

***Genova, 23 ottobre 2012***



Anziani e disabili:  
per un approccio riabilitativo alla non  
autosufficienza

*“L’appropriatezza dei servizi sanitari e  
l’opzione per la non autosufficienza  
di fronte ai tagli di risorse finanziarie”*

*Silvano Casazza*

# Indice dell'intervento

***1. LO SCENARIO IN EVOLUZIONE:  
alcuni indicatori***

***2. LE POSSIBILI RISPOSTE***

# “Il contesto di base”

La riforma sanitaria: decreto legislativo n. 502/92 e successivi

<i><b>VARIABILE</b></i>	<i><b>PRIMA</b></i>	<i><b>DOPO</b></i>
<i>Indipendente</i>	Soddisfacimento dei bisogni	Risorse
<i>Dipendente</i>	Risorse	Soddisfacimento dei bisogni

## 1. LO SCENARIO IN EVOLUZIONE

### 1. LA CRONICITA'

## 1. LO SCENARIO IN EVOLUZIONE

### **La “transizione epidemiologica”**

Passaggio  
dalla prevalenza di malattie infettive  
al peso crescente delle malattie cronico-degenerative

L'attenzione si sposta, quindi,  
dalla fase acuta della malattia  
alla cronicità e alla “lungo-assistenza”

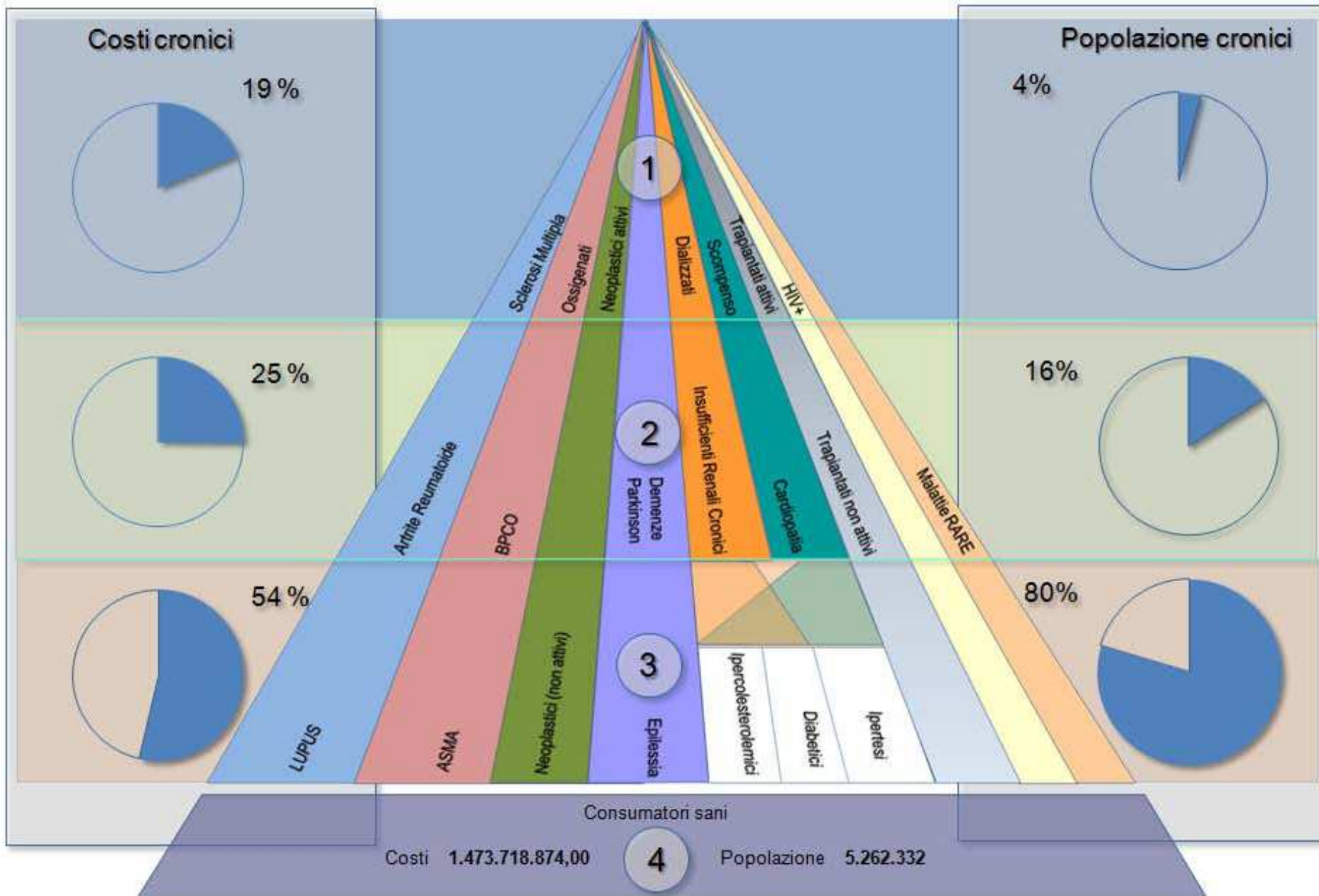
## 1. LO SCENARIO IN EVOLUZIONE

Il grande insieme delle tredici categorie di cronici  
**(25 % degli assistiti)**

assorbe circa:

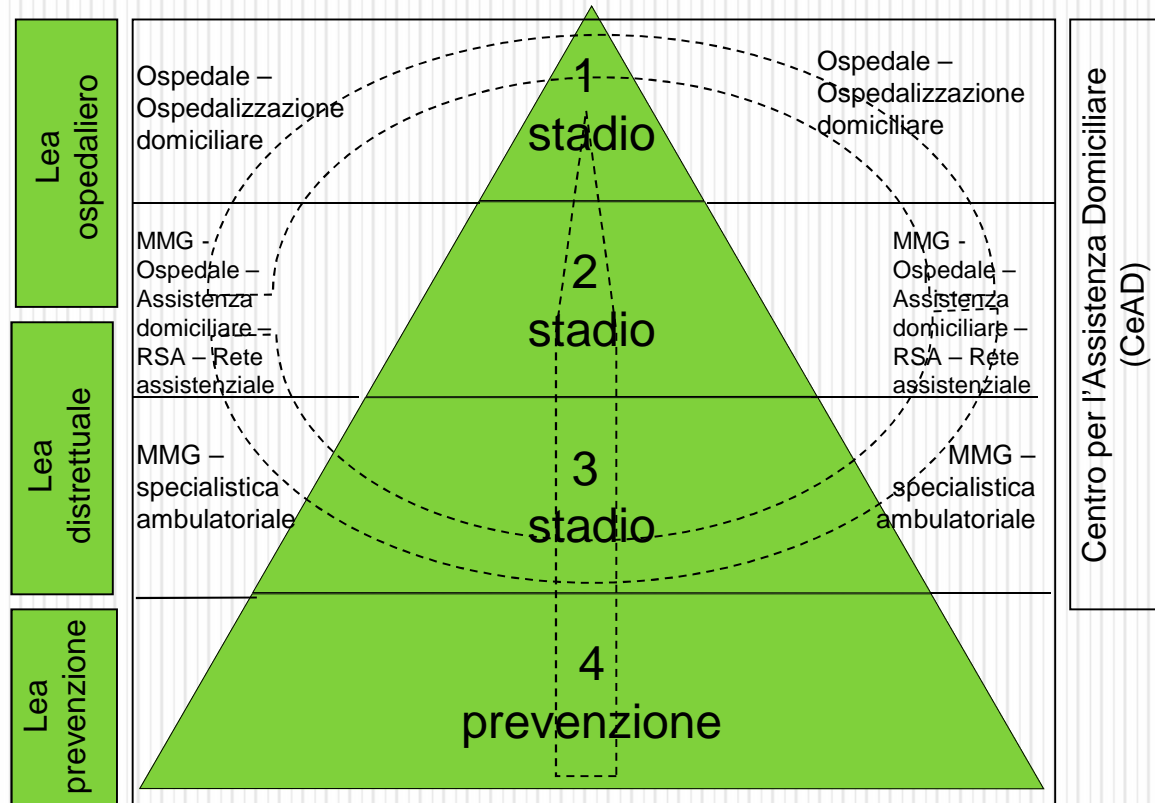
il **75%** dei costi per l'assistenza per ricovero e cura,  
il **60%** circa di quelli per l'assistenza specialistica ambulatoriale,  
l' **85%** circa di quelli per l'assistenza farmaceutica.

Fonte DPCS ASL Milano 2



# 1. LO SCENARIO IN EVOLUZIONE

## PATOLOGIE CRONICHE E RETE DEI SERVIZI





## 1. LO SCENARIO IN EVOLUZIONE

# 2. I CAMBIAMENTI DEMOGRAFICI

## 1. LO SCENARIO IN EVOLUZIONE

### RETI FAMILIARI

Ci sono in Italia più famiglie con almeno un anziano che famiglie con almeno un figlio:

- Famiglie con **almeno un anziano** (2008-2009): **8.752.000**
- Famiglie con **almeno un figlio** (2008-2009): **6.713.000**

## 1. LO SCENARIO IN EVOLUZIONE

### *Reti familiari*

Nuclei e reti familiari a centralità capovolta anziani - giovani  
cresce la solitudine dei “grandi anziani”

## Persone di età >65 anni

	<b>VIVE CON (%)</b>				
	<b>coniuge/ partner</b>	<b>coniuge/partner - figli</b>	<b>da solo/a</b>	<b>figli</b>	<b>altro</b>
<b><i>Totale complessivo</i></b>	<b>54,1</b>	<b>13,0</b>	<b>22,6</b>	<b>7,9</b>	<b>2,4</b>

Fonte: Progetto domiciliarità MMG – ASL Milano 2

## Persone di età >65 anni

“vive da solo/a”

FREQUENZA VISITE FIGLI (%)					non ha figli
ogni giorno	3 volte/sett	1 volta/sett	1 volta/mese	quasi mai	
47,4	14,6	13,3	2,8	2,8	19,0

Fonte: Progetto domiciliarità MMG – ASL Milano 2

## Persone di età >65 anni

La mia famiglia si dà molto da fare per aiutarmi  
(categoria: "vive da solo/a")

%

Moltissimo in disaccordo	Molto in disaccordo	In disaccordo	Neutro	D'accordo	Molto d'accordo	Moltissimo d'accordo
<b>2,3</b>	<b>1,6</b>	<b>4,1</b>	<b>6,9</b>	<b>28,5</b>	<b>26,5</b>	<b>30,1</b>

Fonte: Progetto domiciliarità MMG – ASL Milano 2

Persone di età >65 anni

La mia famiglia si dà molto da fare per aiutarmi  
**(categoria: tutti)**

%

Moltissimo in disaccordo	Molto in disaccordo	In disaccordo	Neutro	D'accordo	Molto d'accordo	Moltissimo d'accordo
<b>1,0</b>	<b>0,8</b>	<b>2,1</b>	<b>3,8</b>	<b>26,9</b>	<b>28,6</b>	<b>36,8</b>

Fonte: Progetto domiciliarità MMG - 2010

## Non autosufficienti

ASSISTITI INDAGATI: N. 1872  
CARICO ASSISTITI MMG: N. 168749

### BISOGNI ASSISTENZIALI SODDISFATTI da (%)

	<b>badante</b>	<b>familiari</b>	<b>altro</b>
<b>Totale ASL</b>	16,19	59,40	24,41

Fonte: Progetto domiciliarità MMG – ASL Milano 2



## Non autosufficienti

	VIVE CON			
	%			
	coniuge/ partner	figli	da solo/a	altro
<i>Totale complessivo</i>	41,03	21,74	19,07	18,16

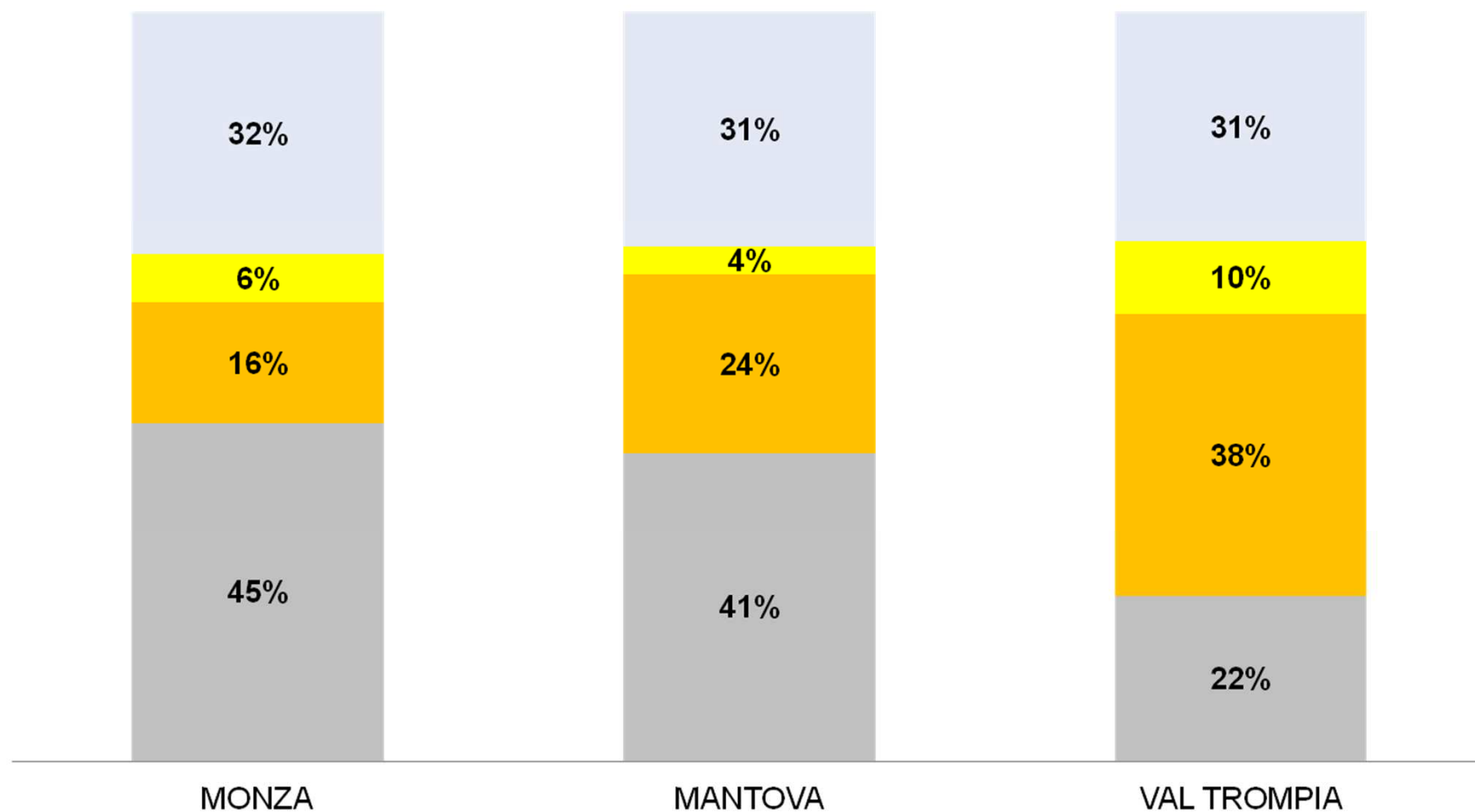
Fonte: Progetto domiciliarità MMG - 2010

## 1. LO SCENARIO IN EVOLUZIONE

## 3. LE RISORSE

# Le risorse per la non autosufficienza

■ INPS ■ SSN ■ COMUNI ■ FAMIGLIA



**Fonte:** R. Montanelli – *Studio: Pubblico e privato per la non autosufficienza cronicità*

## 1. LO SCENARIO IN EVOLUZIONE

## 4. LE SCELTE ASSISTENZIALI

## 1. LO SCENARIO IN EVOLUZIONE

**Persone in attesa di entrare in RSA**

*Ottobre 2011*

–

*Ottobre 2012*

**- 18 %**

## 1. LO SCENARIO IN EVOLUZIONE

### Saturazione posti letto in RSA

*Aprile - giugno 2011*

–

*Aprile - giugno 2012*

dal 96,7% al 95,8%

## 1. LO SCENARIO IN EVOLUZIONE

### **Mortalità entro 30 giorni dal ricovero in RSA**

*Aprile - giugno 2011*

–

*Aprile - giugno 2012*

dal 17,2 % al 21,6 %

## 1. LO SCENARIO IN EVOLUZIONE

### Saturazione posti nei Centri Diurni Integrati

*Aprile - giugno 2011*

–

*Aprile - giugno 2012*

dal 72,7 % al 74,0 %



## 2. LE POSSIBILI RISPOSTE

*1. Appropriatelyzza*

*2. Integrazione e continuità  
dell'assistenza*

*3. Sostegno alla famiglia*

## 2. LE POSSIBILI RISPOSTE

### *1. Appropriatelyzza*

*Diverse accezioni:  
Appropriatelyzza clinica  
Appropriatelyzza organizzativa*

.....

## 2. LE POSSIBILI RISPOSTE

### *1. Appropriatelyzza*

*Applicata all'incontro  
tra bisogno e risposta,  
tra domanda e offerta*



*Valutazione del bisogno*

## 2. LE POSSIBILI RISPOSTE

### *1. Appropriatelyzza*

*Applicata all'incontro  
tra bisogno e risposta,  
tra domanda e offerta*



*Flessibilità della risposta*

## 2. LE POSSIBILI RISPOSTE

### *2. Appropriatelyzza*

### *Flessibilità della risposta*

TIPO DI INTERVENTO
A. RIABILITAZIONE AMBULATORIALE E DIURNA TERRITORIALE EXTRAOSPEDALIERA PER MINORI DISABILI Minori con patologie ad alto impatto sociale, difficoltà di apprendimento e disturbi del comportamento
C1. ASSISTENZA POST ACUTA
C2. RESIDENZIALITÀ PER MINORI CON GRAVISSIME DISABILITÀ
C3. RESIDENZIALITÀ LEGGERA CON PROTEZIONE SOCIALE/SOCIOSANITARIA CON CARATTERISTICHE ALBERGHIERE

## 2. LE POSSIBILI RISPOSTE

### *2. Appropriatelyzza*

#### *Flessibilità della risposta*

**160 progetti  
di cui**

- 30 nell'area riabilitazione per minori disabili
- 47 nell'area della fragilità e della non autosufficienza

## 2. LE POSSIBILI RISPOSTE

### *2. Integrazione delle risposte*

#### **Definizione:**

*cooperazione tra istituti (formali ed **informali**) del sistema di welfare in contrapposizione alla specializzazione e frammentazione della produzione di “risposte” ai bisogni*

## 2. LE POSSIBILI RISPOSTE

### *2. Integrazione delle risposte*

*Strumenti di integrazione interaziendali per i  
4 livelli di analisi del concetto di integrazione*

<b><i>Livello di analisi</i></b>	<b>Strumenti</b>
<b>Integrazione delle strategie e politiche aziendali</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Convenienze strategiche generate dell'ente superiore di coordinamento</li> <li>2. Accordi strategici interaziendali</li> <li>3. Società interistituzionali</li> </ol>
<b>Integrazioni operative-organizzative</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acquisti socio congiunti</li> <li>2. Progettazione congiunta dei servizi</li> <li>3. Equipe/servizi/sedi misti</li> </ol>
<b>Unitarietà diagnostico-assistenziale</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gate d'ingresso unici</li> <li>2. Case manager interistituzionale</li> </ol>
<b>Unitarietà del percorso di fruizione</b>	Reingegnerizzazione interaziendale dei processi assistenziali



## 2. LE POSSIBILI RISPOSTE

### *2. Integrazione delle risposte*

## Ambiti di integrazione

### **1. livello istituzionale:**

collaborazione tra istituzioni sociali e sanitarie nella  
***programmazione*** della “rete integrata dei servizi”;

## 2. LE POSSIBILI RISPOSTE

### *2. Integrazione delle risposte*

## Ambiti di integrazione

### **2. livello gestionale:**

definizione di **percorsi di cura integrati**, evitando sovrapposizione e ripetizione di iter organizzativi, con conseguente allungamento dei tempi della risposta assistenziale

## 2. LE POSSIBILI RISPOSTE

### *2. Integrazione delle risposte*

## Ambiti di integrazione

### **3. livello professionale:**

comunicazione, scambio, collaborazione tra discipline e professioni nell'utilizzo di specifici strumenti di integrazione (per esempio lavoro in équipe integrate) e, più in generale, nella gestione del percorso assistenziale e dei singoli interventi.

**FORMAZIONE**

## 2. LE POSSIBILI RISPOSTE

### *2. Integrazione delle risposte*

Modelli proposti per assicurare continuità alle cure

In questi ultimi anni è l' "approccio a rete" ad essere maggiormente considerato nell'attuazione dei percorsi di continuità dell'assistenza.

## 2. LE POSSIBILI RISPOSTE

### *2. Integrazione delle risposte*

Modelli proposti per assicurare continuità alle cure

Necessità di un governo della rete

- sul singolo percorso assistenziale  
(case manager)
- sull'intero sistema  
(ASL)

## 2. LE POSSIBILI RISPOSTE

### *3. Sostegno alla famiglia*

*...alcuni esempi*

- 1. Assistenza domiciliare*
- 2. Sostegni economici per pazienti affetti da SLA e in Stato vegetativo assistiti a domicilio*
- 3. Fondo non autosufficienza 2010 (preciso indirizzo)*
- 4. Ricoveri temporanei di sollievo*
- 5. Esperienze del territorio: Alzheimer caffè*
- 6. Punti di ascolto e orientamento qualificato*
- 7. Esperienze di formazione e sostegno*
- 8. Sostegni economici da parte degli enti locali*

## 2. LE POSSIBILI RISPOSTE

### *3. Sostegno alla famiglia*

#### *3. Fondo non autosufficienza 2010*

*Previsti progetti anche per*

*interventi di assistenza tutelare, al domicilio, per rispondere al bisogno di “cura del sé” nelle normali attività della vita quotidiana in presenza di persone non autosufficienti con bisogni complessi*

## 2. LE POSSIBILI RISPOSTE

### *3. Sostegno alla famiglia*

#### 4. Fondo non autosufficienza 2010

#### Progetto "PARENTE-SI" – ASL Milano 2

target	obiettivo/finalità
anziani, disabili con bisogni complessi	1. fornire sollievo al lavoro di cura dei familiari  2. permettere ai familiari di usufruire di spazi di tempo per la cura del se'  attraverso l'erogazione di prestazioni di assistenza tutelare domiciliare da parte di ASA, in sostituzione del familiare care giver



# Per concludere:



*Grazie per l'attenzione*