

CONCLUSIONI GENERALI

Da tutto il quadro delineato emerge, dunque, quanto importante e delicato sia il ruolo che rispetto al problema della vecchiaia e dell'invecchiamento, la società è chiamata a svolgere nel prossimo futuro. Dalla capacità che essa avrà di rispondere alle esigenze di un numero sempre maggiore di anziani dipenderà la quantità e la qualità degli ultimi anni di vita che rimangono da vivere¹. Per affrontare in maniera adeguata tali problematiche, sia da un punto di vista politico, che della programmazione di tutti gli interventi di carattere socio-sanitario, occorre anzitutto superare la tradizionale logica che porta a considerare singolarmente i vari aspetti della condizione dell'anziano. Le valutazioni devono essere multidimensionali, tenendo sempre presente che esiste una forte interazione tra fattori socio-economici e sanitari. E' dimostrato, ad esempio, che il livello di scolarizzazione esercita una protezione nei confronti di alcune malattie, quali l'Alzheimer, così come le persone che hanno risorse economiche insufficienti sono più soggette ad alterazioni dello stato di salute.

Occorre, pertanto, provvedere allo sviluppo di una cultura adeguata, unitamente alla consapevolezza che il mondo degli anziani è estremamente vario e diversificato. Ciò al fine di individuare meglio le direzioni in cui muoversi.

Sicuramente l'attuale crisi del concetto di medicina e di assistenza tradizionale impone, per il futuro, la creazione e l'affermazione di nuove figure professionali e forme assistenziali. L'evoluzione della famiglia e della società vanno determinando nuove esigenze e una diversa domanda.

Ad esempio le famiglie riducendosi di dimensione entrano in affanno per assolvere al ruolo assistenziale, tradizionalmente svolto dalla donna a cui da sempre è stata delegata la cura di anziani e malati. Venendo progressivamente meno questo cardine fondamentale della assistenza, il gravoso e difficile compito viene con crescente frequenza - soprattutto nelle grandi metropoli - affidato a collaboratori domestici, sempre più frequentemente stranieri. Si tratta di giovani di entrambi i sessi che svolgono lavori domestici e/o forniscono assistenza agli anziani, consentendo alle donne un sempre più frequente e pieno inserimento nel mondo del lavoro e consentendo quegli aggiustamenti all'interno della famiglia necessari per ritrovare un nuovo equilibrio. Ma ciò non basta a fronteggiare una situazione di per sé assai complessa. In primo luogo perché inevitabilmente emergono problemi economici, legati alla possibilità della famiglia di sostenere le spese di mantenimento di un collaboratore domestico. L'esigenza di assistenza, specie per gli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti, non può ricadere totalmente sulla singola famiglia, che quindi deve essere sostenuta sotto il profilo fiscale e, quando necessario, anche sotto il profilo economico. Si tenga, inoltre, presente che, come ribadito dall'ultimo documento di programmazione economico-finanziaria, la scarsità (talvolta l'assenza) di servizi alle famiglie (come per esempio, quelli rivolti alle persone inabili o anziane) potrebbe disincentivare - attraverso la creazione di quelle che solitamente vengono identificate come "barriere alle scelte individuali" - l'ingresso nelle forze di lavoro delle categorie ritenute meno forti (donne e giovani), favorendo così, fra l'altro, l'occupazione sommersa, serio ostacolo allo sviluppo economico e sociale del Paese, oltre che, nello specifico, fonte di serie preoccupazioni per il sistema pensionistico.

Inoltre, sempre in tema di famiglia, ad aggravare la situazione, così come segnalato da studiosi di demografia, psicologia e sociologia, si ritrova il problema delle relazioni, se non dei conflitti, fra le generazioni. I vecchi, pochissimi un tempo, in famiglia svolgevano il ruolo di meri osservatori, mentre oggi invece rivendicano un ruolo da protagonisti con

¹ Solitamente si punta più sulla qualità della vita che sulla quantità, in quanto indubbiamente la prima rappresenta un traguardo per certi versi più importante da raggiungere. E diversi sono i pareri degli studiosi in merito a questo aspetto. Infatti, alcuni di loro sostengono che ad aumenti della vita media corrispondano peggioramenti delle

condizioni di salute, al contrario di quanto affermato da Fries, secondo il quale, invece, parallelamente ad un aumento della longevità si verificherebbe uno spostamento in avanti dell'inizio della malattia ed una compressione della morbosità nella fase terminale della vita.

effetti spesso dirompenti sulle famiglie; genitori di ottanta-ottantacinque anni sostenuti, magari anche solo sotto il profilo psicologico e cognitivo ma spesso anche economico, da figli sessantenni, persone già anziane con i loro problemi e le loro debolezze, che a loro volta possono scaricare insicurezze e incertezze sui figli trentenni.

In questo nuovo contesto, bisogna, dunque, creare i presupposti per una società e un'economia più solidali che promuovano e difendano il diritto alla cura della propria salute, che considerino anche l'importanza della richiesta "soggettiva" di salute. Che consentano quindi di perseguire il sempre evocato obiettivo di migliorare la qualità, oltre che la quantità della vita. Questi obiettivi, insieme con le tendenze in atto nella popolazione italiana, pongono quindi, fra l'altro, problemi di pianificazione nella gestione delle risorse umane da affrontare e da risolvere per il raggiungimento e il mantenimento dinamico dell'equilibrio tra domanda e offerta.

L'auspicabile e necessaria crescente flessibilità nella gestione della spesa pubblica e di tutte le risorse umane e materiali in funzione della domanda effettiva, sembra in realtà ostacolata da una serie di fattori che troppo frequentemente e perniciosamente trascurano le dinamiche della popolazione. Fra il 1975 e il 2000 la popolazione italiana di età 5-14 anni è diminuita da 9,1 a 5,6 milioni, con una riduzione perciò di circa il 40%; non si sono parallelamente ridotti gli insegnanti della scuola dell'obbligo, ma sono aumentati, sicché oggi abbiamo il più basso rapporto al mondo fra studenti di questa fascia di età e docenti, con tutto quello che ciò comporta per la spesa pubblica. Se si prendono in esame gli andamenti dei posti letto nei reparti di pediatria, per fare un altro esempio, si trova che sono diminuiti ma certo in una proporzione ben lontana da quella relativa alla popolazione dei bambini e degli adolescenti; e parallelamente non sono aumentati i posti letto nei reparti di geriatria e le altre strutture necessarie a questi reparti. Questa mancata flessibilità orizzontale nella spesa pubblica può creare seri problemi se e quando dovesse venire meno il ruolo fondamentale nell'assistenza degli anziani bisognosi, svolto dai figli, soprattutto femmine, e da parenti.

Recenti studi hanno sottolineato che chi non ha prole è particolarmente svantaggiato da questo punto di vista, mentre altri ancora hanno mostrato che non necessariamente avere molti figli è sinonimo di maggiore assistenza, poiché ai fini del supporto informale è sufficiente averne almeno uno². Evidentemente questa circostanza comporta in ogni caso una *crescita nelle responsabilità familiari dei nuovi giovani*, ma inevitabilmente anche una crescita nella domanda di servizi sanitari e assistenziali dovuta alle difficoltà oggettive (la vicinanza delle abitazioni, il tipo di lavoro svolto, il crescente numero di donne impegnate in lavori extradomestici, etc.) che i figli solitamente e sempre più frequentemente incontrano nelle relazioni, e in particolare nella erogazione di assistenza, ai propri genitori. L'intero sistema di solidarietà intergenerazionale, e non soltanto quindi quello del sistema pensionistico, appare quindi messo fortemente in discussione, se non addirittura in pericolo, dalle tendenze attuali e future della popolazione italiana.

In un'ottica generale di *Welfare State*, che vede coinvolti svariati aspetti, occorre pertanto attivare delle strategie di politica economica e socio-sanitaria da perseguire per il conseguimento degli obiettivi prefissati, indirizzare la ricerca verso la soluzione anche di problemi quotidiani, tutto per cercare di garantire soddisfacenti livelli di qualità di vita.

Ad esempio molta attenzione, sia nella ricerca farmacologica sia nella pratica di assistenza, dovrà essere prestata alla cura del dolore cronico, una "infermità" molto diffusa che crea forme di invalidità più o meno gravi e spesso non adeguatamente riconosciute.

Inoltre un intervento sicuramente vincente è la promozione dell'informazione ai cittadini, attraverso i media e qualsiasi altro mezzo di divulgazione, fondamentale per creare una nuova cultura basata sulla conoscenza del fenomeno dell'invecchiamento e sui possibili mezzi di prevenzione della malattia e della disabilità in età anziana. Solo così si riuscirà a creare la coscienza che, di fatto, l'invecchiamento della popolazione è un fenomeno che riguarda tutti i cittadini come individui e che ha ripercussioni inevitabili sulla vita quotidiana, lavorativa e personale di tutti noi.

²Spitze e Logan, 1990, Dykstra, 1993. Il fatto è però che il figlio unico si trova a coesistere con un sempre crescente numero di genitori (aumenta

di molto la probabilità che un figlio adulto si ritrovi a lungo vivi entrambi i genitori) e di nonni.

3

ANALISI DELL'OFFERTA REGIONALE

3.1. GLI INTERVENTI

L'Italia, paese molto tradizionalista, ha da sempre preferito assistere i propri anziani all'interno del nucleo familiare e questo compito è sempre stato demandato alla donna. Quindi le famiglie per molto tempo hanno svolto il ruolo di assistenza e cura non stimolando sufficientemente lo Stato e le autorità locali ad occuparsi di questo problema.

All'interno del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 si afferma che "il contesto mutevole e complesso pone l'esigenza di avviare nel Paese un vero e proprio patto di solidarietà per la salute, che impegni le istituzioni preposte alla tutela della salute e alla pluralità di soggetti: i cittadini; gli operatori sanitari; le istituzioni; il volontariato; i produttori non profit e profit, di beni e servizi di carattere sanitario; gli organi e gli strumenti della comunicazione; la comunità europea ed internazionale. I risultati di salute non dipendono infatti solo dalla qualità delle prestazioni, ma trovano radici più profonde nella responsabilizzazione dei soggetti coinvolti e nella loro capacità di collaborare".

È per questo che nasce la necessità di una collaborazione tra progetti nazionali che hanno analoghi obiettivi come ad esempio il Progetto Obiettivo Anziani (POA) che si pone come elemento di stimolo e di coordinamento nel processo di attuazione di interventi realizzabili in ambito locale, poiché è sicuramente in ambito regionale e distrettuale che bisognerà cercare, al meglio, di coordinare gli interventi strategici, e il Progetto Finalizzato Invecchiamento del CNR, che rappresenta l'unico osservatorio che ha raccolto autonomamente dati rappresentativi di tutta la popolazione anziana in relazione agli aspetti epidemiologici.

Si fornisce di seguito il quadro dell'offerta di strutture e servizi presente sul territorio.

3.2. I servizi geriatrici per l'anziano fragile¹

L'attuazione di programmi socio-sanitari, di interventi assistenziali, di iniziative culturali, di strategie di supporto e di sostegno alle famiglie potrebbe ritardare il progressivo deterioramento fisico ed intellettuale dell'anziano, il più delle volte afflitto da elevati livelli di morbosità. Si tratterebbe, dunque, di intervenire sulla "qualità" degli ultimi anni di vita, innescando una straordinaria rivoluzione economica, sociale e sanitaria, perseguibile solo attraverso adeguate politiche e strategie di prevenzione. Ma, oltre all'efficacia dei programmi di prevenzione da iniziare sin dall'età giovanile e adulta, ciò che si dovrebbe garantire è razionalizzare l'organizzazione assistenziale per chi è già anziano "fragile".

La nuova legge 229 sull'assistenza sanitaria basa gran parte delle sue direttive sull'applicazione dei principi su cui si fonda l'assistenza geriatrica², la quale porta ad un

¹ Parte di questo paragrafo è stato tratto da: Lo stato di salute degli anziani in Italia, Contributo del sottoprogetto 2 e sottoprogetto 5 del Progetto Finalizzato Invecchiamento e del Progetto Strategico sull'invecchiamento del CNR.

² L'assistenza geriatrica e, in particolare, quella domiciliare rappresenta un supporto formale di assistenza ad elevata efficacia, fornisce buoni risultati nell'assistenza all'anziano così come testimoniato dalla notevole riduzione delle degenze medie per ammissione in ospedale dopo l'assistenza ADI rispetto a quella pre-ADI.

miglioramento significativo in termini di efficacia e di costi rispetto al modello medico tradizionale.

Partendo da questi presupposti sono nate iniziative che hanno come finalità quella di diffondere e utilizzare un unico strumento di valutazione multidimensionale geriatrica e di sperimentare in diverse realtà locali l'organizzazione assistenziale basata sul case-manager e sull'utilizzazione di adeguati strumenti per l'assistenza domiciliare integrata.

Una azione da avviare se si vuole che a tali innovazioni segua un'effettiva razionalizzazione del settore dell'assistenza geriatrica, dovrebbe riguardare l'omogeneizzazione delle procedure in modo da poter consentire l'implementazione di banche dati capaci di fornire un monitoraggio attendibile del fabbisogno assistenziale, dei costi e delle qualità delle prestazioni erogate dai servizi di assistenza continuativa per l'anziano; e anche di permettere confronti a livello regionale tra le singole ASL, a livello nazionale tra le singole regioni.

3.3. Servizi e strutture presenti sul territorio

Viene di seguito analizzata l'offerta di strutture socio-assistenziali disponibili a livello nazionale, rilevate alla fine del 1998. Verranno considerate tre diverse tipologie di strutture utilizzabili dall'anziano: le strutture "residenziali", le strutture "non residenziali" (per lo più centri diurni) e i "centri studi e università".

3.3.1 Strutture residenziali

L'anziano fragile e solo o senza alcun supporto sociale che gli consenta di essere assistito a domicilio, dovrebbe poter usufruire di servizi residenziali più o meno assistiti a seconda del suo grado di autonomia. La sua collocazione in questo tipo di strutture dovrebbe seguire una valutazione multidimensionale del caso e la predisposizione di un piano individuale di assistenza.

Ogni forma di assistenza residenziale dovrebbe ispirarsi al modello familiare quale ambiente più favorevole per l'anziano, caratterizzato da strutture adeguate e da arredi e ritmi di vita tipici di una organizzazione familiare. Le residenze dovrebbero avere dimensioni che favoriscano il mantenimento di rapporti interpersonali di tipo familiare e sociale.

Dai dati del Ministero dell'Interno si rileva come le strutture residenziali, censite sul territorio nazionale al 31.12.1998, siano 4.383, per un totale di posti letto disponibili pari a 212.624.

Dalla tabella 3.1 si evidenzia come il Nord-Ovest sia l'area con il maggior numero di strutture residenziali, 1.605, pari al 36,6% del totale; segue il Nord-Est con 1.149 strutture pari al 26,2%, il Centro con 750 strutture, il Sud con 451 ed infine le Isole con 428.

Tab. 3.1 – Numero di strutture residenziali e percentuale sul totale nazionale, per grandi ripartizioni geografiche, anno 1998.

Ripartizione geografica	N. di strutture	% sul totale nazionale
Nord-Ovest	1.605	36,6
Nord-Est	1.149	26,2
Centro	750	17,1
Sud	451	10,3
Isole	428	9,8
ITALIA	4.383	100,0

Fonte: Ministero dell'Interno

Nella tabella 3.2 vengono riportati i dati a livello regionale in riferimento alle strutture censite, ai posti letto disponibili, alla popolazione anziana (65 anni e più) e alla eventuale discrepanza tra domanda e offerta.

Tab. 3.2 - Strutture residenziali, posti letto e strutture che accolgono anche non autosufficienti, % di popolazione ultrasessantacinquenne, numero di anziani per struttura, anziani per posto letto e numero di strutture per kmq, per regione, anno 1998.

Regioni	Strutture residenziali			Strutture			Posti letto			Strutture che accolgono anche non autosufficienti		
	n°	% sul totale delle strutture residenziali e non residenziali	% nazionale	n°	% sul totale delle strutture residenziali e non residenziali	% nazionale	n°	% sul totale delle strutture residenziali e non residenziali	% nazionale	n°	% sul totale delle strutture residenziali e non residenziali	% nazionale
Piemonte	782	61,3	17,8	37.362	17,6	47,8	20,1	1.101	23	30,8	280	35,8
Valle d'Aosta	33	52,4	0,8	868	0,4	26,3	18,5	671	25	10,1	32	97,0
Lombardia	559	45,9	12,8	42.507	20,0	76,0	17,1	2.759	36	23,4	128	22,9
Trentino Alto Adige	115	44,7	2,6	6.732	3,2	58,5	16,5	1.330	23	8,5	96	83,5
Veneto	323	49,5	7,4	27.667	13,0	85,7	17,5	2.435	28	17,6	202	62,5
Friuli Venezia Giulia	201	69,6	4,6	9.732	4,6	48,4	21,0	1.235	26	25,6	72	35,8
Liguria	231	64,7	5,3	6.297	3,0	27,3	24,4	1.726	63	42,6	41	17,7
Emilia Romagna	510	58,3	11,6	23.907	11,2	46,9	21,9	1.697	36	23,1	292	57,3
Toscana	358	64,7	8,2	14.849	7,0	41,5	21,7	2.139	52	15,6	132	36,9
Umbria	60	40,0	1,4	2.257	1,1	37,6	22,0	3.049	81	7,1	19	31,7
Marche	139	42,8	3,2	3.607	1,7	25,9	21,0	2.202	85	14,3	74	53,2
Lazio	193	32,9	4,4	4.294	2,0	22,2	16,7	4.546	204	11,2	10	5,2
Abruzzo	60	31,4	1,4	3.267	1,5	54,5	19,6	4.168	77	5,6	22	36,7
Molise	22	30,1	0,5	955	0,4	43,4	20,3	3.031	70	5,0	6	27,3
Campania	116	45,1	2,6	4.687	2,2	40,4	13,4	6.668	165	8,5	39	33,6
Puglia	144	46,0	3,3	7.847	3,7	54,5	14,8	4.192	77	7,4	50	34,7
Basilicata	29	40,8	0,7	973	0,5	33,6	17,3	3.629	108	2,9	20	69,0
Calabria	80	35,4	1,8	1.976	0,9	24,7	15,9	4.112	166	5,3	10	12,5
Sicilia	322	59,6	7,3	9.748	4,6	30,3	15,8	2.504	83	12,5	101	31,4
Sardegna	106	43,6	2,4	3.092	1,5	29,2	14,9	2.322	80	4,4	22	20,8
ITALIA	1.383	51,5	100,0	212.631	100,0	48,3	17,7	2.335	48	14,5	1.648	37,6

Fonte: elaborazione propria su dati del Ministero dell'Interno

- Il Piemonte è la regione dove le strutture sono più numerose, 782 pari al 17,8% del totale, a seguire la Lombardia con 559 strutture, pari al 12,8%, l'Emilia Romagna con 510 e la Toscana con 358. Le regioni che presentano il più basso numero di strutture sono il Molise (22) e la Basilicata (29), con percentuali pari rispettivamente allo 0,5% e allo 0,7%;

- Di queste strutture residenziali soltanto alcune accolgono anche anziani non autosufficienti: nel Lazio solo 10 su 193 (pari al 5,2%), contro la Valle d'Aosta che fornisce questo servizio nella stragrande maggioranza delle strutture (97%);

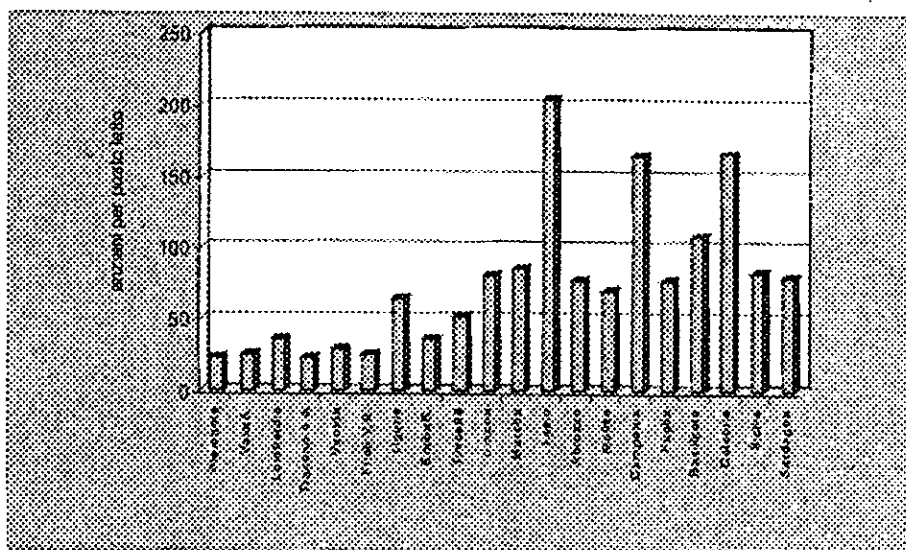
- Le prime posizioni per la disponibilità di posti letto sono occupate dalle regioni del Nord: la Lombardia con 42.507 posti letto, il Piemonte con 37.362, il Veneto e l'Emilia Romagna; il loro numero medio di posti letto per struttura è elevato: è proprio

il Veneto a detenere il primato nazionale con, in media, 86 posti letto per struttura, 37 in più rispetto alla media nazionale. Situazione opposta si registra in Valle d'Aosta, Molise e Basilicata in cui la percentuale di posti letto sul totale nazionale è di circa lo 0,4%. Le regioni con il più basso numero di posti letto per struttura sono il Lazio (22), la Calabria (25) e le Marche (26) denotando la presenza di strutture di minori dimensioni.

In Piemonte e in Trentino Alto Adige l'offerta è elevata e si registrano 23 anziani per ogni posto letto; il Lazio conta ben 204 anziani per ogni posto letto, la Calabria 166 e la Campania 165 (figura 3.1).

In generale si può affermare che al Nord si registra un maggior numero di strutture per 1000 kmq (con un massimo in Liguria e Piemonte), e ciò sta ad indicare che esiste una maggiore distribuzione dell'offerta sul territorio.

Fig. 3.1 — Numero di anziani per posto letto nelle regioni, anno 1998.



Fonte: elaborazione propria su dati del Ministero dell'Interno

3.3.2 Strutture non residenziali

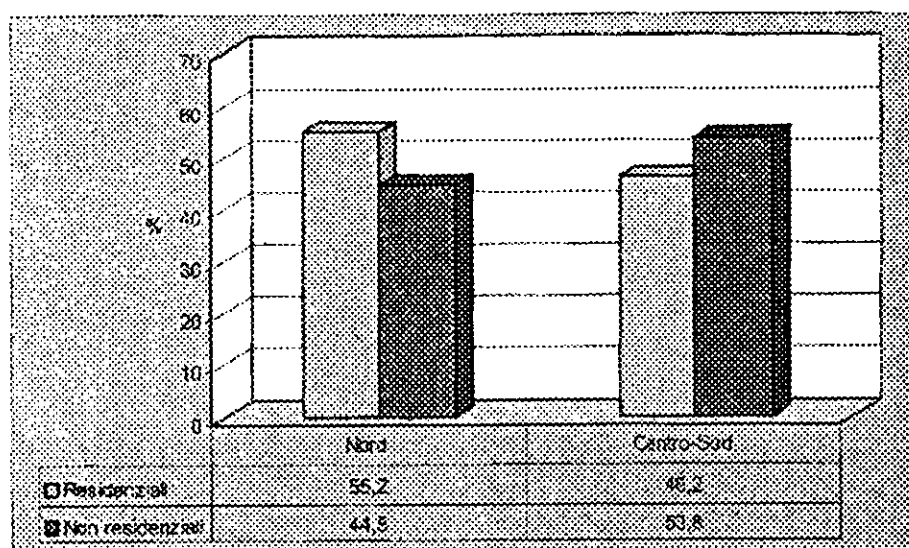
Le strutture non residenziali sono 4.133, con 729 mila 779 utenti. Anch'esse, come le strutture residenziali, si distribuiscono maggiormente al Nord (il 59% del totale nazionale).

La Lombardia è la regione che offre il maggior numero di centri, 660, pari al 16% del totale nazionale, il Lazio, 393, pari a 9,5%, l'Emilia Romagna (365) ed il Veneto (329) (tabella 3.3). Per quanto riguarda il numero di anziani che usufruiscono di queste strutture, nel Lazio e nella Lombardia si registra la percentuale più alta rispetto al totale nazionale (18,1%), seguite dall'Emilia Romagna e dal Veneto (tabella 3.3).

Interessante da notare è come la percentuale delle strutture non residenziali rispetto al totale delle strutture residenziali e non sia più alta nel Centro-Sud rispetto al Nord (figura 3.2). Infatti in Molise, Abruzzo e Lazio, posto 100 il numero totale delle strutture, quasi 70 sono di tipo non residenziale, mentre in Friuli-Venezia Giulia, Liguria e Toscana si registrano le percentuali opposte.

Ciò è probabilmente dovuto alla mentalità tradizionale più diffusa al Centro-Sud in cui si preferisce in ogni caso tenere l'anziano nel proprio domicilio ed usufruire delle strutture di assistenza soltanto per attività diurne.

Fig. 3.2 – Distribuzione percentuale delle strutture residenziali e non al Nord e al Centro-Sud, anno 1998.



Fonte: cfr. figura 3.1

3.3.3 Centro studi e Università

Nell'anno accademico 1998/99 nei 680 centri studi censiti, risultano iscritti 134.751 anziani. Rispetto alla loro dislocazione geografica, il Piemonte ed il Veneto registrano il numero più alto con una percentuale pari rispettivamente a 15,1 e 14,9. In queste regioni si rileva anche il più elevato numero di iscritti, pari rispettivamente al 20,7% e al 12,6% del totale nazionale (tabella 3.4).

3.4 RILEVAZIONE DIRETTA DELL'OFFERTA NELLE REGIONI

3.4.1. Il questionario: formulazione e problemi.

Per poter valutare correttamente l'offerta di servizi e strutture per l'anziano a livello territoriale, è stato sottoposto alle regioni un questionario.

Il questionario proposto aveva lo scopo di:

- rilevare il numero di Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) al 1 luglio del 1999, verificare se rispetto al 1 luglio 1996 il numero di tali unità fosse aumentato e se ce ne fossero alcune in progetto. In relazione alle UVG è stato interessante rilevare come le stesse si trovassero quasi esclusivamente nelle A.S.L., capire i motivi della loro localizzazione e analizzare, le figure professionali presenti;

- valutare se viene fornita un'assistenza domiciliare e in caso affermativo individuare la tipologia (socio-assistenziale, sanitaria, ADI) e gli strumenti utilizzati;

- individuare quali programmi sono in atto per allungare il più possibile la permanenza dell'anziano a domicilio (fruibilità di servizi assistenziali e sanitari, miglioramento delle condizioni abitative, etc.);
- quantificare il numero di strutture, residenziali e non, esistenti al 1 luglio 1996, al 1 luglio 1999 e quelle in progetto e individuare i motivi legati alla loro localizzazione territoriale;
- evidenziare la possibilità di un'assistenza verso particolari forme di demenza senile, quali il morbo di Alzheimer, e inquadrare il tipo di strutture in cui viene fornita;
- rilevare le azioni atte a garantire l'inserimento sociale dell'anziano come esistenza di centri per gli anziani, banche del tempo, università della terza età e altre attività.

Tab. 3.3 - Strutture residenziali, posti letto e strutture che accolgono anche non autosufficienti, % di popolazione ultrasessantacinquenne, numero di anziani per struttura, anziani per posto letto e numero di strutture per kmq, per regione, anno 1998.

Regioni	Strutture non residenziali	Strutture		Densità		Posti letto		Strutture per 1000 kmq	
		n°	% sul totale delle strutture residenziali e non	% nazionale	n°	% nazionale	n° medio per struttura	% tot.	Posti letto per struttura
Piemonte	494	38,7	12,0	58.898	8,1	119,2	20,1	1.743	19,4
Valle d'Aosta	30	47,6	0,7	122	0,0	4,1	18,5	738	9,2
Lombardia	660	54,1	16,0	132.126	18,1	200,2	17,1	2.337	27,7
Trentino Alto Adige	142	55,3	3,4	34.325	4,7	241,7	16,5	1.077	10,4
Veneto	329	50,5	8,0	69.167	9,5	210,2	17,5	2.391	17,9
Friuli Venezia Giulia	88	30,4	2,1	6.349	0,9	72,1	21,0	2.821	11,2
Liguria	126	35,3	3,0	13.419	1,8	106,5	24,4	3.163	23,2
Emilia Romagna	365	41,7	8,8	88.307	12,1	241,9	21,9	2.371	16,5
Toscana	195	35,3	4,7	31.016	4,3	162,1	21,7	3.928	8,5
Umbria	90	60,0	2,2	26.630	3,6	295,9	22,0	2.033	10,6
Marche	186	57,2	4,5	19.717	2,7	106,0	21,0	1.645	19,2
Lazio	393	67,1	9,5	131.815	18,1	335,4	16,7	2.233	22,8
Abruzzo	131	68,6	3,2	18.288	2,5	139,6	19,6	1.909	12,1
Molise	51	69,9	1,2	4.815	0,7	94,4	20,3	1.307	11,5
Campania	141	54,9	3,4	15.574	2,1	110,5	13,4	5.486	10,4
Puglia	169	54,0	4,1	18.951	2,6	112,1	14,8	3.571	8,7
Basilicata	42	59,2	1,0	3.587	0,5	85,4	17,3	2.506	4,2
Calabria	146	64,6	3,5	10.167	1,4	69,6	15,9	2.253	9,7
Sicilia	218	40,4	5,3	36.009	4,9	165,2	15,8	3.699	8,5
Sardegna	137	56,4	3,3	9.897	1,4	72,2	14,9	1.797	5,7
ITALIA	4.133	48,5	100,0	729.779	100,0	176,6	17,7	2.465	13,7

Fonte: cfr. tabella 3.2

Tab. 3.4 — Strutture residenziali, posti letto e strutture che accolgono anche non autosufficienti, % di popolazione ultrasessantacinquenne, numero di anziani per struttura, anziani per posto letto e numero di strutture per kmq, per regione, anno 1998.

Centro studi e Università	Strutture		Letti		Popoli su n° strutture		Popoli su n° strutture	n° strutture per 1000 kmq
	S	% nazionale	S	% nazionale	n° strutture	% S		
Piemonte	103	15,1	27.858	20,7	270,5	20,1	8.360	4,1
Valle d'Aosta	5	0,7	548	0,4	109,6	18,5	4.427	1,5
Lombardia	65	9,6	13.062	9,7	201,0	17,1	23.725	2,7
Trentino Alto Adige	55	8,1	11.058	8,2	201,1	16,5	2.782	4,0
Veneto	101	14,9	17.001	12,6	168,3	17,5	7.789	5,5
Friuli Venezia Giulia	25	3,7	12.080	9,0	483,2	21,0	9.928	3,2
Liguria	25	3,7	5.617	4,2	224,7	24,4	15.944	4,6
Emilia Romagna	58	8,5	12.667	9,4	218,4	21,9	14.920	2,6
Toscana	45	6,6	9.915	7,4	220,3	21,7	17.020	2,0
Umbria	20	2,9	3.957	2,9	197,9	22,0	9.148	2,4
Marche	32	4,7	4.715	3,5	147,3	21,0	9.563	3,3
Lazio	22	3,2	2.049	1,5	93,1	16,7	39.885	1,3
Abruzzo	16	2,4	2.609	1,9	163,1	19,6	15.629	1,5
Molise	2	0,3	206	0,2	103,0	20,3	33.339	0,5
Campania	18	2,6	2.634	2,0	146,3	13,4	42.970	1,3
Puglia	32	4,7	2.520	1,9	78,8	14,8	18.862	1,7
Basilicata	14	2,1	1.013	0,8	72,4	17,3	7.517	1,4
Calabria	7	1,0	436	0,3	62,3	15,9	46.992	0,5
Sicilia	23	3,4	2.075	1,5	90,2	15,8	35.056	0,9
Sardegna	12	1,8	2.731	2,0	227,6	14,9	20.515	0,5
ITALIA	680	100,0	134.751	100,1	198,2	17,7	14.985	2,3

Fonte: cfr. tabella 3.2

L'elaborazione del questionario ha presentato qualche difficoltà dovuta soprattutto a mancate risposte da parte di alcune regioni¹. In questi casi, infatti, non si è potuto attribuire ad una mancata risposta l'assenza delle strutture o dei servizi richiesti e quindi tali regioni non sono state confrontate con le altre. Inoltre molti dati (ad esempio quelli relativi alla copertura di territorio e alla percentuale di anziani cui erano diretti i servizi, o quelli relativi al tipo di finanziamento fornito) non sono stati utilizzati in quanto ritenuti non del tutto attendibili. In molte risposte si è riscontrato, infatti, oltre i casi di mancata risposta, una non piena comprensione della domanda e/o la non coerenza con le dichiarazioni fatte nel resto del questionario.

Dati e problemi riscontrati, l'analisi effettuata non è completa, ma si ha comunque una interessante conoscenza dell'offerta socio-sanitaria nelle regioni italiane.

¹ La regione Friuli Venezia Giulia non ha fatto pervenire alcuna risposta.

3.4.2 Definizioni

- *Unità di valutazione geriatrica (UVG)*: unità operativa ospedaliera con degenza ordinaria, a ciclo diurno e competenze professionali specialistiche geriatriche, garantisce l'integrazione dei percorsi assistenziali per le persone anziane all'interno delle strutture ospedaliere. Utilizza un approccio multidimensionale ed elabora un piano individuale di assistenza, condiviso con il medico di medicina generale ed i servizi sociali, e atto a garantire continuità di cura tra ospedale e distretto. In questo contesto si decide in merito all'inserimento in strutture residenziali o l'approccio di tipo domiciliare.

- *Assistenza domiciliare*: può essere di tipo socio-assistenziale, nel caso in cui venga fornito un aiuto domestico (pasti a domicilio, igiene personale), di tipo sanitario, con una assistenza riabilitativa e infermieristica, accesso a domicilio del medico di Medicina Generale, o di tipo ADI. Costituisce l'assistenza preferita dall'anziano tipo è quella dell'assistenza domiciliare perché all'interno dell'ambiente fisico, sociale ed emozionale in cui è vissuto, riuscendo così a mantenere il rapporto con i propri spazi vitali e le proprie memorie

- *ADI*: l'assistenza domiciliare integrata è l'insieme di interventi che richiedono integrazione e che rispondono a bisogni specifici di tipo socio-sanitario sulla base di un piano unitario di assistenza e con l'apporto di competenze specialistiche. Questi interventi complessi si basano su una valutazione multidimensionale con strumenti omogenei e validati, adottati almeno su scala regionale, sulla elaborazione di un piano di assistenza sociosanitaria personalizzato, su di un programma di attuazione e sulla verifica periodica del piano di assistenza.

Nel caso l'anziano sia solo o senza alcun supporto sociale che gli consenta di essere assistito a domicilio deve poter usufruire di altri servizi, più o meno assistiti, in base al suo grado di autonomia. Si distinguono:

- *Alloggi con servizi di supporto*: comprendono tutte le possibili soluzioni abitative assistite per persone anziane con ridotta autonomia.

- *Assistenza intermedia*: si esplica con modalità semiresidenziale, diurne, ambulatoriali, da erogare in spazi e con personale ad hoc.

- *Casa albergo*: complesso di appartamenti predisposti per ricevere, per un periodo non superiore ad un anno, anziani autosufficienti, in condizioni di disagio sociale ed economico.

- *Casa di riposo (CR)*: struttura che garantisce prestazioni alberghiere e socializzanti.

- *Casa protetta (CP)*: diretta ad un'utenza autosufficiente e non, purché non bisognosa di prestazioni sanitarie ospedaliere. Sono garantiti all'interno servizio mensa, attività di relazione e attività diurne.

- *Centro diurno (CD)*: struttura semiresidenziale allocata nel distretto che accoglie, per i periodi definiti, persone anziane disabili e svolge attività ricreativa e/o socio-culturale. Fornisce inoltre servizi di ristoro e di pernottamento e costituisce anche punto di appoggio per i servizi di assistenza domiciliare. Assume caratteristiche organizzative e professionali collegate a particolari tipi di utenza quali, ad esempio, gli anziani affetti dalla malattia di Alzheimer e le altre forme di demenza.

- *Comunità alloggio*: servizi generali comuni quali la cucina, la lavanderia, la emero-teca e di personale per l'aiuto domestico, rivolti ad anziani autosufficienti che non abbiano necessità di assistenza particolare.

- *Lungodegenza*: istituti o reparti con funzione ospedaliera di lungo degenza e riabilitazione estensiva.

- *Residenza assistenziale*: struttura residenziale sociale con prestazioni sanitarie, allocata nel distretto. Accoglie in modo permanente o temporaneo, persone anziane non autonome e non altrimenti assistibili a domicilio.

— *Residenza sanitaria assistenziale (RSA)*: struttura residenziale a valenza sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria, che garantisce lunga assistenza e riabilitazione espressa dagli anziani gravemente dipendenti non curabili a domicilio. Accoglie in modo permanente o temporaneo persone anziane non autonome e a ciclo diurno persone anziane non altrimenti assistibili a domicilio, per recuperare o mantenere il potenziale funzionale, senza allontanarle dall'ambiente familiare di appartenenza.

Nel caso in cui l'anziano non sia un soggetto bisognoso di cure e di assistenza, ma sia autonomo e attivo, occorre comunque attuare delle politiche di intervento per evitare l'isolamento e favorire un inserimento sociale. L'anziano deve, quindi, poter usufruire di strutture e servizi come:

- *Banche del tempo*: hanno il compito di riorganizzare il tempo libero dell'anziano per inserirlo in un contesto sociale di aiuto e sostegno;
- *Centro per anziani* (club, centri ricreativi,...): ambienti forniti di sussidi idonei per lo svolgimento di attività culturali e del tempo libero;
- *Possibilità di svolgere volontariato e lavori socialmente utili*;
- *Università della terza età*: struttura organizzata per la promozione culturale delle persone anziane.

3.4.3 Risultati

Nelle tabelle delle risposte al questionario si utilizzerà un'unica simbologia relativa a:

- | | |
|-------------|------------------------------------|
| m.r. | = mancata risposta |
| x | = presenza della modalità indicata |
| - | = assenza della modalità indicata |

Facendo riferimento al precedente Rapporto sulla condizione dell'anziano, occorre in primo luogo precisare che i risultati relativi all'offerta di servizi e strutture, non sono del tutto comparabili a causa della differente metodologia di rilevazione utilizzata. Infatti nel Rapporto sulla condizione dell'anziano del 1996-97 non è stata effettuata una rilevazione diretta tramite questionario, ma ogni regione ha fornito una relazione sulla situazione dell'assistenza e cura degli anziani, non utilizzando, però, una terminologia e dei parametri di valutazione dell'offerta standardizzati.

Le tabelle 3.5 e 3.6 riportano schematicamente la presenza o l'assenza di UVG, assistenza domiciliare, strutture, inserimento sociale e centri per particolari patologie senili. Nell'ultima colonna vengono riportate le frequenze delle modalità presenti, cioè l'offerta complessiva di ogni regione rispetto alla gamma di servizi e strutture considerati. È bene ribadire che nella tabella 3.5, relativa al precedente rapporto, il trattino "-" indica sia una mancata risposta, sia un'assenza di servizi e, quindi, non essendo distinguibili le due modalità non possiamo con precisione attribuire i cambiamenti riscontrati a effettive variazioni nel numero di servizi erogati.

Le regioni che spiccano per l'alto numero di servizi offerti sono la Liguria e l'Emilia Romagna; infatti già nel 1996/97 presentavano una frequenza di modalità elevata, pari rispettivamente a 12/16 e 10/16, e attualmente mostrano entrambe una frequenza di 15 modalità su 16, avendo introdotto l'università della terza età e dei centri per il trattamento del morbo di Alzheimer. Seguono queste due regioni la Toscana, la Lombardia e la Valle d'Aosta e la provincia autonoma di Trento.

Anche nel Centro-Sud si rilevano valori elevati ed è proprio in questa area geografica che si riscontra un miglioramento più marcato nell'offerta. Ad esempio la Puglia presenta

attualmente una frequenza di modalità pari a 13/16, contro quella del 1996/97 pari a 6/16, avendo introdotto ulteriori forme di assistenza domiciliare, strutture (CD e lungodegenza) e trattamenti di particolari forme di demenza senile. Non sono da meno l'Umbria¹ e la Sardegna in cui si sono registrate ben 8 e 7 modalità in più rispetto al precedente biennio.

Molto importante da notare è come quasi tutte le regioni si siano adeguate alla realtà attuale, creando al loro interno le Unità di Valutazione Geriatrica (soltanto 8 regioni ne erano fornite nel biennio 1996/97 contro la quasi totalità rilevata nel questionario), e dando vita a reparti o istituti per far fronte a particolari forme di demenza senile.

Tab. 3.5 – **Quadro sinottico della situazione dell'assistenza e cura degli anziani nelle regioni, quale risulta dalla Relazione Biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano, anno 1996/97.**

× : presente

- : assente o mancata risposta

REGIONI	Assistenza domiciliare							Strutture esistenti			Inserimento sociale					Frequenza delle modalità presenti	
	Servizi socio-assist.	CD	Servizi socio-assist.	ADI	Assistenza infermieristica	Assistenza farmaceutica	Assist. inferm.	CD	CD	Lungo degenza	CR	Centri	Banche del tempo	Università terza età	Trattato di particolari patologie (alzzheimer)		
Piemonte	-	x	x	-	-	x	x	x	x	x	-	x	-	-	-	x	9/16
Valle d'Aosta	x	x	x	x	x	x	-	-	-	x	-	x	x	-	-	x	10/16
Lombardia	x	x	x	-	-	-	-	x	-	x	-	-	-	-	-	x	6/16
Bolzano	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	-	-	-	4/16
Trento	-	x	-	-	-	x	x	x	x	x	-	x	x	-	-	-	8/16
Veneto	x	x	x	-	-	x	x	x	-	x	-	x	-	-	-	-	8/16
Friuli-V.G.	-	x	x	x	-	x	x	x	x	-	-	x	-	-	-	-	8/16
Liguria	x	x	x	x	x	x	-	x	x	x	-	x	x	x	-	-	12/16
Emilia Romag.	x	x	x	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	10/16
Toscana	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x	-	-	x	x	x	x	13/16
Umbria	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	-	x	-	-	-	-	4/16
Marche	-	x	x	-	-	-	-	x	x	-	-	x	-	-	-	-	5/16
Lazio	-	x	x	-	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	8/16
Abruzzo	-	x	-	-	-	-	x	x	-	x	-	x	-	-	-	x	6/16
Molise	-	x	x	-	-	-	-	x	-	-	-	-	x	-	-	-	4/16
Campania	-	x	x	-	-	x	-	x	x	-	-	x	x	-	-	-	7/16
Puglia	-	x	-	-	-	x	-	x	x	-	-	x	x	-	-	-	6/16
Basilicata	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	-	-	-	5/16
Calabria	-	x	x	-	-	-	-	x	x	-	-	x	x	-	-	-	6/16
Sicilia	x	x	-	-	-	x	x	x	x	x	-	x	x	-	-	-	9/17
Sardegna	-	x	-	-	-	-	-	-	x	x	-	x	x	-	-	-	5/16

N.B.: Il trattino - indica mancata risposta o assenza di servizi, non essendo distinguibili le due modalità

Nella griglia sono state comprese nelle CR (Case di Riposo) anche le microcomunità, le comunità alloggio e le case albergo.

Fonte: elaborazione propria su dati del Rapporto Biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano 1996-1997

Tab. 3.6 - Quadro sinottico della situazione dell'assistenza e cura degli anziani nelle regioni, quale risulta dalla Relazione Biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano, anno 1998/99.

x: presente

- : assente

m.r. : mancata risposta

Servizi socio-sanitari	Assistenza domiciliare							Sostegno residenziali				Interventi sociali				Frequenza delle modalità proposte	
	UVG	Servizi socio-sanitari	ASL	Assistenza infermieristica	Assistenza farmacia	Assistenza	Assistenza familiare	PSI	DSI	DSI	Lungo degenza	DSI	Centri	Assistenza del tempo	Università terza età		Protezione al personale pathology (Alzheimer)
Piemonte	x	x	x	x	-	x	-	x	x	m.r.	-	x	x	-	x	x	11/16
Valle d'Aosta	x	x	x	x	-	x	x	-	x	x	-	x	x	-	x	x	12/16
Lombardia	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x	-	-	x	x	x	x	13/16
Bolzano	-	x	x	x	x	x	x	m.r.	m.r.	x	m.r.	x	x	-	-	-	9/16
Trento	m.r.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	m.r.	x	-	x	x	13/16
Veneto	x	x	x	x	-	x	-	m.r.	m.r.	x	m.r.	x	x	-	x	x	10/16
Friuli-V.G.																	
Liguria	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	m.r.	x	x	x	x	x	15/16
Emilia Romagna	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x	x	15/16
Toscana	x	x	x	x	x	x	x	x	m.r.	x	m.r.	m.r.	x	x	x	x	13/16
Umbria	x	x	x	x	x	-	-	x	x	-	m.r.	x	x	x	x	x	12/16
Marche	x	x	x	x	x	-	-	x	x	m.r.	m.r.	x	x	-	x	x	11/16
Lazio	x	x	x	x	-	-	-	x	m.r.	x	x	x	x	x	x	x	12/16
Abruzzo	x	x	x	x	x	x	-	x	m.r.	m.r.	x	m.r.	x	-	x	x	11/16
Molise	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	x	x	-	x	x	10/16
Campania	x	x	x	-	-	x	-	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	x	-	x	-	6/16
Puglia	x	x	x	x	x	x	-	m.r.	x	x	x	x	x	-	x	x	13/16
Basilicata	x	x	x	x	x	x	-	m.r.	m.r.	m.r.	m.r.	x	x	-	x	x	10/16
Calabria	x	x	x	x	x	-	-	m.r.	x	x	x	x	x	-	x	x	12/16
Sicilia	m.r.	x	x	x	-	x	x	m.r.	x	x	m.r.	x	x	-	x	-	10/16
Sardegna	m.r.	x	x	x	-	x	-	x	x	x	x	x	x	x	x	-	12/16

Fonte: elaborazione propria su dati del questionario

DETTAGLIO DI OGNI PARTE DEL QUESTIONARIO.

Nella tabella 3.7 si riporta il numero di Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) presenti nelle varie regioni alle date 1.7.1996, 1.7.1999 e quelle previste per il futuro. La rilevazione di questo dato è di estrema importanza in quanto le UVG sono lo

strumento più adeguato per comprendere le esigenze dell'anziano ed indirizzarlo verso l'assistenza più idonea. È uno strumento di valutazione multidimensionale pensato appositamente per l'anziano e indispensabile, quindi, nella realtà del nostro Paese.

Attualmente la Lombardia è la regione che presenta il più alto numero di UVG con 109 unità, a seguire il Veneto con 84 ed il Lazio con 61. Per le regioni in cui è possibile effettuare una analisi temporale, si evidenzia come la Puglia sia passata da 1 unità nel 1996 a ben 21 nel 1999 e dichiarati di averne 5 in progetto. Allo stesso modo la Toscana è passata da 12 a 34 e l'Emilia Romagna da 45 a 51 unità.

Dal questionario risulta che, nella maggioranza delle regioni che hanno risposto, le UVG sono collocate all'interno delle A.S.L. e/o dei distretti; la decisione di questa localizzazione è stata presa a seguito di una presenza di strutture adeguate e/o di una forte domanda di servizi e/o in seguito ad una programmazione regionale (tabella 3.8).

Tab. 3.7 – Numero di Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) presenti al 1.7.96, al 1.7.99 e in progetto, per regione.

Regioni	Numero di UVG		
	1.7.96	1.7.99	in progetto
Piemonte	m.r.	22	0
Valle d'Aosta	4	4	0
Lombardia	m.r.	109	m.r.
Bolzano	0	0	0
Trento	m.r.	m.r.	11
Veneto	84	84	m.r.
Friuli Venezia Giulia			
Liguria	9	9	m.r.
Emilia Romagna	45	51	m.r.
Toscana	12	34	m.r.
Umbria	1	5	m.r.
Marche	m.r.	13	m.r.
Lazio	m.r.	61	m.r.
Abruzzo	1	4	25
Molise	7	6	4
Campania	m.r.	*	m.r.
Puglia	1	21	5
Basilicata	m.r.	5	m.r.
Calabria	3	15	m.r.
Sicilia	m.r.	m.r.	m.r.
Sardegna	m.r.	m.r.	m.r.

* La Campania non ha fornito una quantificazione, ma ha dichiarato di averne, anche se non tutte attivate.

Tab. 3.8 — **Motivi della localizzazione delle UVG all'interno delle A.S.L. e/o dei distretti, per regione***.

Regioni	Motivi della localizzazione		
	presenza strutture adeguate	forte domanda di servizi	programmazione regionale
Piemonte	-	-	-
Valle d'Aosta	-	-	-
Lombardia	x	-	-
Bolzano			
Trento	x	-	-
Veneto	-	-	x
Friuli Venezia Giulia			
Liguria	x	x	-
Emilia Romagna	x	x	x
Toscana	-	-	x
Umbria	x	-	-
Marche	-	-	x
Lazio	-	x	-
Abruzzo	-	x	-
Molise	x	x	-
Campania	-	-	-
Puglia	x	x	-
Basilicata	x	-	x
Calabria	x	-	-
Sicilia			
Sardegna			

* Le regioni con le righe vuote, sono quelle che non hanno risposto alla domanda relativa alla presenza di UVG.

Fonte: cfr. tabella 3.6

In questa prima parte del questionario si è anche posta l'attenzione su quali figure professionali fossero presenti nelle UVG, per verificare la presenza di personale qualificato addetto alla cura e alla valutazione della condizione di salute delle persone anziane. La transizione demografica si accompagna, infatti, ad una transizione epidemiologica per cui emergono bisogni che richiedono competenze professionali specifiche.

Dalla tabella 3.9 si riscontra come le figure maggiormente presenti siano l'infermiere e l'assistente sociale. A seguire c'è la figura del geriatra e del medico di base e in alcuni casi vi è anche il terapista di riabilitazione e il medico specialistico.

Le regioni che presentano tutte e sei le tipologie di figure professionali menzionate, sono la Lombardia, la Liguria, la Toscana e la Basilicata. Comunque è interessante notare che dove non è presente la figura del geriatra è presente quella del medico di base o comunque di un medico specialistico e viceversa.

Tab. 3.9 — Figure professionali presenti nelle UVG, per regione*.

Regioni	Figure professionali presenti nelle UVG						Frequenza della modalità presenti
	peristria	medico di base	infer- miere	tecnista	Assist. sociale	Specia- lista	
Piemonte	x	x	x	-	x	x	5/6
Valle d'Aosta	x	-	x	x	x	-	4/6
Lombardia	x	x	x	x	x	x	6/6
Bolzano							
Trento	-	x	x	x	x	x	5/6
Veneto	x	x	x	x	x	-	5/6
Friuli Venezia Giulia							
Liguria	x	x	x	x	x	x	6/6
Emilia Romagna	x	-	x	-	x	-	3/6
Toscana	x	x	x	x	x	x	6/6
Umbria	x	x	x	-	x	x	5/6
Marche	x	x	x	-	x	-	4/6
Lazio	-	-	x	x	x	x	4/6
Abruzzo	x	-	x	x	x	-	4/6
Molise	x	-	x	x	x	-	4/6
Campania	x	x	x	x	x	-	5/6
Puglia	x	x	x	x	x	x	6/6
Basilicata	x	-	x	x	-	x	4/6
Calabria	x	x	x	x	x	x	6/6
Sicilia							
Sardegna							

* Le regioni con le righe vuote, sono quelle che non hanno risposto alla domanda relativa alla presenza di UVG.

Fonte: cfr. tabella 3.6

Passiamo ora a considerare in quali regioni viene fornita l'assistenza domiciliare e con quali strumenti. L'assistenza domiciliare può essere prestata con servizio socio-assistenziale (aiuto domestico, igiene della casa e della persona, disbrigo delle commissioni, etc.), servizio sanitario (prestazioni mediche) e con servizio di assistenza socio-sanitaria integrata ADI (prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali, prestate al domicilio del paziente in forma integrata ed in collegamento con le UVG).

Tutte le regioni forniscono assistenza domiciliare, con i tre diversi tipi di servizi. Soltanto alcune regioni non prevedono l'impiego di una assistenza sanitaria, ma comunque presentano una assistenza di tipo ADI, come ad esempio il Piemonte, il Veneto, l'Abruzzo, la Campania e la Sicilia (tabella 3.10).

Per quanto riguarda gli strumenti utilizzati, nel questionario si fa riferimento all'assistenza infermieristica, a quella farmaceutica, al monitoraggio (telesoccorso, telecontrollo), all'erogazione di assegni alle famiglie che si prendono cura dell'anziano e ad un'assistenza personalizzata.

Dalla tabella 3.11 si nota come lo strumento più utilizzato per prestare assistenza domiciliare sia l'assistenza infermieristica, presente in tutte le regioni; a seguire il monitoraggio di cui sono sprovviste solo tre regioni: Umbria, Marche e Lazio. L'assistenza farmaceutica è un po' meno frequente accompagnata dall'assistenza personalizzata. La maggioranza delle regioni non fornisce un assegno di sostegno alle famiglie, infatti sono 11 le regioni che non prevedono questo aiuto economico, soprattutto dislocate nel Centro-Sud. Analizzando la frequenza di modalità presenti nelle regioni, si può notare come al Nord le stesse presentino la totalità o quasi degli strumenti indicati, mentre il caso opposto si rileva per la Campania che presenta, come unico strumento, il monitoraggio.