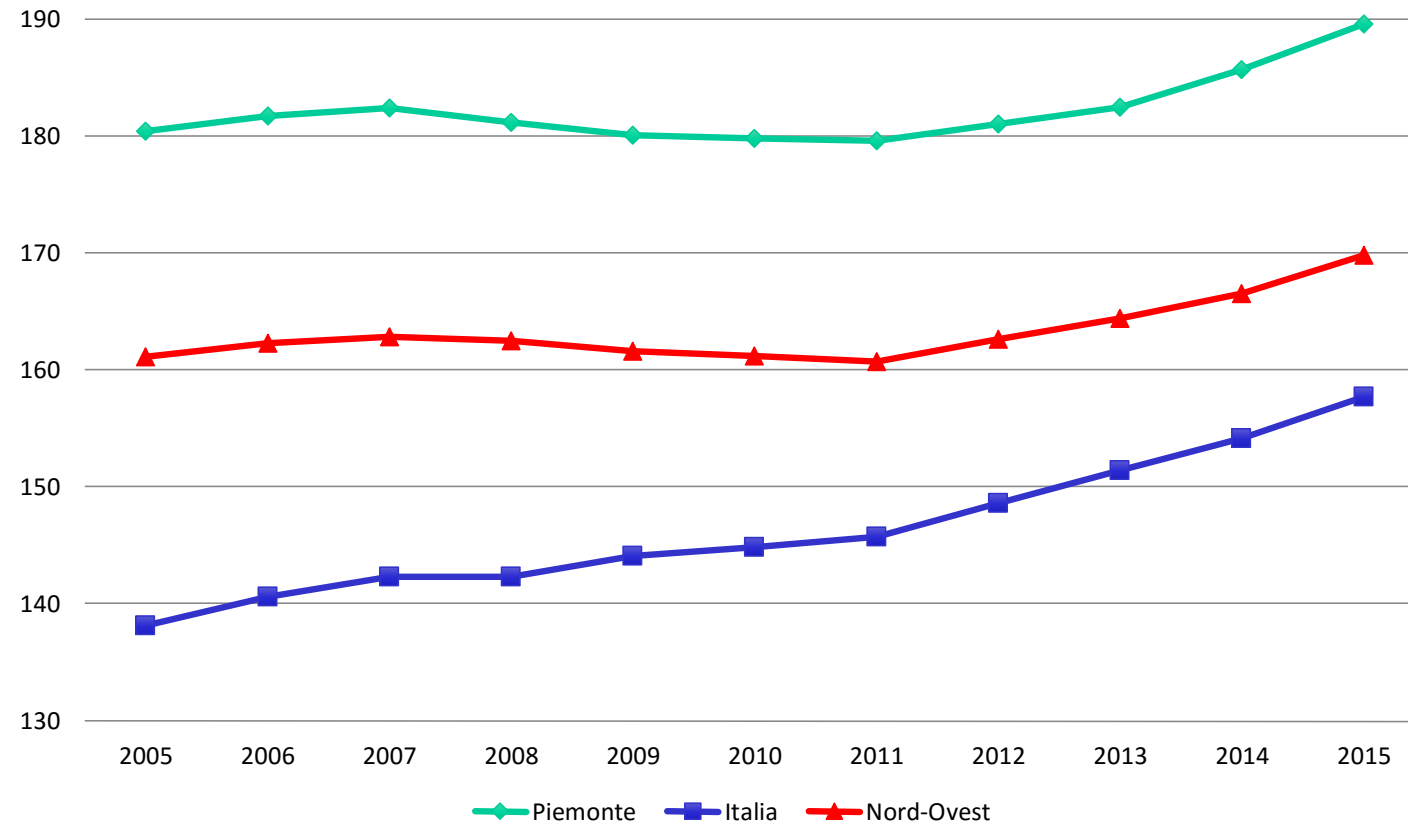
Gli anziani in Piemonte – l'indice di vecchiaia

Il Piemonte presenta un indice di vecchiaia molto elevato: nel 2015 ci sono 190 anziani per ogni giovane minore di 15 anni.

L'indice di vecchiaia piemontese non solo è più alto di quello italiano, ma supera anche quello del nord-ovest di 20 punti.

Nel 2045 si stima arriverà a 267.

(Dati Istat 2005 – 2015)

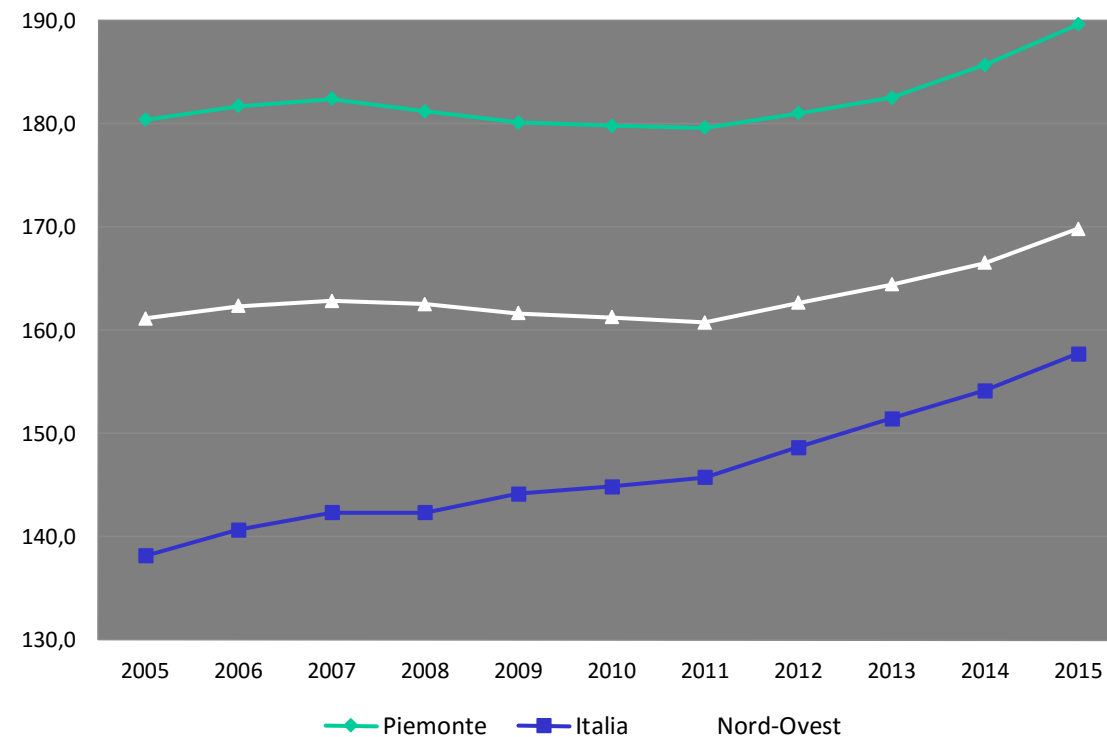


Gli anziani in Piemonte – le proiezioni per l'indice di vecchiaia

In Piemonte l'invecchiamento della popolazione sarà più marcato

Utilizzando le proiezioni demografiche dell'Istat, possiamo anche stimare l'indice di vecchiaia nel 2030 e nel 2045. L'invecchiamento della popolazione non sembra dare segnali di rallentamento nei prossimi 30 anni: per il Piemonte si stima un indice di vecchiaia nel 2045 di 267,4 che supera di circa 35 punti quello italiano e di oltre 20 punti l'indice relativo al Nord-Ovest.

(Dati Istat 2015)



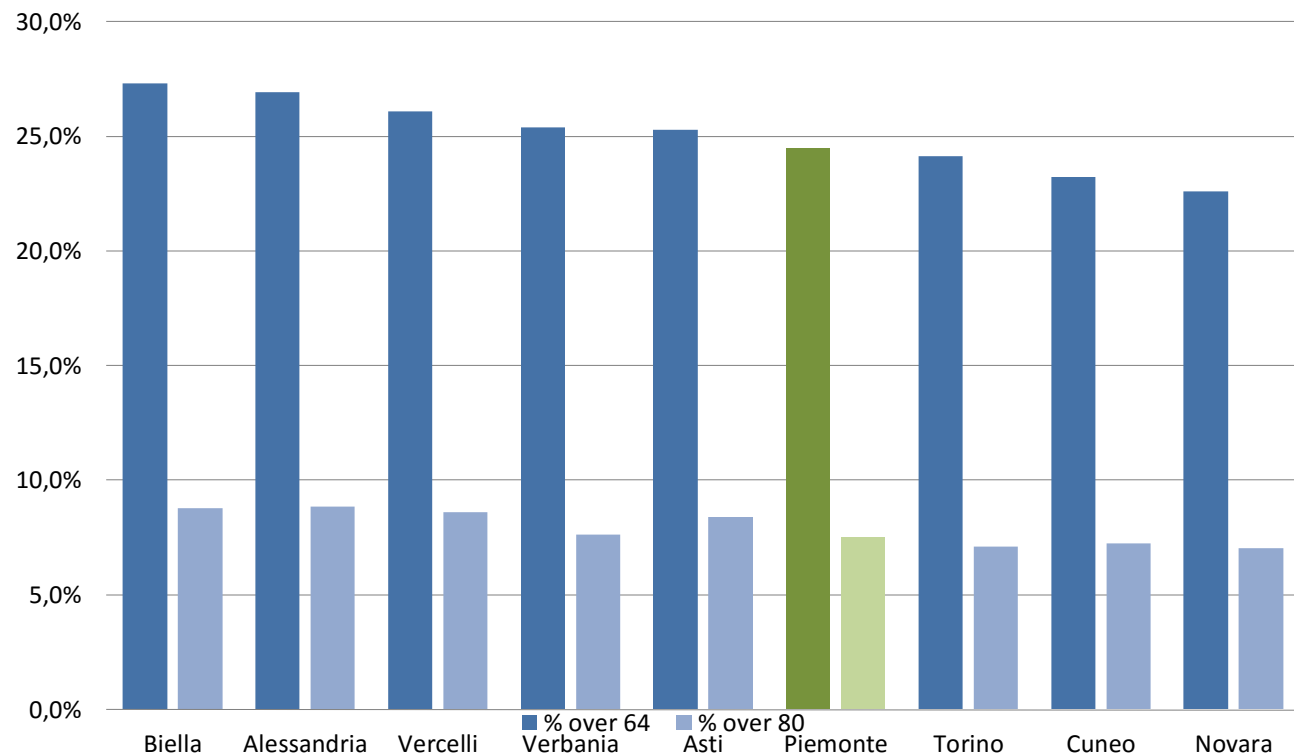
Gli anziani in Piemonte

In Piemonte la popolazione anziana (over 64) è particolarmente elevata e in costante aumento. Nel 2014 sono infatti 1.082.540 le persone anziane, di cui la maggior parte vive a Torino, Cuneo e Alessandria.

Analizzando l'incidenza degli anziani sul totale della popolazione, è possibile vedere che il 24,5% della popolazione supera i 64 anni e il 7,5% ha più di 80 anni. Nelle province di Biella, Alessandria e Vercelli la quota di anziani supera il 26%, mentre Novara, con il 22,6% di anziani, è la provincia più giovane.

(Dati Istat 2015)

Percentuale della popolazione anziana nelle province piemontesi



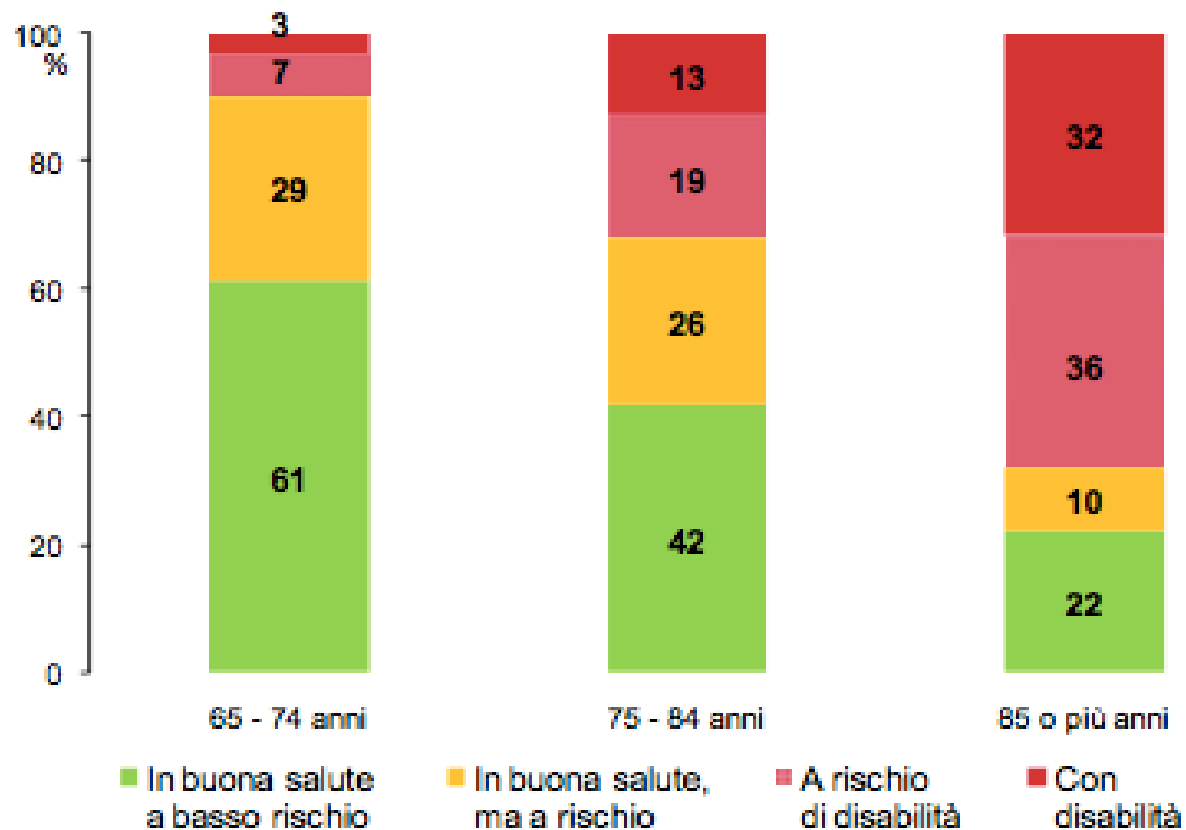
Condizioni di salute degli anziani in Piemonte

Con l'aumentare dell'età è evidente il peggioramento delle condizioni di salute.

Se gli anziani di età 65-74 in buona salute rappresentano il 61% del totale, la quota si riduce al 22% quando superano gli 84 anni.

La percentuale di anziani disabili aumenta, tra i 64 e gli 85 anni, di oltre 10 volte.

(Dati Indagine *Passi d'argento*)



Anziani e disabilità: una stima per il Nord-Italia

La percentuale di anziani nel Nord Italia determina il tasso di disabilità per il 56%.

In particolare, il modello ci dice che per ogni aumento dell'1% della popolazione anziana, il tasso di disabilità aumenta dello 0,21%.

Utilizzando lo stesso modello sui dati dell'Italia nel complesso, le stime non sono significative e possiamo quindi concludere che la percentuale di anziani è una determinante importante del tasso di disabilità solo nel Nord Italia.

(Elaborazione su dati Istat e Agenas)

Variabile	Coefficiente	Errore standard	P-value
costante	-0,005	1,738	0,998
percentuale anziani	0,211	0,076	0,032
R-quadro = 0,563			

Principali indicatori di rischio socio-demografico. Regioni italiane. Anno 2014

Il Piemonte presenta un rischio socio-demografico tra i più alti nel Nord Italia.

Altri fattori che incidono su fabbisogno e organizzazione dei servizi per gli anziani sono:

la marcata frammentazione comunale (602 comuni con pop. inferiore ai mille ab.);

l'urbanizzazione diffusa (Asti, Cuneo, Vco):
polverizzazione delle residenze.

	% persone sole con più di 65 anni	% persone sole con più di 65 anni - maschi	% persone sole con più di 65 anni – femmine	Incidenza della povertà relative – ogni 100 famiglie	%famiglie povere (Italia=100)
Piemonte	15,93	17,64	40,57	5,72	4,24
Valle d'Aosta	17,9	26,27	49,79	7,05	0,09
Lombardia	14,78	16,69	41,8	6,43	6,54
Trentino-Alto Adige	13,18	17,08	38,14	4,32	1,04
Veneto	12,95	14,47	34,93	6,56	3,17
Friuli-Venezia Giulia	17,83	20,33	43,45	6,09	1,08
Liguria	19,82	23,95	44,3	6,55	1,77
Emilia-Romagna	14,84	17,13	37,51	4,52	3,68
Toscana	15,25	15,38	36,95	4,84	2,99
Umbria	15,47	14,42	37,43	10,86	1,21
Marche	14,78	15,18	34,49	8,37	1,2
Lazio	14,7	21,46	38,72	8,45	6,02
Abruzzo	15,93	15,67	40,92	15,52	2,61
Molise	17,1	18,78	39,96	19,59	0,85
Campania	12,81	15,87	36,38	23,06	16,9
Puglia	13,31	12,75	36,25	23,91	12,47
Basilicata	15,74	15,21	42,02	22,94	1,93
Calabria	13,31	12,71	38,81	32,35	7,33
Sicilia	14,98	16,3	42,78	32,45	19,67
Sardegna	13,52	20,29	34,07	24,81	5,22
Italia	14,69	16,85	38,98	12,59	100

Fonte: Elaborazioni IRES Lucia Morosini su dati ISTAT

La non autosufficienza in Piemonte (pop. anziana)

Il Piemonte presenta una bassa percentuale di anziani con limitazioni funzionali: il 14,7% contro il 19,8% della media nazionale.

Anche confrontando gli anziani piemontesi con quelli delle regioni del Nord-Italia, il Piemonte mostra una situazione generalmente più positiva.

Leggermente più alta della media settentrionale è la % di anziani con limitazioni di vista, udito e parola.

Regioni	Confinamento	Limitazioni nelle funzioni della vita quotidiana	Limitazioni nel movimento	Limitazioni vista, udito e parola	Totale
Piemonte	6,3	9	8,8	3,7	14,7
Valle D'Aosta	7,2	9,1	9,1	3,3	14,4
Liguria	7,4	9,9	8,4	2,9	15
Lombardia	7,9	9,5	7,7	3,5	15,7
Veneto	7,6	12,4	9,3	4,6	18,7
Friuli-Venezia Giulia	9,7	11,2	9	4,6	17,4
Emilia-Romagna	7,2	12,3	9,2	4,7	17,9
Toscana	8,5	9,8	10,5	4,6	17,6
Umbria	8,3	15,3	11,8	6,2	21,3
Marche	10	13,7	9	5,2	19,2
Lazio	9,5	12,2	9,6	5,7	19,4
Abruzzo	8,8	13,1	7,6	6,2	19,2
Molise	9,4	12,2	11,9	4,9	20,6
Campania	12,9	16,2	12,2	7,4	25,2
Puglia	14,3	18,7	13,4	6,6	26,9
Basilicata	9,3	11,2	8,4	7,6	19,7
Calabria	10,9	15,3	11,5	7,1	22,8
Sicilia	12,8	16,8	13,8	6,3	25,5
Sardegna	10,6	17	13,8	5,8	25,4
Italia	9,4	12,8	10,2	5,2	19,8

L'ISTAT si riferisce a persone con limitazioni funzionali e non più a persone con disabilità, in coerenza con i nuovi indirizzi dell'Organizzazione mondiale della sanità (World Health Organization, WHO), in base ai quali la disabilità si pone come il risultato dell'interazione tra condizioni di salute e fattori contestuali, personali e ambientali.

Pensioni di invalidità e indennità di accompagnamento

Il Piemonte eroga l'indennità di accompagnamento all'8,3% degli anziani, una percentuale leggermente inferiore sia a quella del Nord-Ovest (8,8%) sia a quella italiana (10,9%).

Le donne rappresentano oltre il 70% dei beneficiari, un dato che conferma la maggior fragilità delle donne in età avanzata rispetto agli uomini.

La pensione di invalidità è erogata allo 0,5% degli anziani, in linea con il dato del Nord-Ovest e dell'Italia.

(Dati Inps 2015)

Regioni	Pensioni di invalidità	Indennità di accompagnamento
Piemonte	0,5	8,3
Liguria	0,5	9,1
Lombardia	0,4	9
Nord-Ovest	0,4	8,8
Veneto	0,4	9,5
Friuli-Venezia Giulia	0,4	9,7
Emilia-Romagna	0,4	8,9
Toscana	0,5	9,4
Umbria	0,7	16,1
Marche	0,6	12,4
Lazio	0,5	12,2
Abruzzo	1	13,1
Molise	1	10,9
Campania	0,5	14,4
Puglia	0,7	13,7
Basilicata	1,9	11,8
Calabria	0,9	16,7
Sicilia	1	13,2
Sardegna	0,7	14
Italia	0,6	10,9
Di cui donne (%)	70,5	71
Importo medio (euro)	252	501

I dati sulle prestazioni ASL. Le cure domiciliari: i casi trattati ogni 1000 abitanti

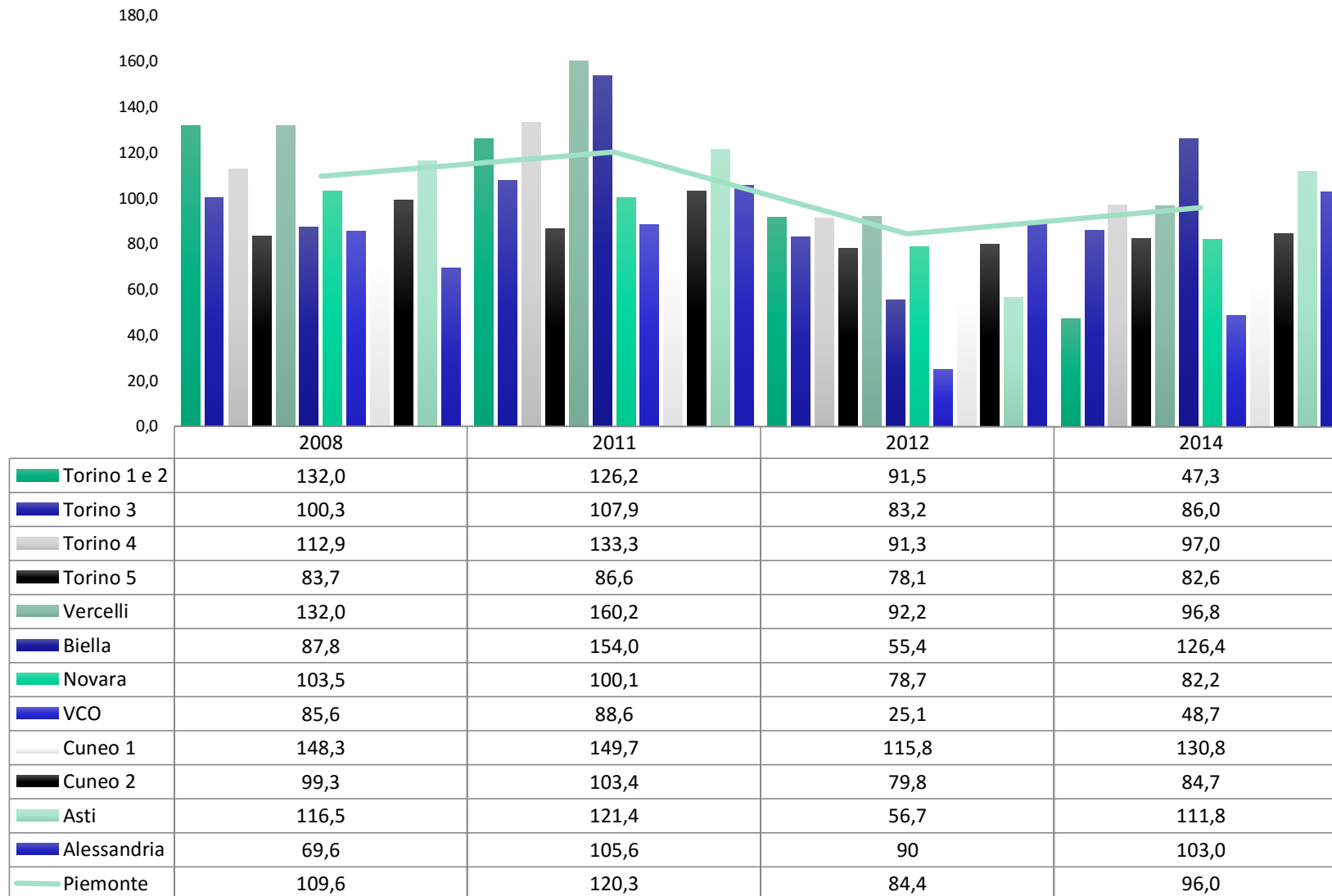
I casi di cure domiciliari in Piemonte aumentano tra il 2008 e il 2011, passando da 109 ogni 1000 abitanti a oltre 120.

Nel 2012 si assiste ad una netta diminuzione dei casi trattati: 84,4 ogni 1000 abitanti.

Nel 2014 c'è una leggera ripresa (96 casi), ma non si raggiunge ancora il livello del 2011

I forti divari territoriali rilevati fanno pensare a una disparità nell'accesso alle prestazioni. Torino 1 e 2, Vercelli, Novara e Vco presentano marcate riduzioni, in generale tutta l'area di Torino è in calo.

(Elaborazione Ires Morosini su dati Regione Piemonte)



Le cure domiciliari: la durata media in giornate

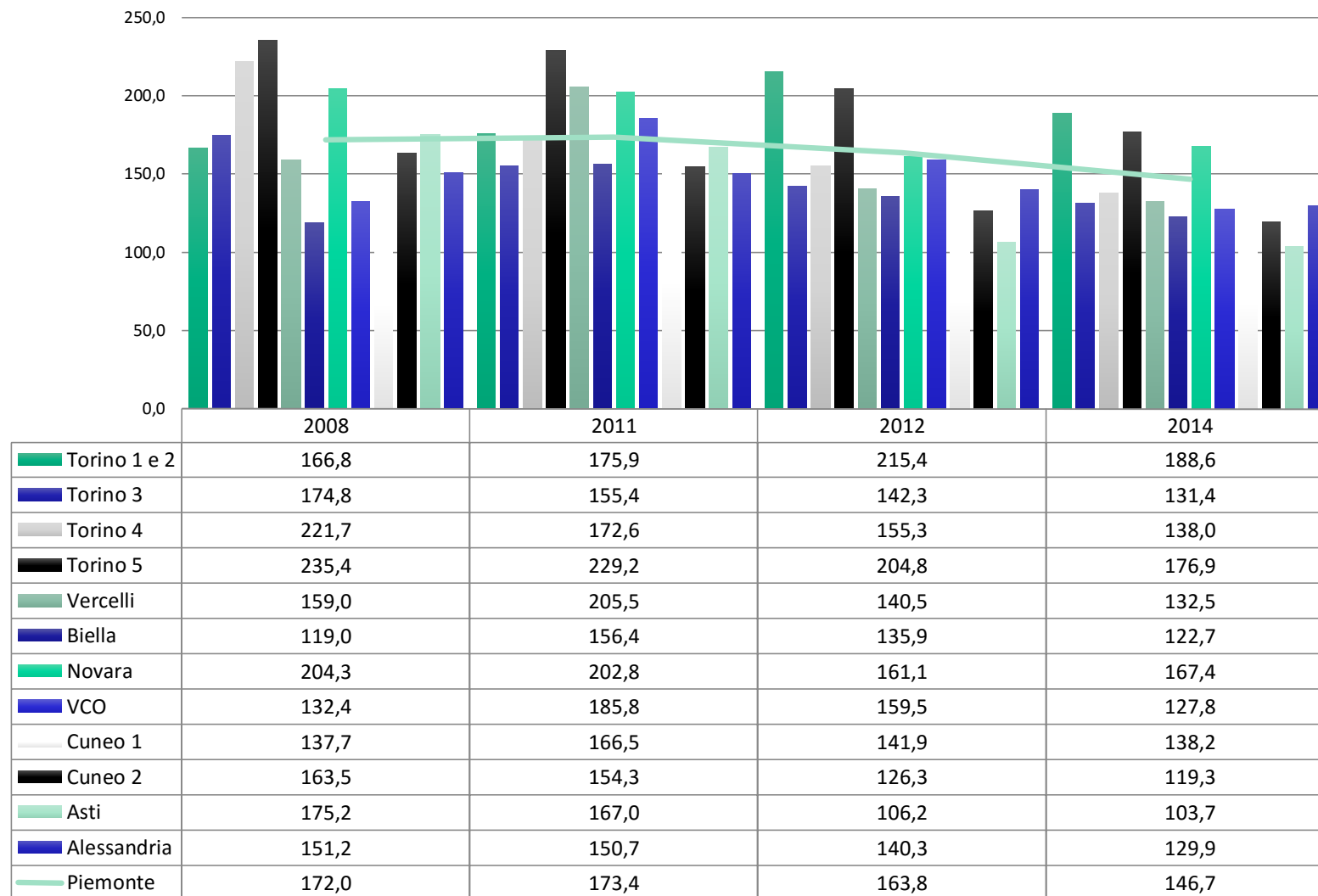
In Piemonte, nel 2008-2014, la durata media delle Cure domiciliari diminuisce da 172 a 146,7 giornate.

A livello territoriale si ha un aumento (a 166,8 a 188,6) a Torino 1 e 2, a Biella (da 119 a 122,7), Cuneo 1 (da 137,7 a 138,2).

Forte il calo invece ad Asti (da 175,2 a 103,7), Torino 4 (da 221,7 a 138,0) e Torino 5 (da 235,4 a 176,9).

Nel 2014 la durata media delle Cure domiciliari rilevate a Torino 1 e 2 è quasi il doppio del risultato di Asti.

(Elaborazione Ires Morosini su dati Regione Piemonte)



Le cure domiciliari nel 2014: i casi trattati ogni 1000 abitanti: forti divari territoriali

Nel 2014, considerando il totale delle prestazioni, si passa dalle 130,8 prestazioni ogni mille abitanti rilevate presso Cuneo 1 alle 47,3 di Torino 1 e 2 e alle 48,3 del Vco.

Le cure multiprofessionali sono più frequenti nell'Asl Alessandria (65,5) e Biella (67,6) e diventano rare invece a Torino 1 e 2 (7,8), Vco (11,7). Prestazioni contenute in tutta l'area metropolitana.

Torino 1 e 2 prestano una forte attenzione all'Adi lunga assistenza.

(Elaborazione Ires Morosini su dati Regione Piemonte)

Asl	multiprofessionale	monoprofessionale	lunga assistenza	cure domiciliari
Torino 1 e 2	7,8	25,7	13,8	47,3
Torino 3	22,2	59,6	4,2	86,0
Torino 4	25,3	68,8	2,8	97,0
Torino 5	22,4	48,7	11,5	82,6
Vercelli	26,5	70,2	0,0	96,8
Biella	67,6	58,8	0,0	126,4
Novara	33,9	46,1	2,2	82,2
VCO	11,7	37,0	0,0	48,7
Cuneo 1	46,6	67,8	16,4	130,8
Cuneo 2	54,9	29,4	0,4	84,7
Asti	30,8	81,1	0,0	111,8
Alessandria	65,5	31,7	5,7	103,0
Piemonte	33,3	53,2	9,5	96,0

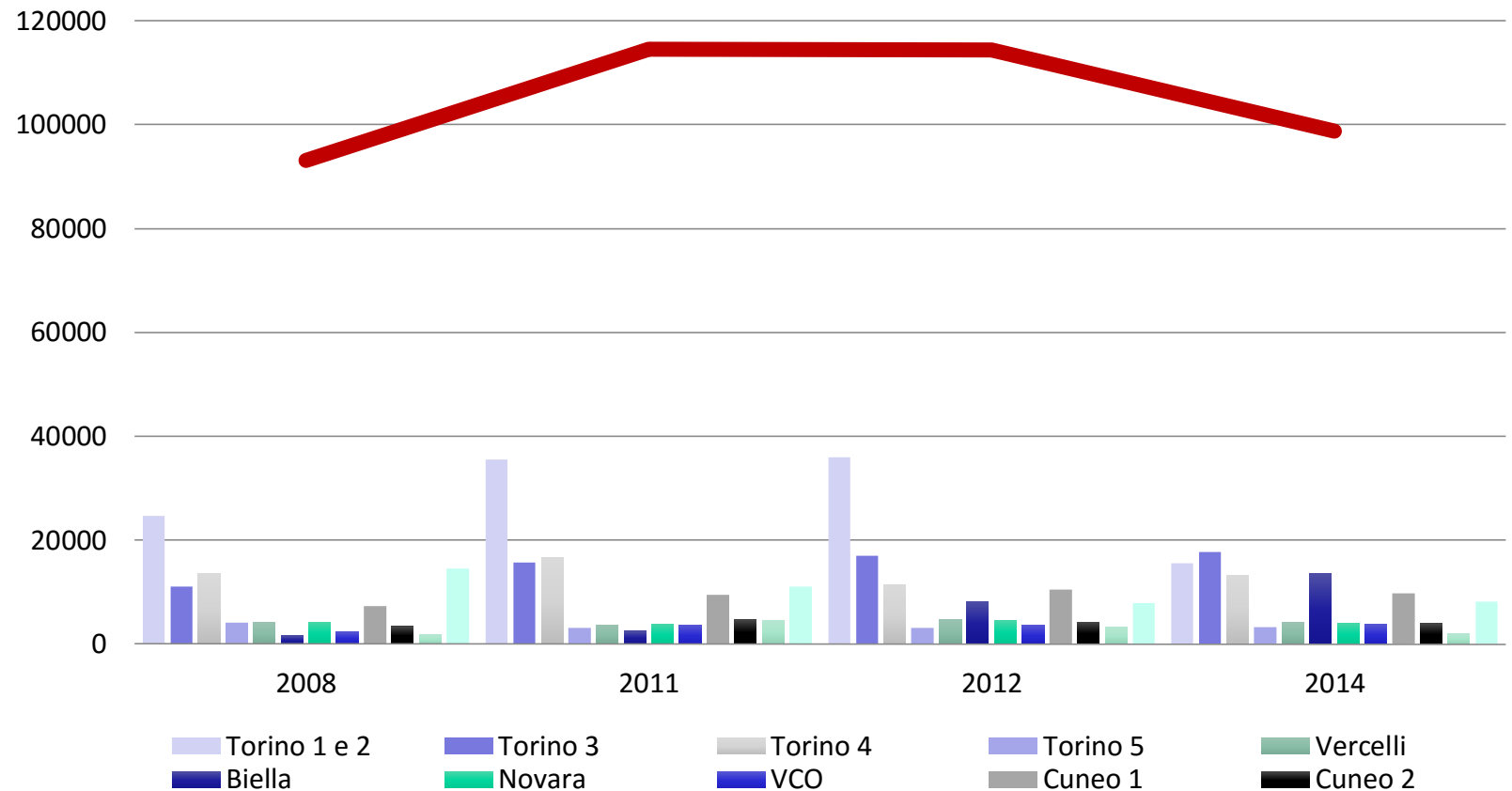
Le cure domiciliari: la spesa totale

La spesa totale per l'assistenza domiciliare è aumentata tra il 2008 e il 2011, passando da 93 a 114 milioni.

Tra il 2011 e il 2012 la spesa totale è stabile, per poi diminuire nuovamente nel 2014, anche se rimane comunque superiore alla spesa del 2008.

Nel 2014 sono infatti stati spesi poco meno di 100 milioni.

(Elaborazione Ires Morosini su dati Regione Piemonte)



Le cure domiciliari: il costo per giornata

Il costo per giornata può essere considerato un indicatore di efficienza: più è basso più il servizio è efficiente.

Tra il 2008 e il 2012 è sempre aumentato, passando da 4,9 a 7 euro.

Nel 2014 ha iniziato a diminuire nuovamente, arrivando a 6,5.

Dalla deviazione standard (una misura di variabilità), notiamo importanti differenze territoriali, in particolare nel 2012. Si passa dai 3,9 euro rilevati ad Asti ai 18,7 euro di Biella

(Elaborazione Ires Morosini su dati Regione Piemonte)

Asl	2008	2011	2012	2014
Torino 1 e 2	5,2	7,4	5,7	3,9
Torino 3	5,2	7,3	10,9	11,2
Torino 4	4,9	6,4	6,9	8,1
Torino 5	3,4	2,5	3,0	3,2
Vercelli	4,4	2,5	8,1	7,0
Biella	3,7	2,4	23,9	18,7
Novara	2,8	2,6	4,5	3,6
VCO	5,3	5,3	21,6	14,1
Cuneo 1	3,8	4,1	6,7	5,5
Cuneo 2	5,7	7,8	10,9	9,8
Asti	1,8	4,5	10,8	3,2
Alessandria	11,9	6,0	5,3	5,1
Piemonte	4,9	5,4	7,0	6,5
Deviazione Standard	2,5	2,1	6,6	4,9

Il confronto temporale

Abbiamo studiato la relazione tra il numero di anziani presenti in ciascuna ASL piemontese e il numero di casi di assistenza monoprofessionale attivati. La relazione è piuttosto evidente: all'aumentare del numero di anziani, aumentano i casi attivati. Inoltre, il numero di anziani spiega il 79,5% del numero di casi di assistenza effettuati ($R\text{-quadro}=0,795$).

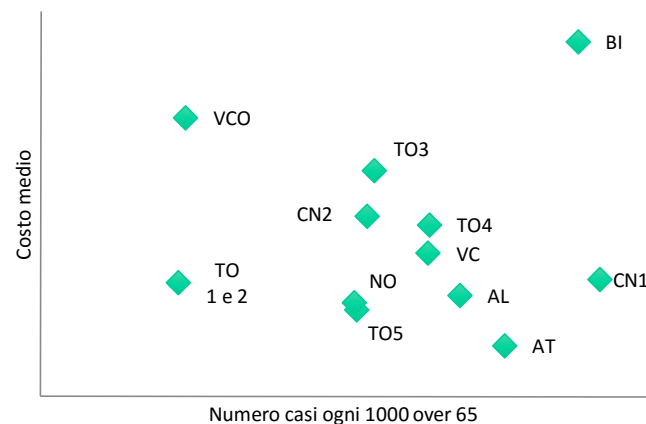
L'assistenza monoprofessionale è di gran lunga più diffusa di quella multiprofessionale (cioè il servizio che risponde in modo articolato, sul fronte socio-sanitario, ai bisogni del paziente), soprattutto per quanto riguarda Torino1 e 2 e Vercelli. A proposito delle cure multiprofessionali, nonostante in Piemonte nel complesso siano ancora troppo poco diffuse, bisogna ammettere un certo miglioramento rispetto al 2012. La differenza nella distribuzione percentuale delle cure domiciliare tra il 2014 e il 2012 ci fa notare uno spostamento di circa 10 punti percentuali tra l'assistenza monoprofessionale e quella di lungo periodo verso un intervento svolto in equipe. In particolare questo processo si è verificato a Biella, Alessandria, Cuneo1 e Novara, mentre Asti e Torino centro sembrano aver fatto un leggero passo indietro, aumentando le cure monoprofessionali rispetto a quelle multiprofessionali.

Non c'è correlazione tra risorse spese e livello dei servizi

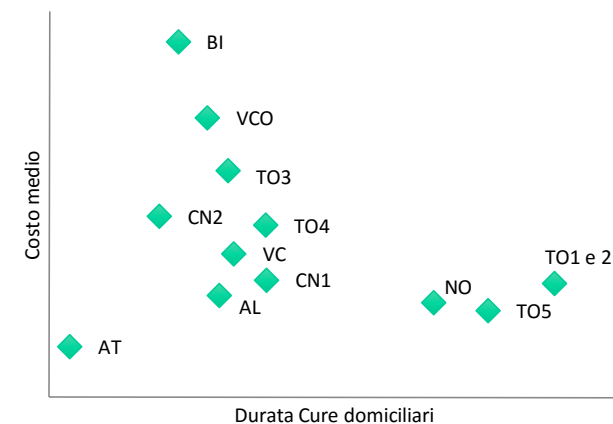
Esiste una correlazione tra il costo medio di cure domiciliari e il numero di giornate offerte e quella tra il costo medio e il numero di casi di assistenza attivati?

La figura ci mostra che in nessuno dei due casi sembra esserci una forte correlazione, anche se la relazione tra il costo e la durata delle cure domiciliare pare essere leggermente più marcata. Complessivamente, si conferma l'ipotesi la mancanza di una forte correlazione tra risorse spese e livello di servizi.

Relazione tra la diffusione del servizio e costo medio



Relazione tra durata del servizio e costo medio per utente



L'assistenza semi-residenziale (i centri diurni): durata media in giornate

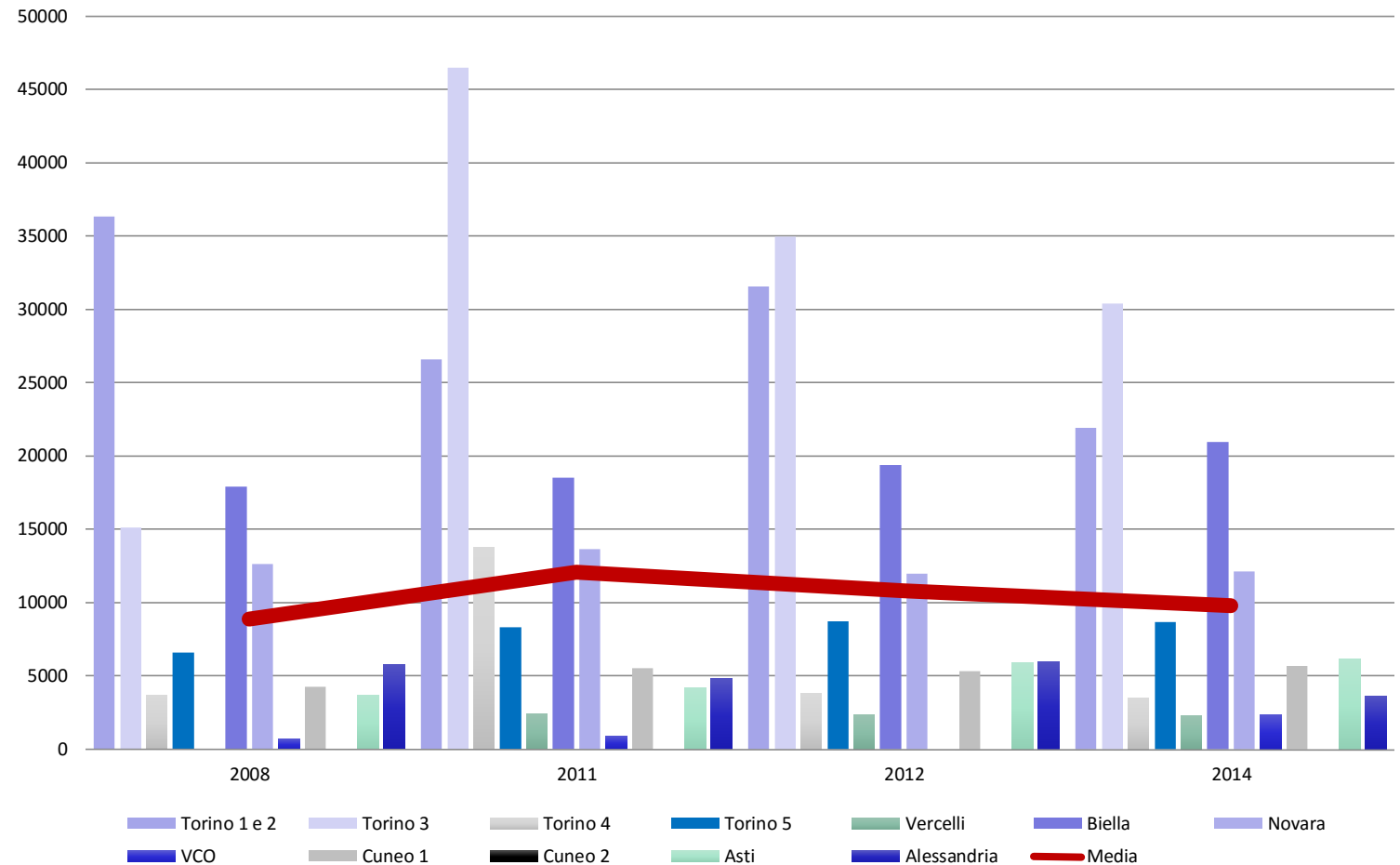
Dopo un leggero aumento della durata media di assistenza semi-residenziale nel 2011, i centri diurni hanno ricominciato a ridurre le giornate offerte.

Nel 2014 sono di poco superiori al 2008.

Al confronto con le altre regioni del Nord il Piemonte si distingue per una bassa offerta di questa tipologia di servizio.

Le Asl che offrono il maggior numero di giornate sono Torino 1, 2 e 3, mentre l'Asl Verbania presenta il numero minore, dopo quella di Cuneo2 che non eroga questo tipo di servizio.

(Elaborazione Ires Morosini su dati Regione Piemonte)



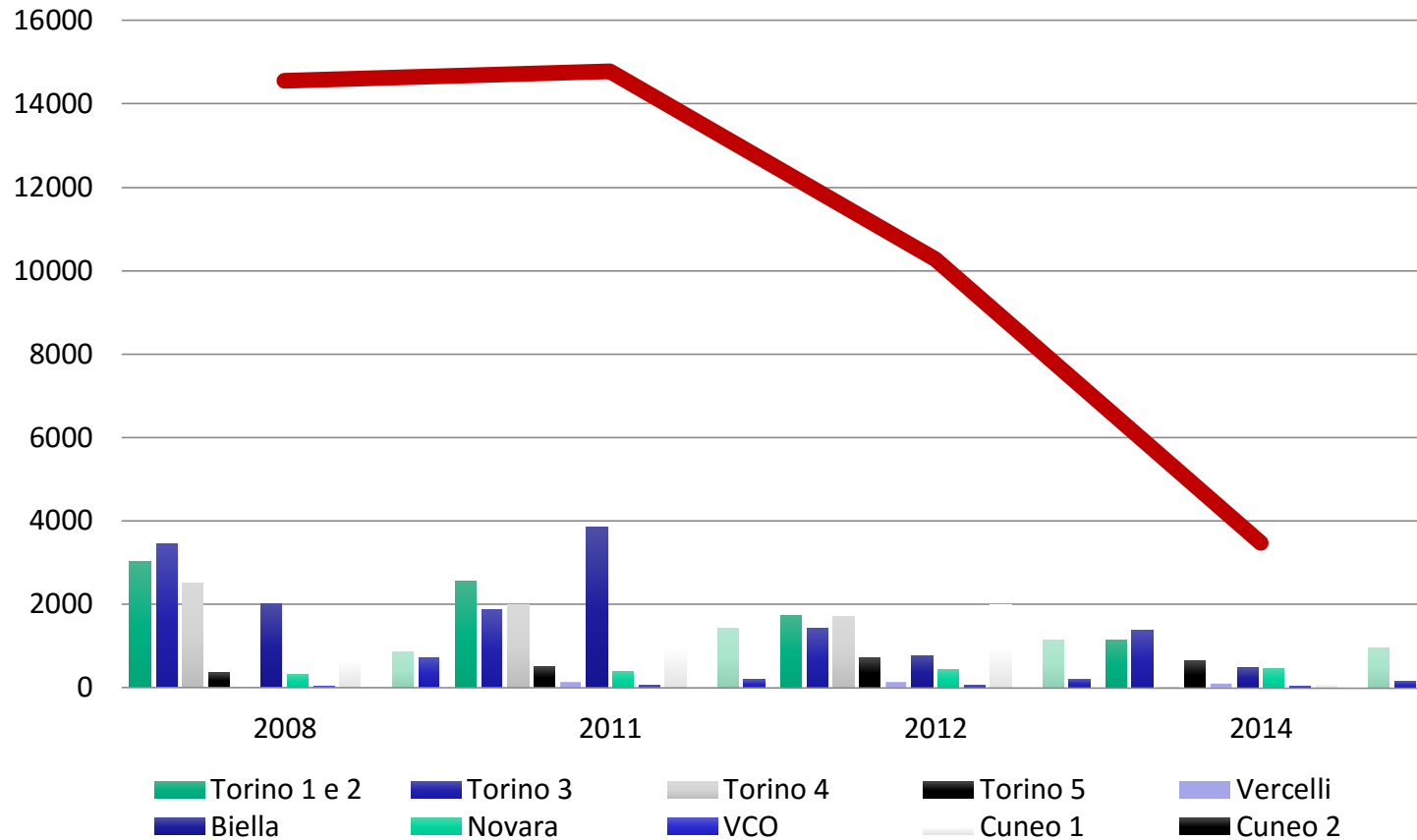
L'assistenza semiresidenziale: la spesa totale

Guardando la spesa totale del Piemonte per l'assistenza semi-residenziale notiamo una drastica riduzione a partire dal 2011.

Si passa da circa 14 milioni a 3,5 milioni spesi nel 2014.

Le Asl che hanno maggiormente ridotto la spesa sono Torino 4, Biella e Cuneo 1.

(Elaborazione Ires Morosini su dati Regione Piemonte)



L'assistenza semiresidenziale: il costo per giornata

Il costo per giornata di assistenza sembra indicarci un aumento di efficienza tra il 2008 e il 2014.

Se nel 2008 una giornata di assistenza costava in media 136 euro, nel 2014 costa solo 29,4 euro.

Anche le differenze territoriali sono nettamente diminuite, fatta eccezione per Asti.

(Elaborazione Ires Morosini su dati Regione Piemonte)

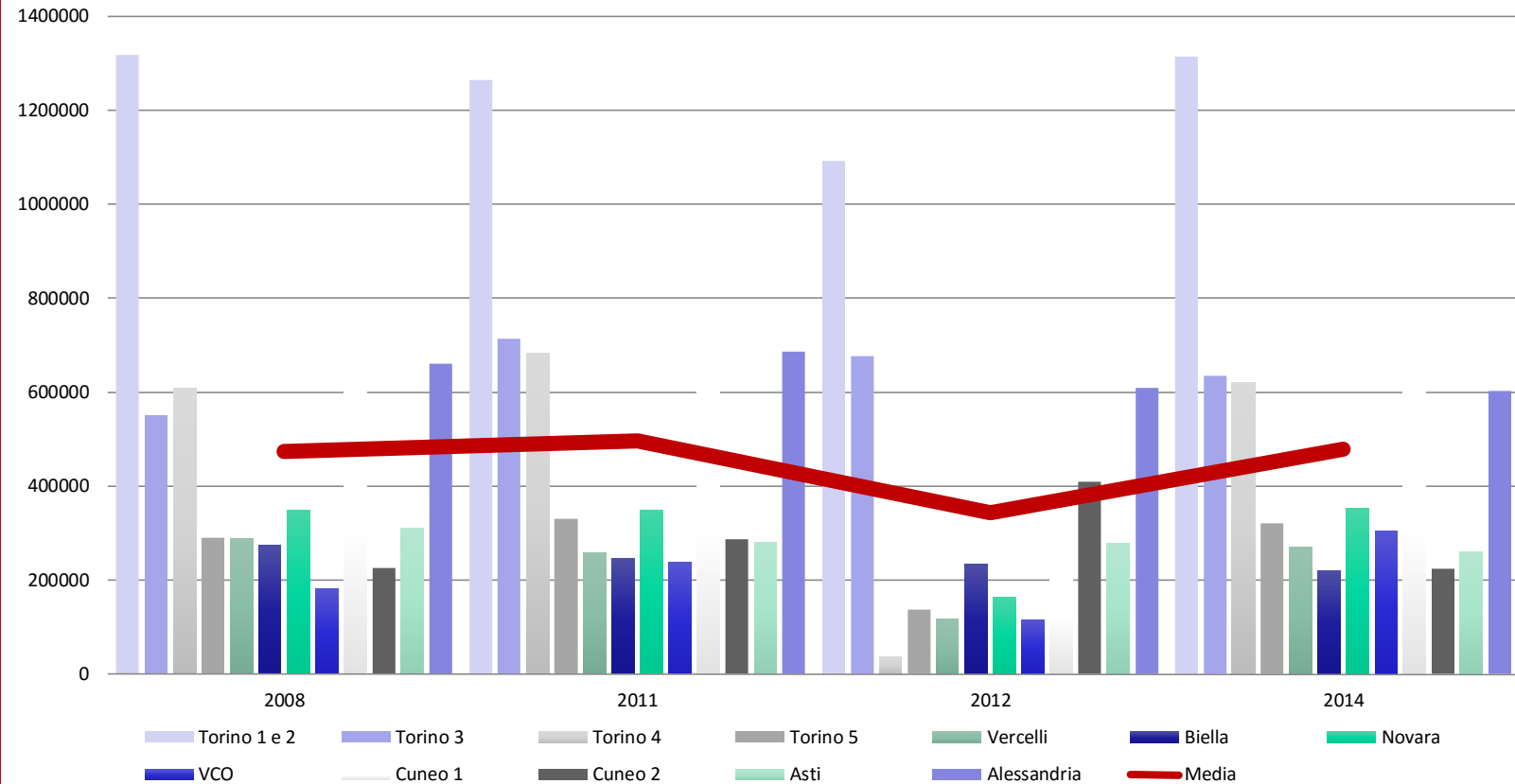
	2008	2011	2012	2014
Torino 1 e 2	82,8	95,3	54,7	52,1
Torino 3	228,2	39,8	40,4	44,8
Torino 4	674,4	144,0	452,3	5,0
Torino 5	52,8	59,7	81,6	73,8
Vercelli	0,0	54,5	54,3	35,7
Biella	112,6	206,9	39,2	22,2
Novara	25,3	28,6	35,7	36,0
VCO	39,4	59,9	/	10,1
Cuneo 1	321,2	350,4	375,8	35,1
Cuneo 2	0,0	0,0	0,0	0,0
Asti	226,5	334,5	193,5	156,2
Alessandria	121,0	39,0	34,8	37,9
Piemonte	136,6	101,9	79,0	29,4
Deviazione Standard	191,8	118,7	152,6	41,4

L'assistenza residenziale: durata media

Dopo un leggero aumento delle giornate di assistenza residenziale nel 2011, si è verificata una lieve diminuzione nel 2012 per poi tornare ai livelli iniziali nel 2014. L'offerta del servizio è infatti abbastanza rigida.

Le Asl che offrono il minor numero di giornate sono Biella e Cuneo 1.

(Elaborazione Ires Morosini su dati Regione Piemonte)



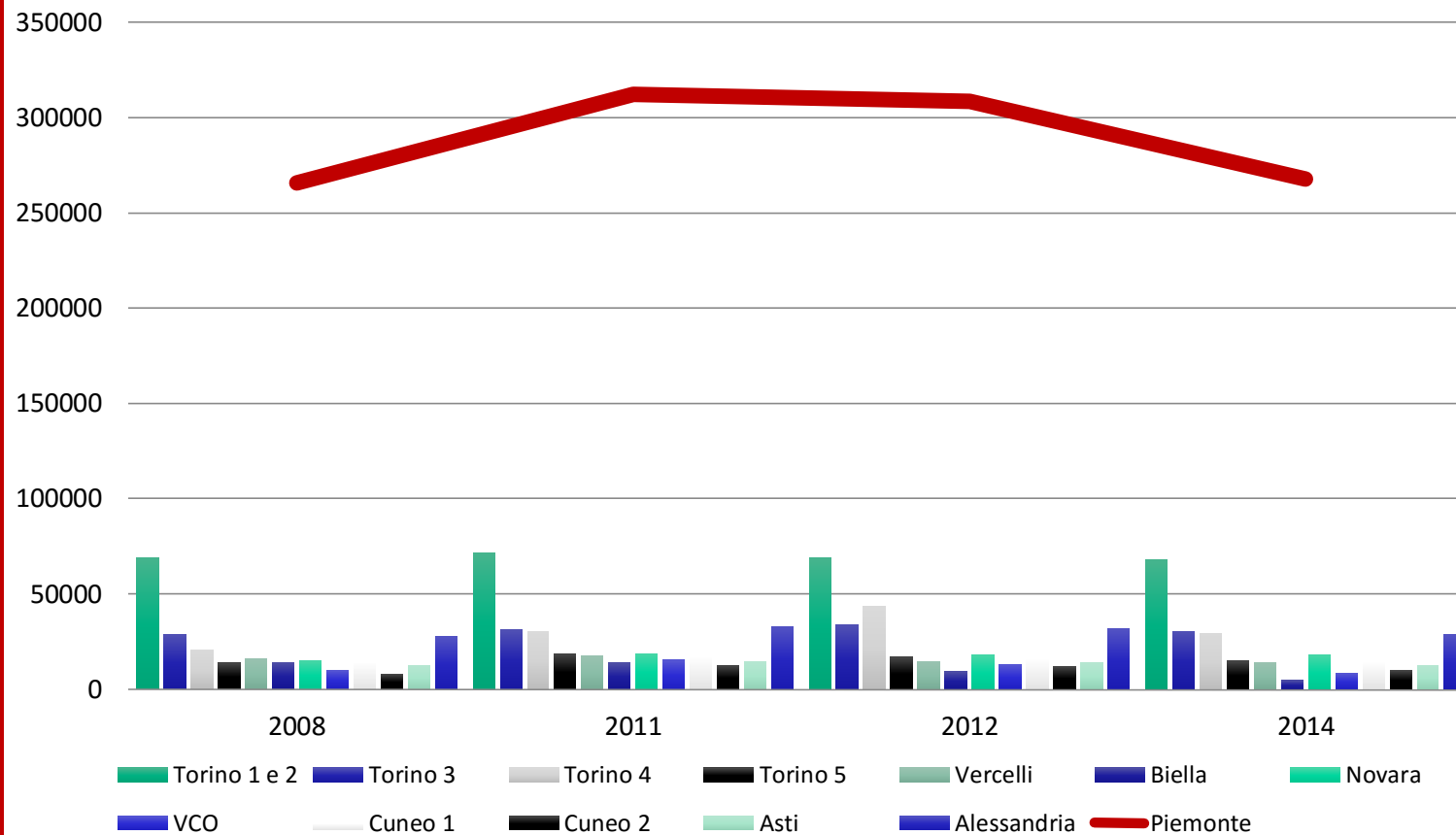
L'assistenza residenziale: spesa totale

La spesa totale del Piemonte per l'assistenza residenziale aumenta leggermente nel 2011 e 2012, per poi abbassarsi nuovamente nel 2014.

Da 265 milioni del 2008 si passa ai circa 310 del 2011 e 2012. Nel 2014 sono stati invece spesi 267 milioni.

Le Asl di Torino sono quelle che spendono di più.

(Elaborazione Ires Morosini su dati Regione Piemonte)



L'assistenza residenziale: il costo per giornata

Il costo per giornata, escludendo il 2012, è rimasto sostanzialmente stabile: va dai 46,7 euro del 2014 ai 52,4 del 2011.

Sono però aumentate nel 2014 le differenze territoriali.

(Elaborazione Ires Morosini su dati Regione Piemonte)

	2008	2011	2012*	2014
Torino 1 e 2	-52,4	-56,7	-62,9	-51,6
Torino 3	-52,6	-43,9	-49,5	-47,7
Torino 4	-33,6	-44,7	-1157,5	-46,8
Torino 5	-47,4	-55,9	-123,5	-46,2
Vercelli	-56,4	-66,6	-124,5	-52,2
Biella	-52,0	-56,2	-40,3	-22,2
Novara	-43,1	-53,3	-109,1	-50,1
VCO	-56,3	-64,4	-111,6	-27,6
Cuneo 1	-48,0	-57,1	-134,3	-48,3
Cuneo 2	-35,1	-44,0	-29,6	-44,3
Asti	-40,3	-51,0	-48,8	-47,7
Alessandria	-41,8	-48,2	-52,3	-47,8
Piemonte	-46,8	-52,4	-75,0	-46,7
Deviazione Standard	7,8	7,5	313,2	9,4

* Dati da verificare

L'assistenza residenziale: dal 2014 al 2015

- Dagli ultimi dati disponibili emerge che tra il 2014 e il 2015 il numero dei casi trattati in assistenza residenziale è diminuito del 7,5%, passando da 25.830 a 23.899
- La spesa, che nel 2014 è stata di circa 267 milioni, non è aumentata nell'ultimo anno
- In lista di attesa ci sono circa 32.000 persone, di cui la maggior parte (circa 19.000) in attesa dell'assistenza residenziale e 13.000 in attesa di quella domiciliare.
- In base alle dichiarazioni degli assessori regionali, a fine 2014 gli anziani assistiti nelle Rsa erano poco più di 16mila, quelli seguiti con le Cure domiciliari circa 8mila. Si tratta di valori molto bassi, se parametrati alla popolazione anziana.
- E' quindi necessario investire maggiormente in questo settore, per poter rispondere adeguatamente ai bisogni della popolazione anziana.
- Non si tratta di investire solo sull'assistenza domiciliare:

Le prospettive d'intervento

- Non si tratta di investire solo sull'assistenza domiciliare
- Occorre puntare all'attivazione di un "sistema a rete", per garantire un'assistenza continua e globale ad una domanda sempre più complessa e flessibile. Le strutture residenziali di assistenza extra-ospedaliera dovrebbero svolgere una funzione di raccordo tra gli ospedali e i servizi presenti nel territorio (anche diversificando le attività).
- La collaborazione con i primi ha come obiettivo la riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri e la continuità assistenziale nella fase post-acuta; il collegamento con i servizi territoriali (il medico di medicina generale, l'assistenza domiciliare integrata, i centri diurni; ecc.) dovrebbe essere, invece, finalizzato alla ricerca di soluzioni assistenziali coerenti con le esigenze degli anziani e comunque diverse dalla istituzionalizzazione (salvo i casi non diversamente gestibili).

Il welfare familistico e la non autosufficienza

Nella Ue a 15, nell'ambito delle politiche di welfare spesso gli aiuti informali prestati dalle famiglie alle persone non autosufficienti sono minoritari, vengono regolati da Stato ed enti territoriali e supportati dall'occupazione formale, pubblica o privata o di terzo settore, esterna alla famiglia.

Un'ipotesi di partenza del nostro lavoro è che se l'attivazione di una cospicua quota di aiuti informali agisce come costante nei comportamenti di gran parte delle famiglie europee che sono costrette ad affrontare la non autosufficienza, le principali variabili che spiegano le differenze territoriali (a livello di singoli Paesi europei e, all'interno del nostro Paese, a livello regionale) nei modelli di cura informali, chiamano in causa il livello dell'offerta di servizi pubblici per la non autosufficienza e come il lavoro di cura viene ripartito a livello di genere all'interno della famiglia.

Il welfare familistico e la non autosufficienza: la ripartizione ineguale del lavoro di cura

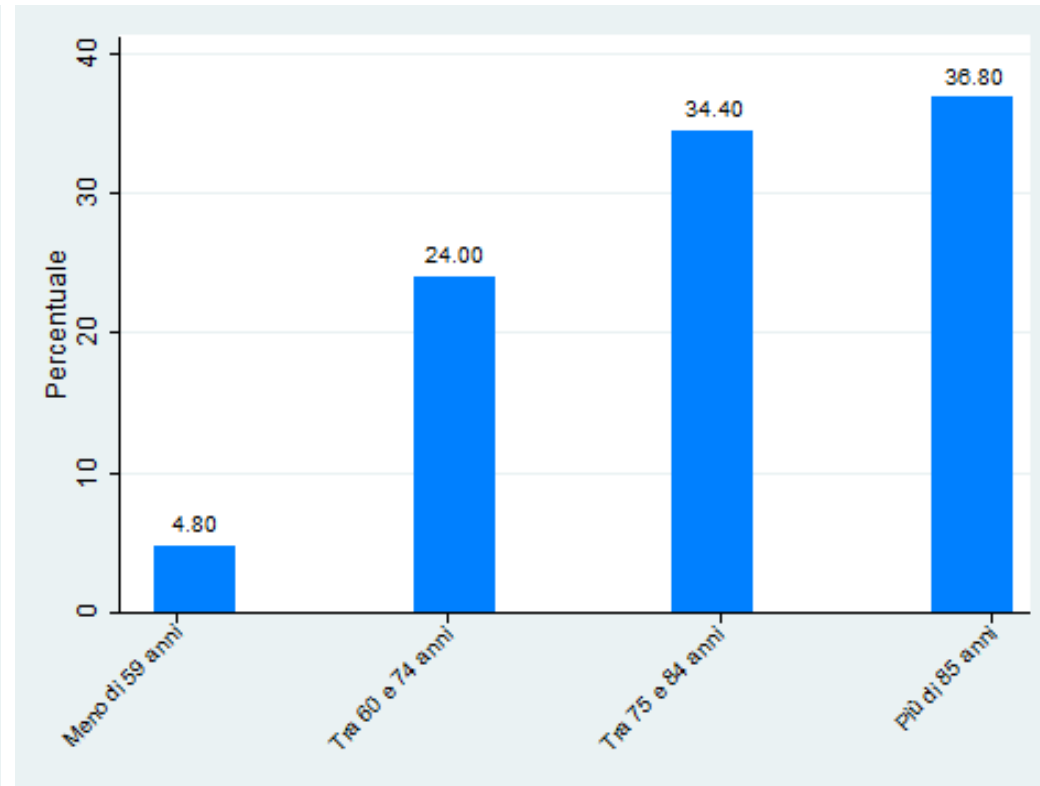
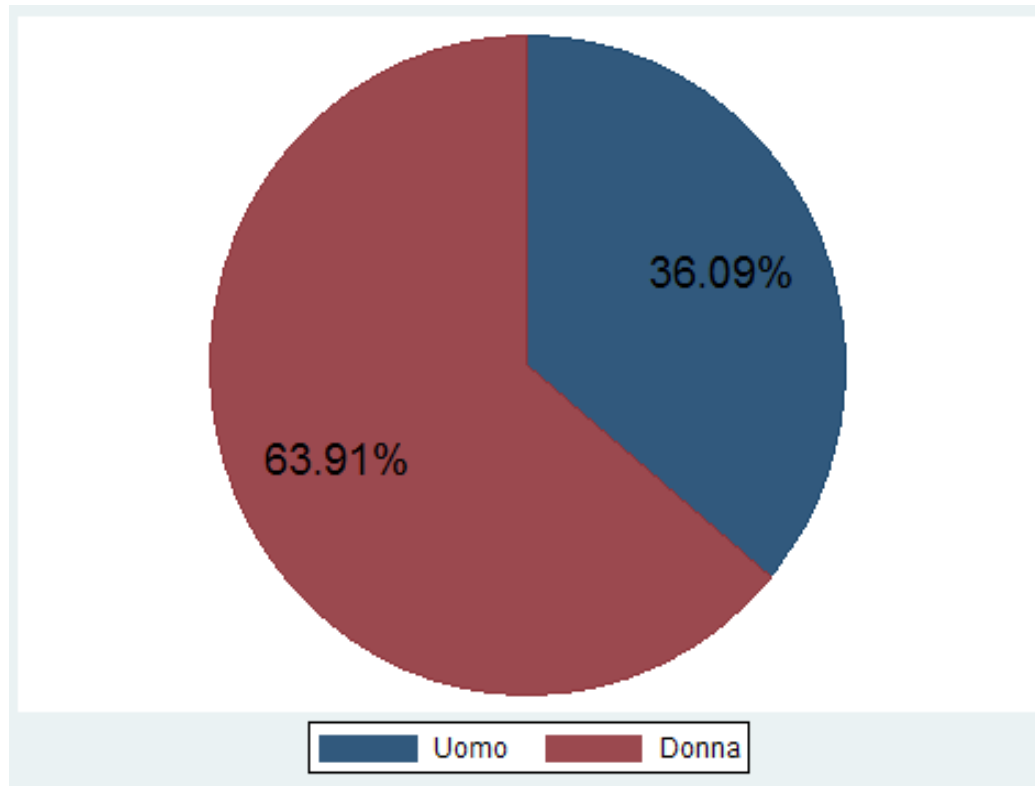
In Europa, nell'ambito delle politiche di welfare spesso gli aiuti informali prestati dalle famiglie alle persone non autosufficienti sono minoritari, vengono regolati da Stato ed enti territoriali e supportati dall'occupazione formale, pubblica o privata o di terzo settore, esterna alla famiglia.

Si calcola che in Italia sono state prestate 3 miliardi di ore di aiuto informale, 2,2 miliardi delle quali sono state prestate da donne (Rapporto ISTAT, 2011). Tale ripartizione ineguale si aggiunge a quella ormai tradizionalmente operante nelle attività domestiche.

Indicazioni sul ruolo svolto dai fattori culturali provengono dall'esame della ripartizione dei carichi domestici e di cura, in Italia particolarmente squilibrata (Banca d'Italia, 2011), in base alla quale gli uomini lavorano molto meno, perché le donne dedicano più ore al lavoro domestico anche rispetto alle altre donne europee.

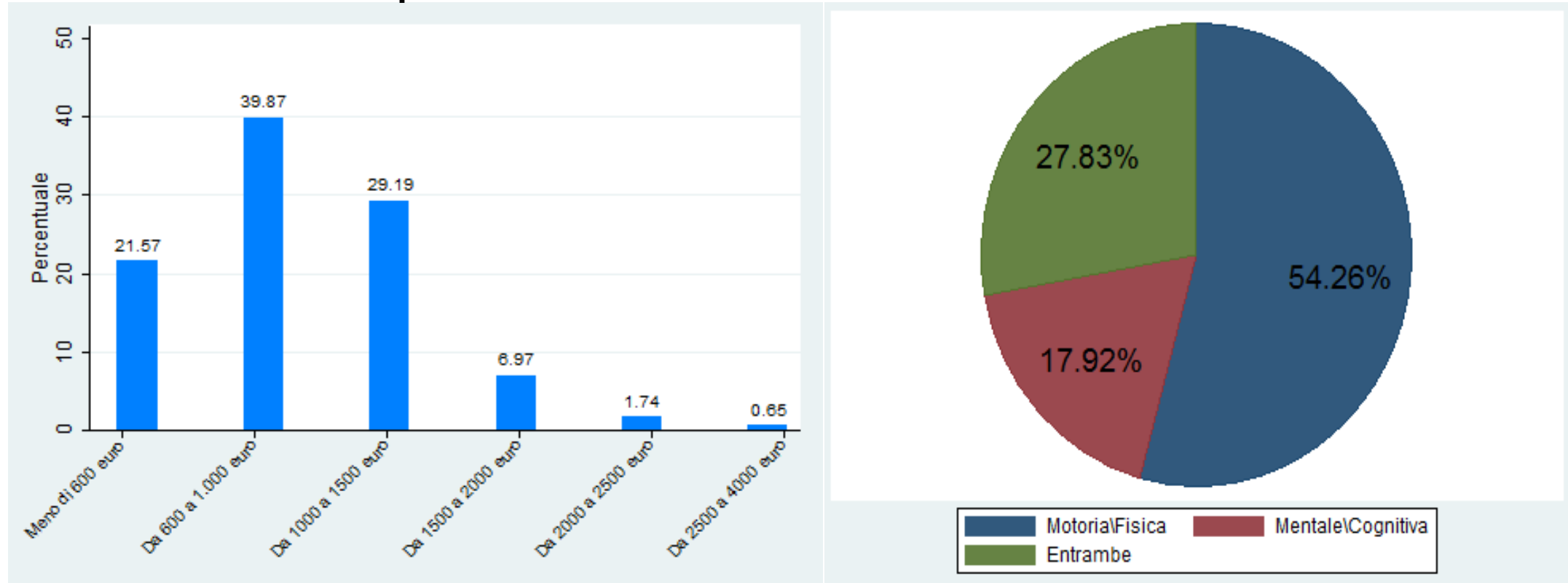
L'indagine sui caregivers (500 familiari di anziani non autosufficienti)

Le caratteristiche delle persone anziane non autosufficienti



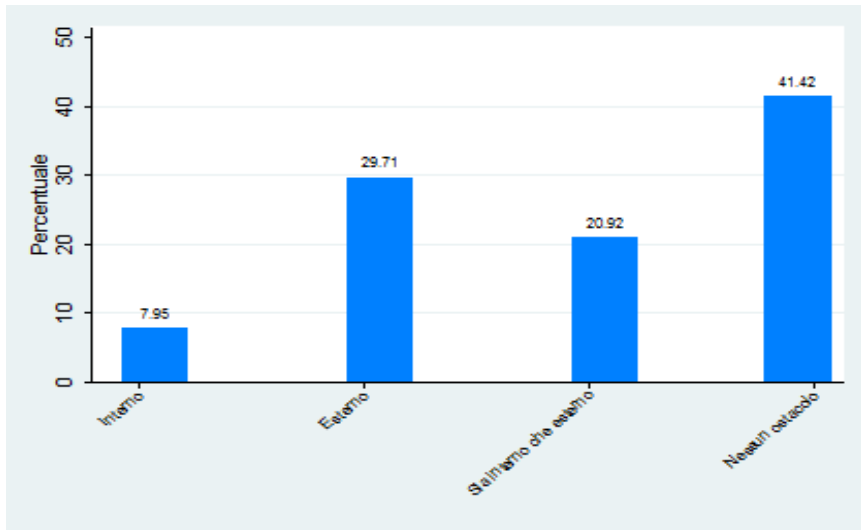
L'indagine sui caregivers (500 familiari di anziani non autosufficienti)

Le caratteristiche delle persone anziane non autosufficienti

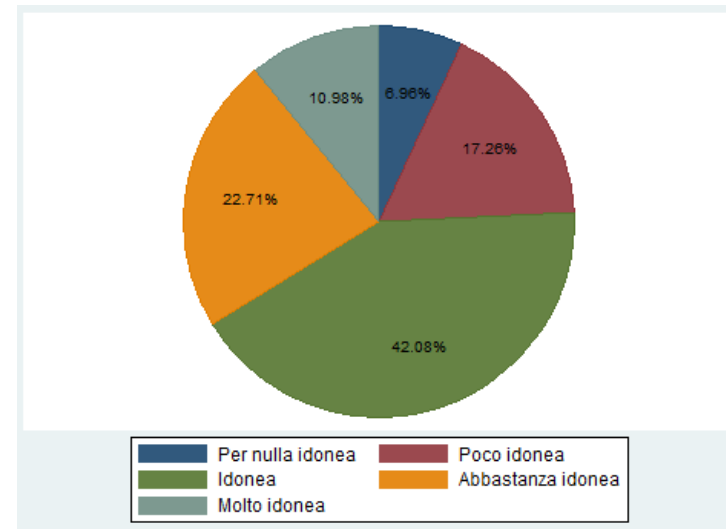


Le abitazioni degli anziani non autosufficienti

Ostacoli presenti nelle case delle persone non autosufficienti (N=478)



Idoneità abitazione (N=484)



L'indagine sui caregivers (500 familiari di anziani non autosufficienti)

Il sostegno economico percepito dai non autosufficienti	%	N
Indennità di accompagnamento	44.20	221
Pensione di invalidità	20.40	102
Pensione da lavoro/assegno sociale	65.80	329
Alcun reddito	1.20	6
Reversibilità	26.60	133
Altro	6.20	31

Le donne hanno una propensione maggiore a percepire l'indennità di accompagnamento (10,9%) rispetto agli uomini (come era naturale attendersi, visto che nel campione il rapporto tra donna e uomo è di 2 a 1). Aver contratto una malattia grave aumenta tali possibilità (26,9%). Avere un'età maggiore favorisce, seppur in piccole proporzioni, la possibilità di accedere all'indennità di accompagnamento (5,9%), mentre di grande rilevanza è il fatto di risiedere a Torino (19,4%). Se il titolo di studio praticamente non esercita influenza sulla variabile dipendente, risulta interessante che un più basso reddito (con la soglia di 1000 euro mensili) è associato ad una diminuzione della propensione ad ottenere l'assegno di accompagnamento.

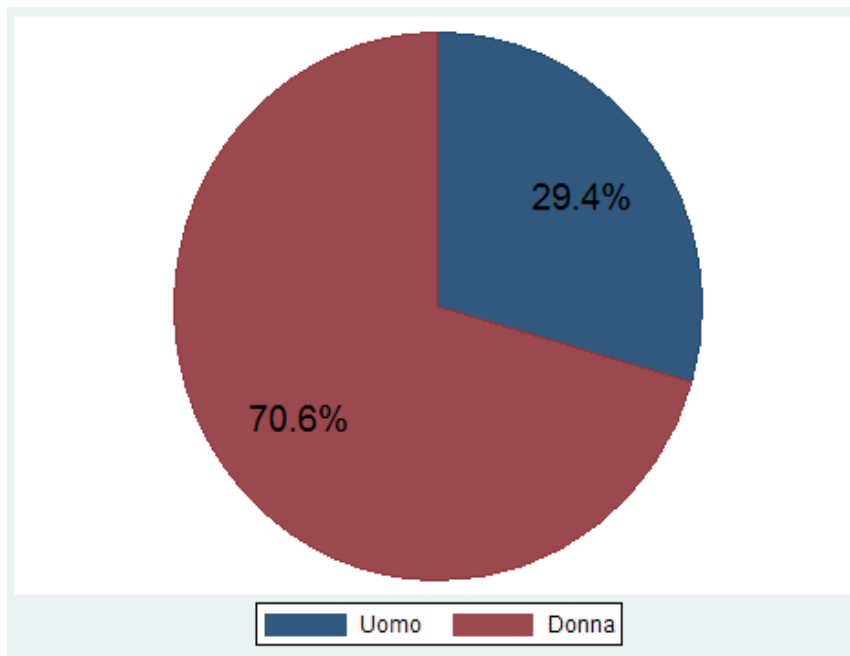
Determinanti per la percezione dell'assegno di accompagnamento (N=500)

Errori standard tra parentesi. *parametro significativo (p-value=0,001)

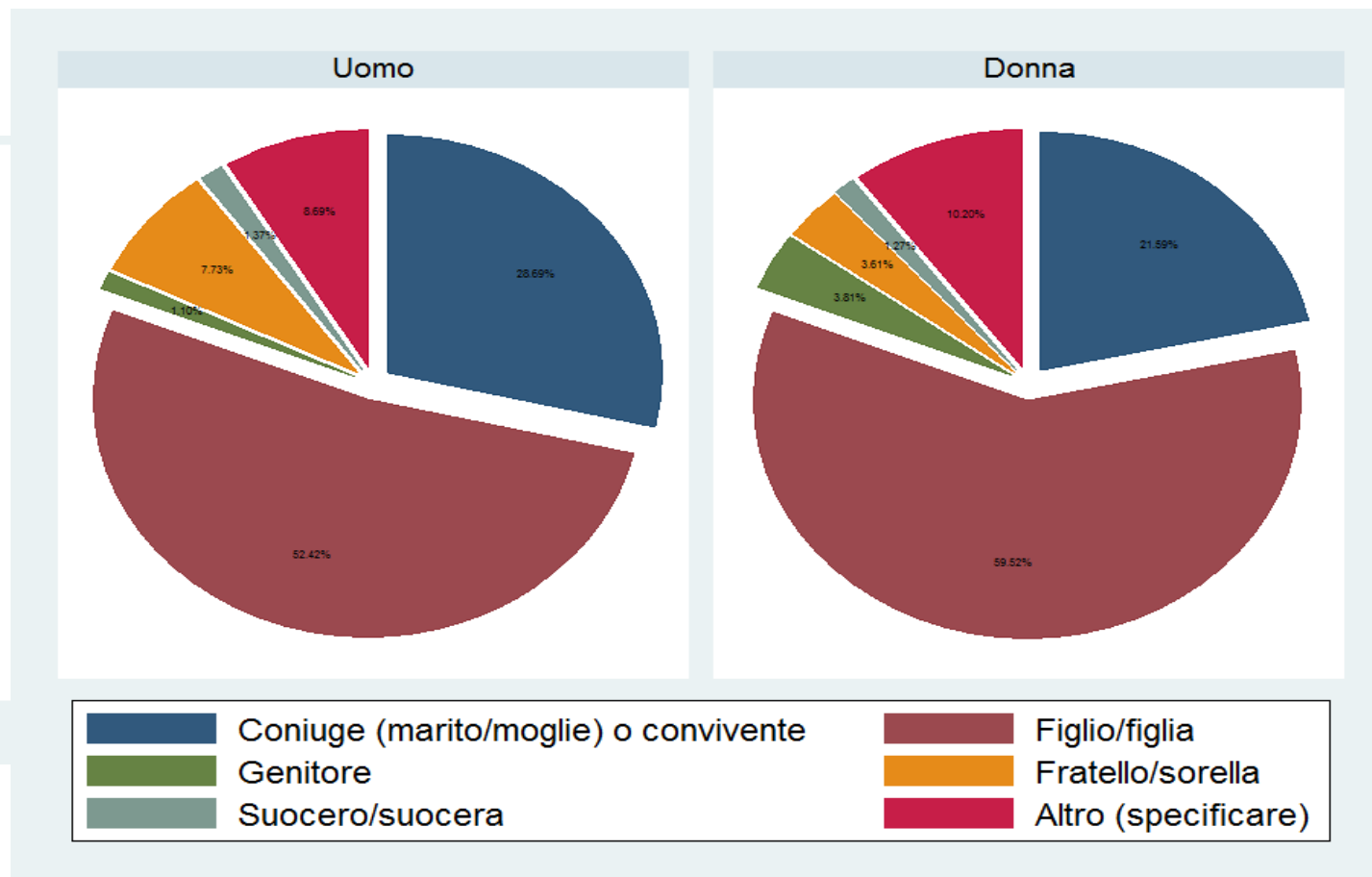
	Odds ratio		Effetto marginale	
Donna	1.751	(.473)	.109*	(.051)
Età (maggiore di 75 anni)	1.349	(.365)	.059	(.054)
Titolo di studio (licenza elementare)	0.899	(.237)	-.021	(.053)
Reddito malato (meno di 1000 euro)	0.601	(.169)	-.102*	(.055)
Provincia (Torino)	2.646	(.635)	.194*	(.044)
Malattia grave	3.840	(.985)	.269*	(.044)

Le caratteristiche dei caregivers (500 familiari di anziani non autosufficienti)

Composizione di genere dei caregivers (N=500)



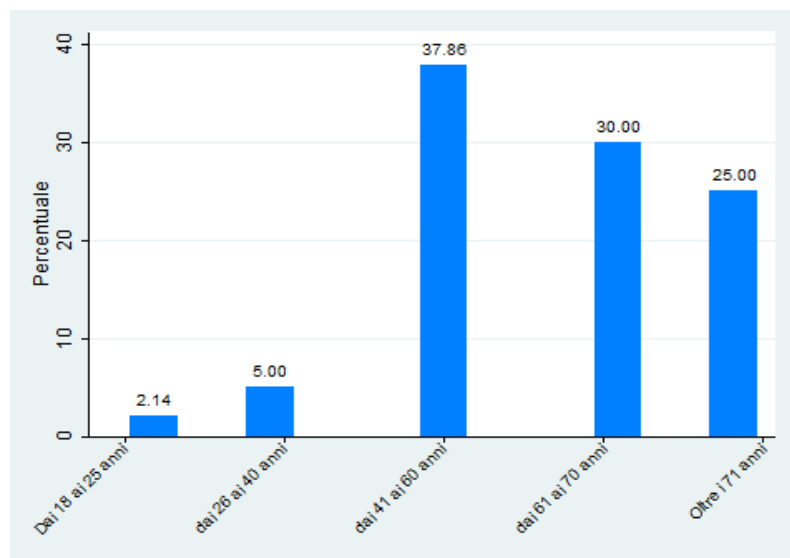
Grado di parentela con le persone non autosufficienti (N=500)



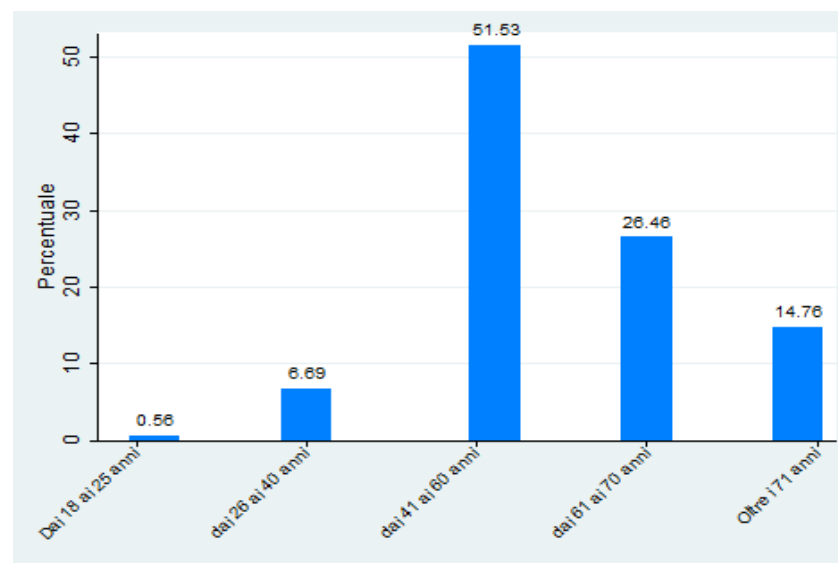
Le caratteristiche dei caregivers (500 familiari di anziani non autosufficienti)

Età caregivers, per il genere

Uomini (N=140)



Donne (N=360)



L'indagine sui caregivers: lo scambio intergenerazionale

	18-25 anni	26-40 anni	41-60 anni	61-70 anni	Più di 70 anni	Totale
Coniuge	0.00	0.00	7.56	22.63	78.41	23.65
Figlio/figlia	80.00	67.74	76.47	56.93	7.95	58.52
Genitore	0.00	3.23	4.20	1.46	2.27	3.01
Fratello/sorella	0.00	9.68	1.26	4.38	9.09	4.01
Suocero/suocera	0.00	0.00	1.26	2.19	0.00	1.20
Altro	20.00	19.35	9.24	12.41	2.27	9.62
Totale						
(%)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
(N)	5	31	238	137	88	499

In quest'analisi la variabile riferita al genere non è presente, poiché non sembra esserci una distinzione fra legame e genere e fra età e genere, ma al massimo fra composizione di genere dell'intera popolazione dei caregivers.

La tabella rappresenta l'incrocio tra l'età del caregiver principale ed il legame familiare che questi ha con il proprio assistito.

Tra gli individui che prestano principalmente aiuto assistenziale, si trovano solo 36 soggetti che hanno un'età inferiore ai 40 anni. E' interessante notare che salendo nell'età dei caregivers, il legame familiare si sposta dall'essere figli/e ad essere il coniuge del malato. Questo risultato sembra confermare un'ipotesi di uno scambio ineguale fra generazioni.

L'indagine sui caregivers: la frequenza delle attività di cura

Il dato è riferito al caregiver familiare «principale», con responsabilità di assistenza nei confronti del parente non autosufficiente

	Uomo	Donna	Totale
<i>Tempo settimanale:</i>			
Fino a 20 ore	53.62	34.37	39.76
Fino a 40 ore	18.84	20.00	19.68
Fino a 70 ore	8.70	11.27	10.55
Oltre 70 ore	18.84	34.37	30.02
Totale	100.00	100.00	100.00
<i>Tempo giornaliero:</i>			
Meno di due ore	33.13	20.29	25.36
Da 3 a 6 ore	35.25	32.57	33.33
Da 6 a 9 ore	7.91	14.29	12.47
Oltre 9 ore	18.71	32.86	28.83
Totale	100.00	100.00	100.00

Le caratteristiche delle attività di cura

Come si era già appurato dalle analisi precedenti, le donne hanno una propensione più alta (18,5%) rispetto agli uomini di impiegare di impiegare più di 70 ore settimanali alla cura dell'assistito. Anche avere un'età superiore ai 65 anni è collegata ad un aumento di questa probabilità (16,7%). La spiegazione di ciò è di facile intuizione, essendo l'età fortemente correlata con la probabilità di essere occupato e di conseguenza si riduce il tempo a disposizione per l'assistenza al malato.

Una variabile che influenza in maniera negativa questo *outcome* (-8,9%) risulta essere l'alta istruzione da parte del caregivers. Di facile intuizione è anche il fatto che se la malattia viene ritenuta grave, allora aumenta (16,0%) la propensione di dedicare molto tempo alle attività di cura.

Il reddito dell'assistito sembrerebbe non influenzare la variabile dipendente. Come ci si poteva attendere, ricevere un aiuto di tipo informale diminuisce la propensione di un alto carico di lavoro nelle attività di cura, sia un aiuto prestato da altri familiari (-6,2%), ma soprattutto da una badante (-11,8%).

Le caratteristiche delle attività di cura

		Odds ratio		Effetto marginale	
Donna		2.976	(.804)	.196*	(.049)
Età (maggiore di 65 anni)		1.841	(.436)	.109*	(.042)
Titolo di studio (almeno diploma)		0.663	(.151)	-.074**	(.041)
Malattia grave		2.157	(.508)	.138*	(.041)
Reddito assistito (meno di 1000 euro)		0.962	(.048)	-.007	(.009)
Aiutato da un altro familiare		0.728	(.171)	-.057	(.042)
Aiutato da una badante		0.542	(.139)	-.110*	(.045)
Occupazione full-time		0.393	(.125)	-.169*	(.056)

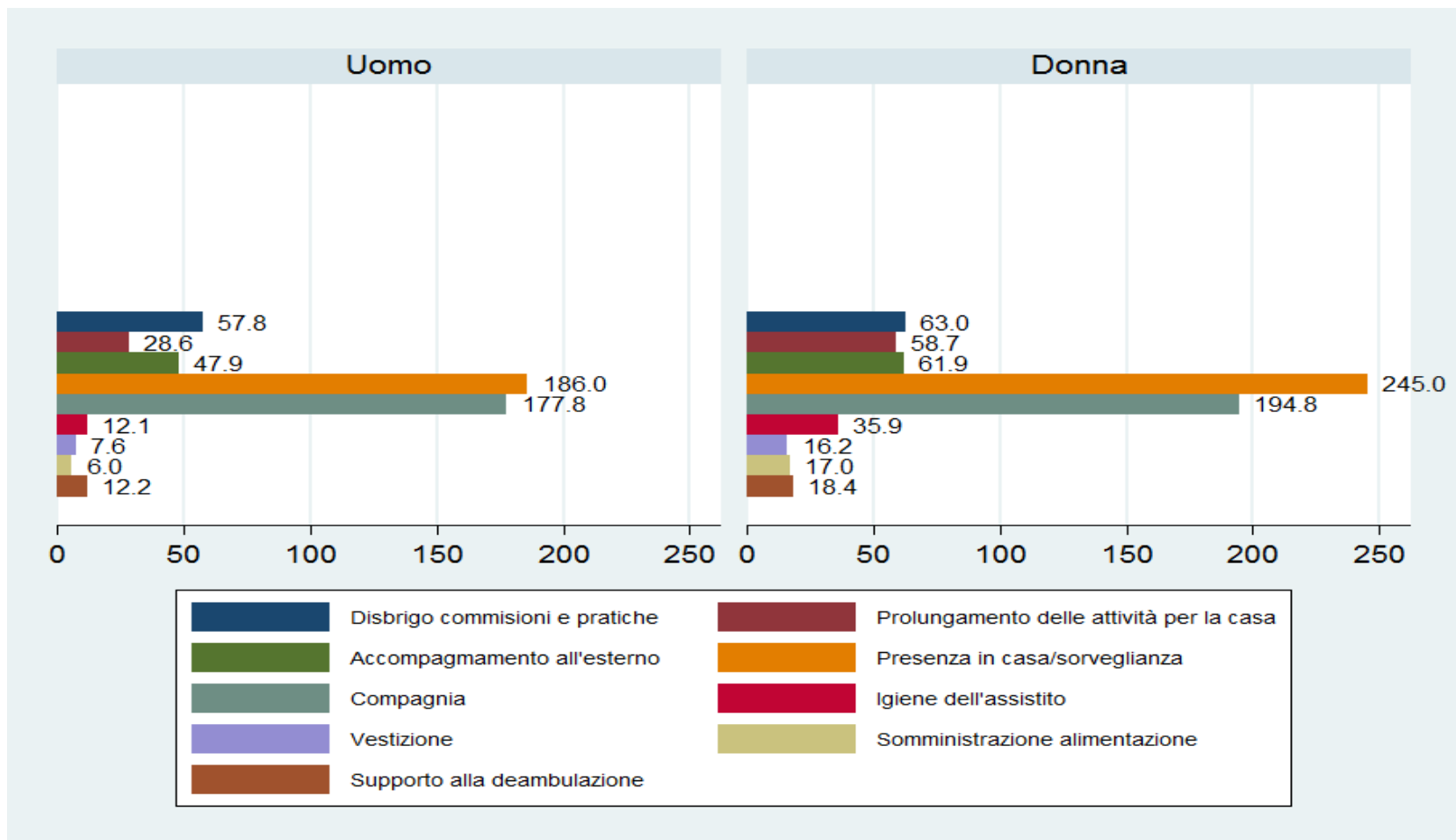
Errori standard tra parentesi. *parametro significativo (p-value=0,001) ** (p-value=0,05)

Presentiamo il modello di regressione *logit* sulla propensione a dedicare oltre 70 ore settimanali nell'attività di cura, inserendo la variabile occupazione. La variabile è stata costruita *ad hoc* per quest'analisi e può assumere solo due valori: uno, quando il caregiver lavora a tempo pieno, zero, per tutte le altre possibilità.

Avere un'occupazione full-time riduce considerevolmente (-16,9%) la probabilità del *outcome* d'interesse. In poche parole, un individuo che ha un lavoro a tempo pieno non riesce a trovare il tempo per conciliare l'attività di cura con la carriera lavorativa. Interessante è notare come, inserendo nel modello l'occupazione degli individui, variano gli altri parametri. In realtà ne variano significativamente solo due: l'età ed il genere. Il parametro più interessante è quello riferito al genere, il quale aumenta di più di un punto percentuale rispetto alla precedente analisi. Questo sta ad indicare che, a parità di status occupazionale, le donne comunque hanno una propensione maggiore degli uomini (in questo caso un aumento nella probabilità del 19,6%) nel dedicare molto del proprio tempo ai propri malati, propensione maggiore se si controlla per la loro occupazione. Tali risultati confermano il fatto che in Italia le donne, indipendentemente dal fatto che siano o meno inserite nel mercato del lavoro, si fanno carico della gran parte del lavoro domestico e di cura (ISTAT, 2012).

L'indagine sui caregivers: la frequenza delle attività di cura

Media minuti dedicati alle varie attività di cura in una giornata feriale, per il genere (N=500)



In una tipica giornata feriale, per entrambe i generi, le due attività principalmente svolte dal caregiver risultano essere di gran lunga la presenza in casa per la sorveglianza e per fare compagnia all'assistito. A seguite si trovano il disbrigo di commissioni e pratiche, l'accompagnamento dell'assistito all'esterno ed il prolungamento delle attività casalinghe. Le mansioni che occupano meno tempo sono l'igiene, la vestizione, la somministrazione dell'alimentazione ed il supporto alla deambulazione, tenuto conto che il bisogno personale di queste attività occupa meno tempo rispetto alle altre.

L'indagine sui caregivers: la componente affettiva

ATTIVITÀ	VOLONTARIAMENTE	OBBLIGATORIAMENTE
Disbrigo commissioni e pratiche	56,32	43,68
Prolungamento attività per la casa	54,00	46,00
Accompagnamento all'esterno	55,94	44,06
Sorveglianza	62,13	37,87
Compagnia	73,31	26,69
Igiene	52,31	47,69
Vestizione	50,27	49,73
Somministrazione alimentazione	38,10	61,90
Supporto alla deambulazione	49,25	50,75

Dai dati emerge come la componente affettiva sia una componente fondamentale nell'attivazione della cura da parte dei caregivers. Per quasi tutte le attività considerate in questa sede, più della metà degli intervistati si attiva in maniera volontaria. Unica vera eccezione risulta essere l'attività di somministrazione dell'alimentazione, dove solo due individui su cinque (38,1%) si attiva volontariamente per questo genere di cura, mentre tre su cinque (61,9%) intervistati dichiara che questo genere di attività svolta è condizionata da una scelta obbligata. In sintesi, come in molti altri Paesi, le famiglie svolgono volentieri (soprattutto in presenza di forme di aiuto pubbliche e private) il proprio compito di cura nei confronti dei membri della generazione più anziana (Meda, 2011).

L'indagine sui caregivers: il ricorso alle assistenti familiari

L'impatto del fenomeno delle «badanti» sulla media delle ore dedicate alle specifiche attività di cura
*** Differenza statisticamente significativa (p-value=0,001)

ATTIVITÀ	BADANTE	NON BADANTE	DIFFERENZA
Disbrigo commissioni e pratiche	60,09	62,18	-2,09
Prolungamento attività per la casa	35,78	56,66	-20,88***
Accompagnamento all'esterno	57,32	58,27	-0,95
Sorveglianza	255,03	216,80	38,23
Compagnia	235,33	170,04	65,29***
Igiene	22,42	32,26	-9,84***
Vestizione	9,31	15,71	-6,40***
Somministrazione alimentazione	13,69	14,06	-0,37
Supporto alla deambulazione	12,90	18,31	-5,41

L'indagine sui caregivers: il ruolo dei servizi pubblici

308 intervistati (pari al 61,6% del campione) hanno dichiarato di non aver ricevuto alcun aiuto pubblico negli ultimi 3 mesi per il proprio familiare non autosufficiente.

Il servizio che maggiormente è stato utilizzato negli ultimi tre mesi è l'assistenza domiciliare infermieristica (13,2%).

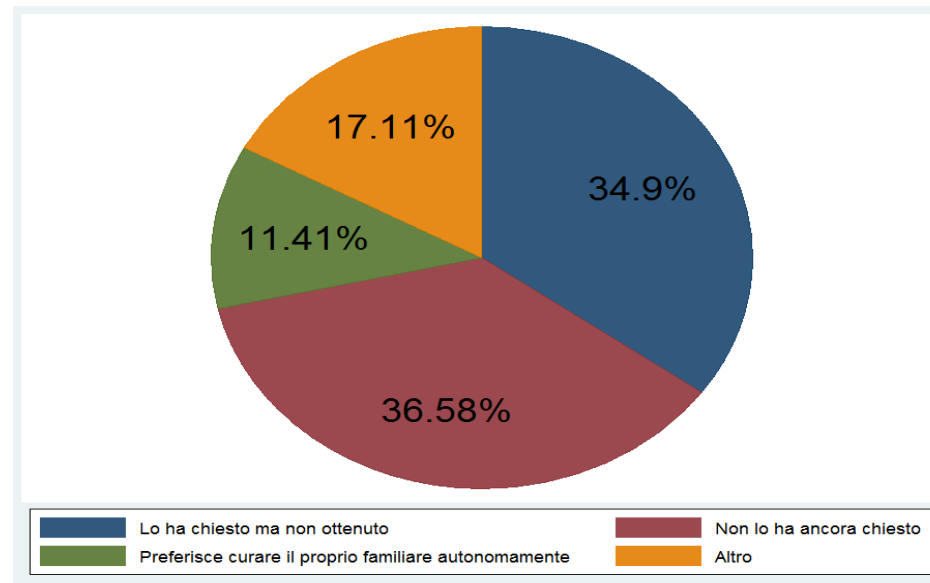
Seguono il ricovero presso strutture residenziali (7,8%), l'assegno di cura (6,5%), l'assistenza domiciliare integrata e quella generica (4,8% e 2,8%), per finire con l'inserimento in centri diurni e altri servizi domiciliari che sono in pratica quasi non utilizzati (rispettivamente 1,8% e 0,6%).

Infine il 6,6% degli intervistati ha risposto che usufruisce di altri servizi pubblici.

La maggior parte di questi individui dichiara di ricevere aiuti attraverso i servizi sociali o ricevono un contributo economico da parte degli enti gestori per pagare una "badante".

L'indagine sui caregivers: il ruolo dei servizi pubblici

Motivazione per non aver usufruito di servizi pubblici (N=298)



L'indagine sui caregivers: le criticità

Le difficoltà principali

CIRCOSTANZE	SI (%)	NO (%)
Spostamento per visite mediche e prestazioni sanitarie	54,2	45,8
Spostamento per la spesa quotidiana e altro	21,8	78,2
Principali attività quotidiane in casa	28,4	71,6
Rapporto emotivo con l'assistito	25,8	74,2
Costi economici	49,8	50,2
Conciliazione esigenze familiari con quelle dell'assistito	36,2	63,8
Altro	6,2	93,8

L'indagine sui caregivers: la qualità della vita

Fattori che incidono sulla qualità della vita

	Odds ratio		Effetto marginale	
Età assistito (più di 75 anni)	0.609	(.180)	-.076**	(.041)
Reddito famiglia (meno di 2000 euro)	1.613	(.470)	.073**	(.044)
Malattia grave	1.304	(.403)	.040	(.047)
Ore per la cura (+ 70 a settimana)	2.182	(.645)	.119*	(.044)
Aiuto pubblico	0.476	(.136)	-.113*	(.042)
Aiutato da un altro familiare	0.468	(.146)	-.116*	(.047)
Aiutato da una badante	1.286	(.393)	.038	(.047)

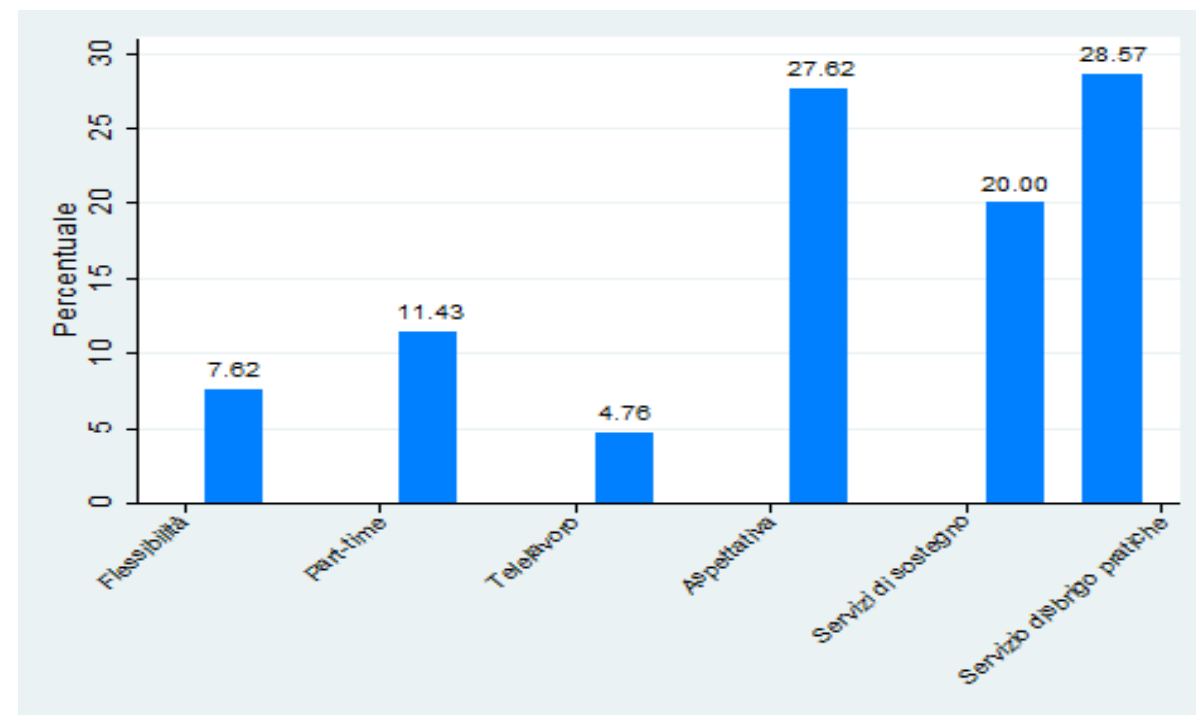
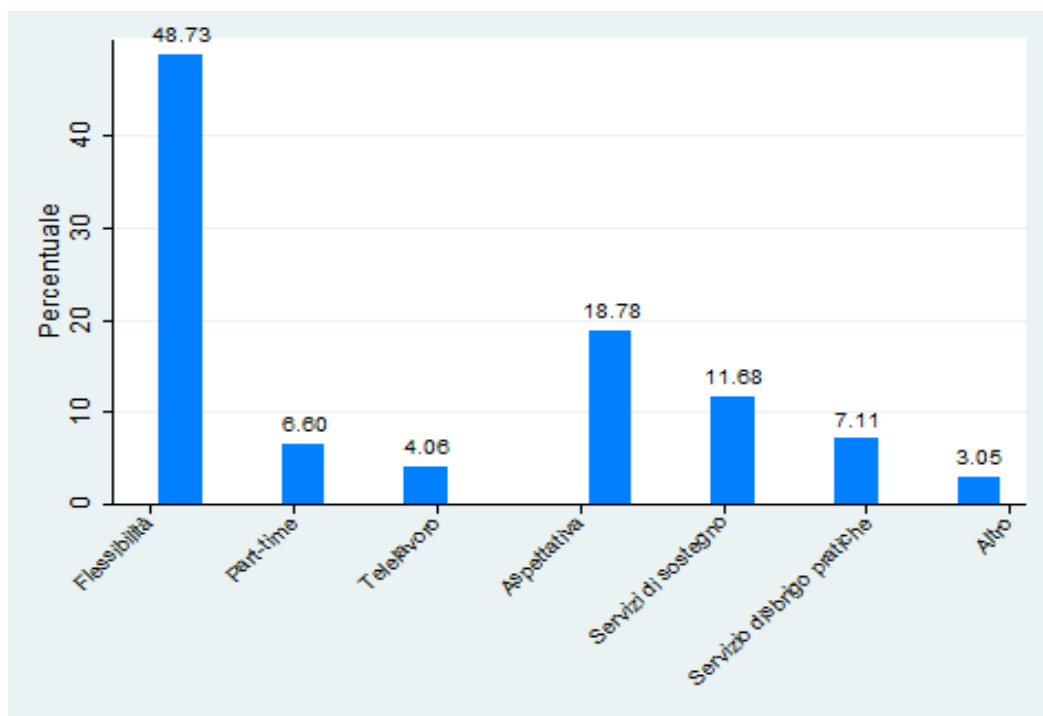
I fattori che sono collegati ad una diminuzione nella probabilità di valutare “scadente” la qualità della propria vita, sono l’età dell’assistito ed il fatto di ricevere aiuti nelle attività di cura. Ricevere aiuti sia di tipo pubblico (-11,3%) che informale (-11,6%), da parte di un altro familiare, presentano un’associazione negativa probabilmente grazie al fatto che avere la responsabilità totale dell’assistenza di un malato potrebbe generare tensioni e affaticamenti, sia fisici che mentali, portando a percepire “scadente” la qualità della vita.

Le proposte dei caregivers

Elementi che favorirebbero la conciliazione fra impegno lavorativo e di cura

Prima scelta (N=197)

Seconda scelta (N=105)



Le proposte dei caregivers

Per circa la metà dei lavoratori/trici (48,7%) una maggior flessibilità degli orari di lavoro garantirebbe maggior conciliazione fra i due tempi.

A seguire, come prima scelta ci sono la possibilità di mettersi in aspettativa o di avere permessi lavorativi (18,8%) e la disponibilità di servizi rivolti al lavoratore (11,7%) e per il disbrigo di pratiche (7,1%).

Questi tre elementi risultano essere quelli scelti maggiormente, come secondi in ordine di rilevanza, da più di un intervistato su cinque: 28,6% il servizio per il disbrigo di pratiche, 27,7% la possibilità di mettersi in aspettativa o di avere permessi lavorativi e 20,0% il servizio di sostegno rivolto al lavoratore.

In sintesi quello che cercano maggiormente i/le lavoratori/trici caregivers, sembrerebbe non tanto un cambiamento a livello lavorativo, o meglio di contratto lavorativo (come lo sono il contratto part-time e il telelavoro), ma la possibilità di avere maggiore flessibilità di orari o permessi in situazione in cui risulta necessaria l'attività di cura.

L'indagine sui caregivers: la propensione a richiedere servizi pubblici

Il fatto di ricevere aiuto informale, sembrerebbe associato ad una diminuzione nella probabilità di accedere ad un servizio pubblico, nonostante la consistenza di questi parametri sia ridotta (-1,9% per “altro familiare” e -3,2% per “badante”).

Il dato in assoluto più interessante è rappresentato dall'indennità di accompagnamento. Un individuo non autosufficiente che riceve questo beneficio finanziario ha una propensione inferiore (-22,3%) nel richiedere i servizi pubblici, rispetto ad uno che non lo riceve.

Ne consegue che l'associazione potrebbe essere dovuta al fatto che questi individui, o meglio le famiglie che si dedicano all'attività di cura, utilizzino questo genere di aiuto monetario, investendolo in altre forme di aiuto, come per esempio le badanti.

Gli aiuti richieste dai familiari degli anziani non autosufficienti

Tipo di aiuto	%
Informazioni sui servizi	26,2
Formazione su come assistere	9,2
Ore di sollievo dai compiti di cura	45,8
Supporto psicologico	20,8
Scambio di esperienze	6,2
Aiuto finanziario	48,6

Come i caregivers vorrebbero curare gli anziani non autosufficienti

- Solo un caregiver su dieci (10,6%) preferirebbe non assistere il proprio familiare malato all'interno del nucleo familiare, individuando varie strutture pubbliche e private come "sostituto" per l'assistenza: *"in casa di riposo", "in una struttura adeguata"*
- La volontarietà dell'azione risulta significativa e conferma l'ipotesi che all'interno dell'atto assistenziale è forte la componente affettiva. In poche parole, nonostante il welfare italiano faccia cadere quasi tutta la responsabilità ed il carico di lavoro di cura sulle spalle della famiglia, queste, si attivano spinte da solidarietà e spirito affettivo: *"la mamma deve stare con noi!"*
- Considerando gli alti costi dell'assistenza, la maggior parte degli individui (45,2%) assisterebbe il proprio familiare in maniera autonoma, ma ricevendo un adeguato sostegno finanziario erogato dall'ente pubblico.
- La presenza della "badante" è considerato importante per molte famiglie e questo trova conferma dal fatto che tre caregiver su dieci (30,4%) assisterebbero il non autosufficiente all'interno del proprio nucleo familiare, ma con il sostegno, oltre che di un contributo finanziario da parte del pubblico, di un assistente familiare.
- Infine, solo un soggetto su dieci (13,7%), sceglierebbe mantenere l'attività di cura all'interno del nucleo familiare, ma solo potendo contare su un adeguato intervento dei servizi pubblici e in particolare di quelli domiciliari e del centro diurno.

Conclusioni

- Lavorare per costruire il «Sistema»: la programmazione strategica e integrata. Dalla fase acuta alla fase post-acuta. Le fasi di criticità: le dimissioni protette, gli spostamenti, le prestazioni a pagamento.
- Messa in rete di: Servizi pubblici – trasferimenti monetari – caregiver informali – «badanti»
- Regolazione delle attività delle badanti
- Interventi mirati e non per grandi categorie – Sollievo alle famiglie – Promozione di interventi per la conciliazione dei tempi forti delle famiglie e dei familiari caregivers
- Elementi facilitatori (flessibilità, presa in carico continuativa): Assegno di cura – infermiere di famiglia – case manager per il coordinamento delle figure che si occupano delle persone non autosufficienti
- Ruolo delle residenze sanitarie assistenziali: stimolare la diversificazione delle attività per fare delle Rsa un centro propulsore delle cure a livello territoriale - Riabilitazione – centro diurno – assistenza temporanea
- Prevedere che gli enti territoriali riservino una quota delle risorse sociali al sostegno famiglie con non autosufficienza in difficoltà (relazionali, economiche, ecc.).