

Cure domiciliari e indicatori di bisogno nella popolazione

Antonio Guaita*, Georgia Casanova**

* Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso (MI); ** Università "Vita e Salute" San Raffaele, Milano

Negli ultimi anni l'impiego dei servizi domiciliari è cresciuto di oltre un punto percentuale (da 3,8% a 4,9%) mentre rimane stabile la copertura territoriale fornita dai servizi residenziali (3%). Cresce maggiormente l'assistenza integrata di tipo sanitario (ADI) rispetto al servizio assistenziale comunale SAD e diventa la componente predominante della cura domiciliare (dall'1,6% al 3,5%). Una crescita, quella dell'ADI, spronata anche dalla presenza di obiettivi di copertura minima (3,3%) da raggiungere omogeneamente a livello nazionale e regionale, così come concordato e promosso nel Quadro di Sviluppo Nazionale 2007-2013 (Pesaresi, 2010). Viene spontaneo chiedersi se la dimensione del servizio a livello regionale sia in rapporto con qualche indicatore di bisogno, così da poter formulare una stima – anche indicativa – sull'appropriatezza della risposta che, almeno in parte, possa giustificare le differenze regionali esistenti.

Punto di partenza della nostra riflessione è che l'appropriatezza della risposta delle cure domiciliari corrisponda alla capacità di coprire adeguatamente i bisogni per i quali è previsto l'intervento. In Italia non vi è, però, una cultura della rilevazione dei "bisogni", almeno non a livello quantitativo: dati sintetici non sono disponibili né a livello nazionale né nella maggior parte delle regioni. Si è provato perciò a trarre qualche riferimento quantitativo di appropriatezza – seppur indiretto – dal rapporto tra la diffusione del servizio domiciliare e alcune dimensioni di fragilità presenti nella popolazione a cui dovrebbe essere indirizzato. In particolare, ci si è soffermati sull'età avanzata (>75anni), la solitudine e la disabilità, tre elementi che certamente definiscono la clientela "naturale" dei servizi di cura a domicilio. Si rifletterà quindi sull'esistenza di una correlazione tra copertura territoriale del servizio domiciliare – sanitario e sociale – e i valori regionali e nazionali di tali indicatori indiretti.

RAPPORTO TRA CURE DOMICILIARI E ULTRA 75ENNI

Un indicatore indiretto della relazione fra quota di assistiti a domicilio e bisogno può derivare dal rapporto con la popolazione ultra75enne, che è quella che più fruisce dei servizi di assistenza.

Nel secondo rapporto sull'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia viene detto: "(...) Oggi, come noto, i grandi anziani (75+) costituiscono il target principale dell'assistenza continuativa e questo dato si ripropone nell'utenza dell'ADI... gli ultra75enni rappresentano la quota più alta degli assistiti, raggiungendo quasi ovunque, e talora superando, i 2/3 degli anziani seguiti (...) Dati confermati anche da altri studi, ad esempio nelle Marche la percentuale di assistiti risulta il 12,7% per gli ultra65enni ma quasi 20% per gli ultra75enni..." (Guaita e Casanova, 2010).

Ciò avvalorza la valenza – come indicatore di appropriatezza – del rapporto fra presenza di ultra75enni nella popolazione e percentuale di assistiti in ADI e SAD. La distribuzione regionale della copertura dei due servizi relativa ad anni se non coincidenti, simili, è descritta in Tabella 1.

L'elaborazione del rapporto tra tassi di copertura e popolazione 75enne (Fig. 1) mostra come esista una correlazione positiva e statisticamente significativa, anche se debolmente ($P < 0.05$, $r = 0,444$), tra ADI e la popolazione ultra75enne.

In pratica, le regioni con più 75enni hanno tendenzialmente un più alto tasso di assistiti ADI. Invece la quota di assistiti totali (ADI+SAD) nelle varie regioni non ha una distribuzione correlabile con la presenza di ultra75enni.

Nella Figura 1 la distribuzione delle regioni rispetto alla media italiana individua quelle che pur avendo alto tasso di ultra75enni hanno basse quote di assistiti (riqua-

Tabella I - Il contesto regionale: indicatori demografici di rilievo e copertura delle cure domiciliari rispetto alla popolazione anziana (65+)%.¹

Regione	Dati demografici		% copertura cure domiciliari		
	>75anni	>60enni soli	ADI	SAD	Totale
Friuli V.G.	11,15	33,9	7,20	2,60	9,80
Veneto	9,21	35,1	6,40	1,80	8,20
Molise	11,16	38,6	3,70	4,00	7,70
Emilia R.	11,40	20,1	5,7	1,9	7,6
Abruzzo	10,73	33,7	3,60	2,60	6,20
Basilicata	9,65	31	4,30	1,00	5,30
Lombardia	8,88	35,2	3,60	1,70	5,30
Lazio	8,87	36	3,80	1,20	5,00
Umbria	11,91	42,5	4,30	0,60	4,90
Marche	11,41	30,3	3,90	0,90	4,80
Bolzano	7,87	35,4	0,50	4,00	4,50
Liguria	13,39	41,1	3,20	1,20	4,40
Calabria	8,85	40,8	2,70	1,50	4,20
Trento	9,42	46,4	1,00	3,20	4,20
Sicilia	8,64	39,3	1,00	2,80	3,80
Sardegna	8,20	29,5	1,20	2,50	3,70
Piemonte	10,70	34,1	1,80	1,50	3,30
Toscana	11,71	40,2	2,10	1,20	3,30
Campania	7,12	26,7	1,60	1,50	3,10
Valle d'Aosta	9,70	33,9	0,30	3,00	2,80
Puglia	8,18	28,4	1,60	0,80	2,40

dro in basso a destra) o, al contrario, alta quota di assistiti pur avendo meno ultra75enni (riquadro in alto a destra). Sono invece espressione di un certo equilibrio le regioni che stanno nel riquadro in basso a sinistra (minor quota sia di ADI sia di ultra75enni) o in alto a de-

stra (più alta quota sia di ADI sia di ultra75enni). Ad esempio, la provincia autonoma di Bolzano e la regione Valle D'Aosta hanno tassi di assistiti ADI molto bassi, tra loro non diversi (0,50 e 0,30), a fronte di una diversa presenza percentuale di ultra75enni, meno di 8 e quasi 10% ri-

¹ Elaborazione su fonte ISTAT dati demografici al 1-1-2007; ADI Ministero Sviluppo economico - Monitoraggio QNS al 1-1-2007, a sua volta richiamo dei dati SNN annuario sanitario 2007; SAD dati relativi al 1-01-2006 - censuaria comuni ISTAT.

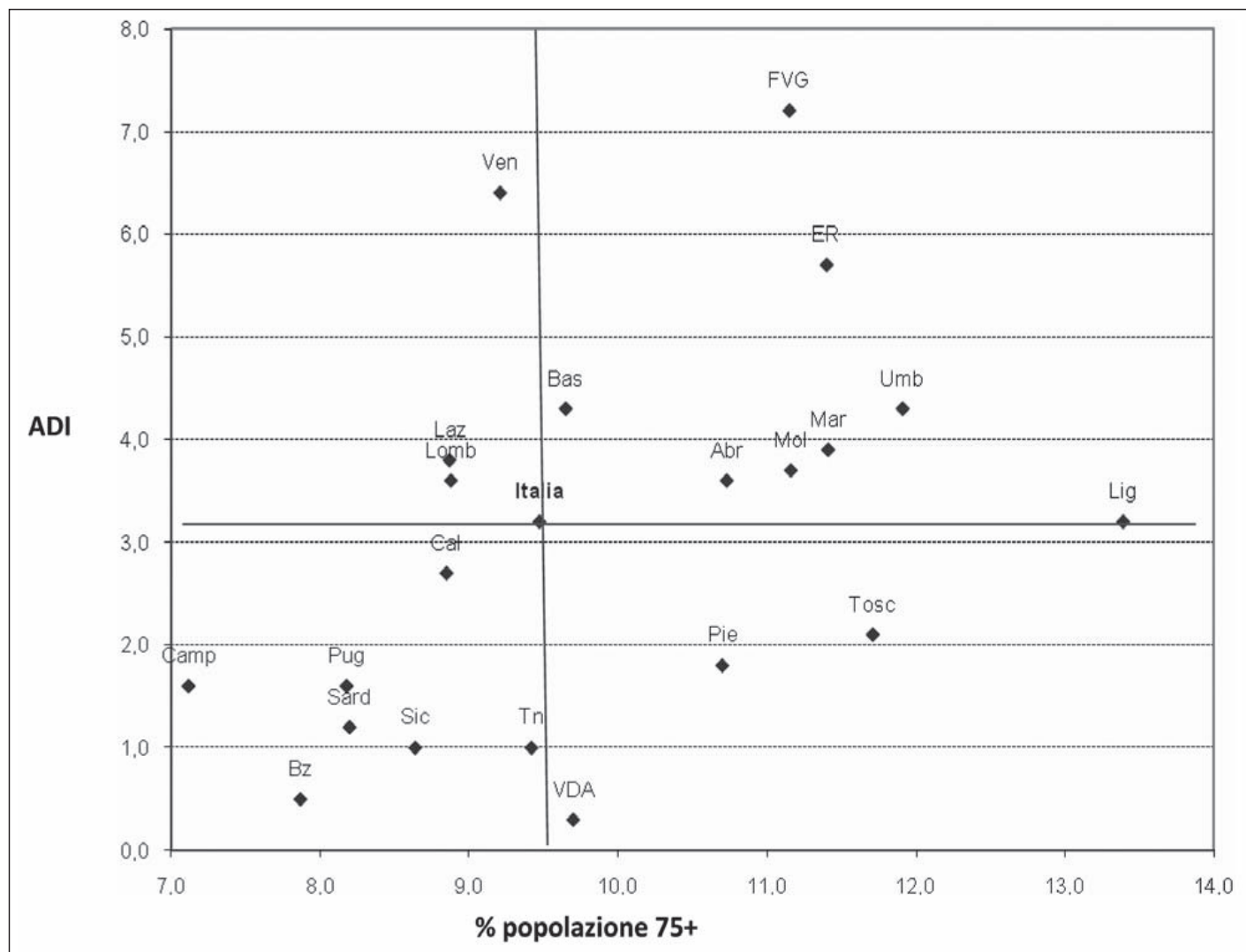


Figura 1 - Popolazione 75+ e copertura ADI: Distribuzione delle regioni rispetto alla media italiana nel rapporto fra 75enni nella popolazione e presenza di ADI sul territorio².

spettivamente (7,87 e 9,70). All'inverso, Sicilia e Lazio hanno simile la quota degli ultra 75enni (8,64 e 8,87), mentre assai diverso risulta il tasso degli assistiti ADI (1 e 3,80). Per meglio comprenderne il significato, il dato va comparato anche con la presenza del servizio di assistenza comunale SAD che è particolarmente sviluppato sia in Valle d'Aosta che a Trento e Bolzano, facendo supporre una certa attività di "supplenza" fra i due servizi. Questo, se vero, dovrebbe generare una correlazione negativa statisticamente significativa fra presenza di ADI e presenza

di SAD e una analoga positiva con i 75enni: ma tale correlazione non esiste, né esiste alcuna correlazione fra SAD e popolazione ultra75enne.

CURE DOMICILIARI E PRESENZA DI ANZIANI CHE VIVONO SOLI

Un'altra possibile analisi del rapporto fra servizi e bisogno espresso dalla popolazione degli anziani, riguar-

²Elaborazione su dati Istat e Dipartimento DPS 2007.

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

da gli anziani che vivono soli (Tab. 1). In realtà, analizzando la distribuzione degli anziani ultra60enni soli nelle regioni italiane e la quota totale ADI e SAD di assistiti, non si trova una correlazione (totale ADI +SAD: "r": -104, p:0,655; ADI: "r": -192; p:0,405; SAD: "r": 0,161; p:0,292).

CURE DOMICILIARI E PRESENZA DI DISABILI ANZIANI CHE VIVONO IN FAMIGLIA

Ancora più pertinente rispetto al bisogno assistenziale è l'analisi del rapporto fra assistiti a domicilio e quota di disabili anziani che vivono in famiglia. In questo caso i dati ISTAT sono riferiti al 2004-2005 e riguardano gli ultra 75enni non autosufficienti che vivono a casa (esclusi quindi i ricoverati in struttura residenziale).

Ci si è basati sui valori assoluti dei maggiori di 75 anni sia della popolazione sia dei disabili, ricavando la relativa quota percentuale sui coetanei (Tab. 2)

La quota totale (SAD+ADI) degli assistiti, ma anche la sola ADI non mostra alcuna relazione con questa popolazione di sicuri bisognosi (correlazione disabili in famiglia ultra75enni *100 con la quota di assistiti: Totale: "r": -0,273; p:0,245; ADI: "r": -0,034; p:0,888).

Nella distribuzione regionale fra percentuale di assistiti ADI e ultra75enni disabili al domicilio (Fig. 2) vi è un certo equilibrio per le regioni come Piemonte e Liguria che presentano minor quota sia di SAD che di ultra75enni disabili o, all'opposto, come la Sicilia con più alta quota sia di SAD che di ultra75enni disabili (nella Figura il riquadro in basso a sinistra e in alto a destra). Si nota che la Valle d'Aosta, pur con una percentuale di disabili molto più bassa, ha una quota di assistiti simile a quella della Sicilia. La Basilicata ha una bassa percentuale di SAD e la più alta quota di disabili anziani in famiglia.

Curiosamente vi è una correlazione negativa con il SAD comunale, come se l'intervento comunale, laddove sono più presenti questi anziani, fosse minore ("r": -0,54; p:0,014). Come spiegare lo scarso ruolo del SAD per questi anziani? Si può pensare che questa popolazione partico-

Tabella 2 - Il contesto regionale: indicatori di disabilità e disabilità 75+³.

Regione	Pop.75+	Disabili in famiglia ultra75enni *100 coetanei
Abruzzo	119011	15,96
Basilicata	47733	23,04
Calabria	149783	22,03
Campania	333982	19,46
Emilia R.	429752	13,03
Friuli V.G.	124940	15,21
Lazio	393985	15,99
Liguria	191548	15,66
Lombardia	706164	14,59
Marche	152284	17,07
Molise	31271	15,99
Piemonte	397910	13,82
Puglia	273921	19,71
Sardegna	113843	15,81
Sicilia	366539	22,37
Toscana	377842	17,20
Trentino A. A.	74271	8,08
Umbria	89933	21,13
Valle D'Aosta	10300	9,71
Veneto	377402	61

lare di disabili anziani sia portatrice di bisogni complessi, spesso sul versante sanitario e quindi più bisognosa di ADI o di altre risposte; però neppure l'ADI cresce al crescere della loro presenza percentuale. In effetti, sembra che le risposte a questi bisogni siano altre, in particolare la residenzialità. La quota di ricoverati è infatti in rapporto inverso, altamente significativo, con la percentuale dei disabili che troviamo a domicilio (correla-

³ Elaborazione su dati Istat (Health for All 2005).

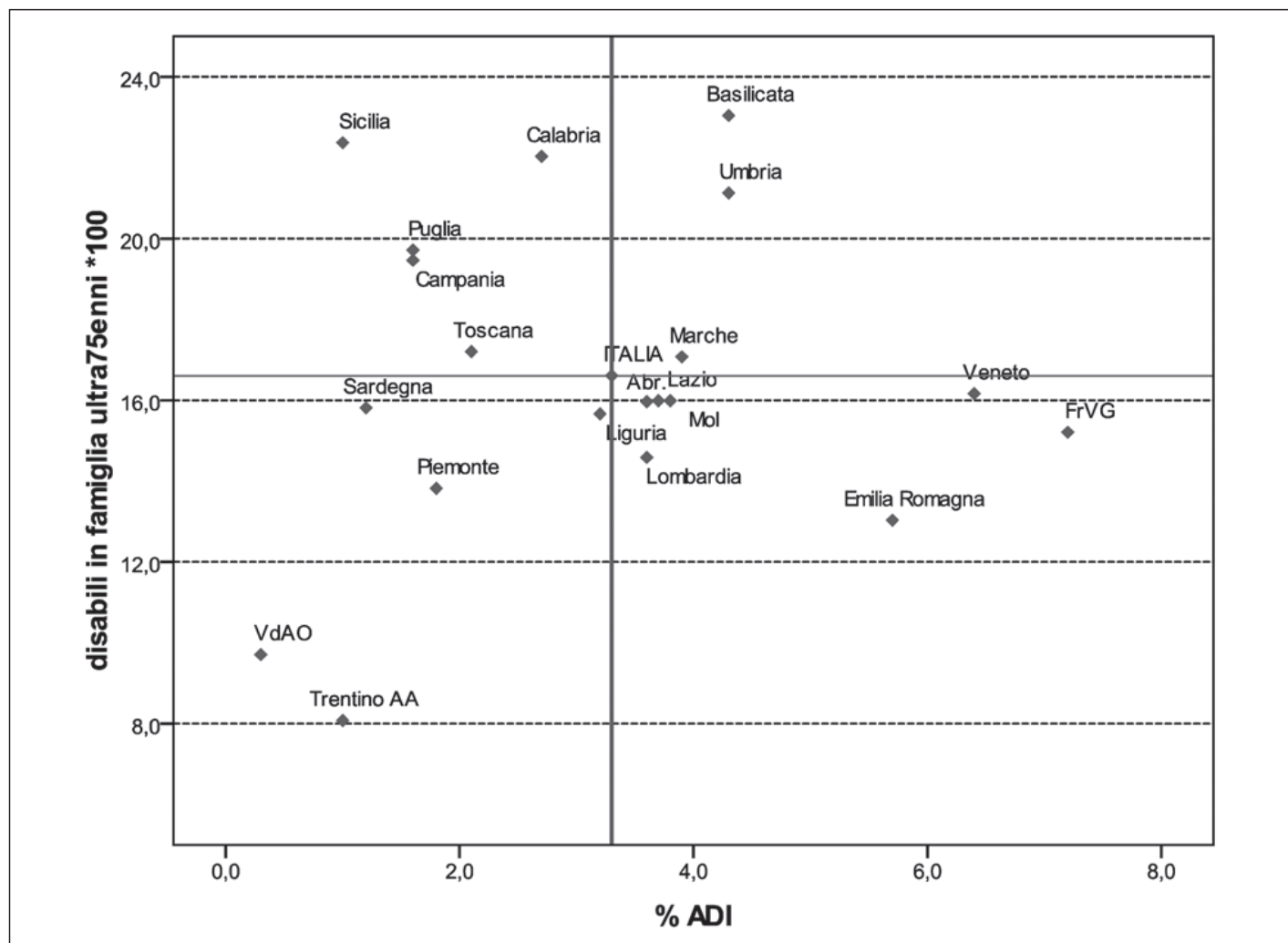


Figura 2 - Presenza disabilità 75+ e copertura ADI: riportata la distribuzione delle regioni rispetto alla media italiana (2007).

zione fra disabili ultra 75enni a domicilio e ricoverati in residenza nelle regioni: "r"=-0,735; p <0,001).

RAPPORTO CURE DOMICILIARI E CURE RESIDENZIALI

Un altro aspetto importante del rapporto fra dimensione dei servizi domiciliari e bisogni degli anziani non autosufficienti è la relazione con gli altri servizi che a loro sono soprattutto rivolti, primi fra tutti i servizi residenziali, comunque intesi.

Se si analizza la possibile relazione di queste percentuali con le percentuali riportate per i servizi domiciliari, non

si trovano correlazioni statisticamente significative. Vi è solo una tendenza che riguarda il SAD, ma è verso una correlazione positiva e non negativa (cioè al crescere dei ricoverati aumenta anche la quota degli assistiti a domicilio). Approccio di integrazione e non di alternanza tra cure domiciliari e RSA che trova riscontro anche nei dati di altri paesi europei (Gori, 2001).

CONCLUSIONI

Nell'analisi dei dati sulla copertura ADI offerta dalle varie Regioni l'unico rapporto di correlazione riscontrato è quello con la quota di anziani ultra75enni. Né la pre-

Tabella 3 - Il contesto regionale - i ricoverati in RSA (2007)⁴.

REGIONE	% ricoverati
Abruzzo	18,9
Basilicata	6,1
Bolzano	55,7
Calabria	6,1
Campania	5,9
Emilia-Romagna	43,8
Friuli-Venezia Giulia	76,3
Lazio	14,2
Liguria	52,0
Lombardia	38,4
Marche	30,9
Molise	24,6
Piemonte	51,6
Puglia	11,2
Sardegna	16,8
Sicilia	10,6
Toscana	23,2
Trento	65,2
Umbria	15,7
Valle d'Aosta	53,8
Veneto	46,5

senza degli anziani soli né di quelli disabili si correla con la quantità di servizio domiciliare offerto dalle regioni. Risulta inoltre un ruolo debole del servizio comunale di SAD, specie di fronte alla disabilità, la cui presenza si correla essenzialmente con la quota di anziani ricoverati nelle residenze. La quota di assistenza domiciliare risulterebbe quindi più giustificata dalle scelte dell'offerta e dalle politiche regionali che non dalla dimensione dei bisogni a cui rispondere. Una tendenza di strategia orientata al mantenimento della struttura, che la teoria delle organizzazioni etichetta come elemento tipico della cultura interna di ogni struttura. Ci si chiede ora, però, se i servizi domiciliari – e più in generale il sistema di offerta – alla luce delle finalità del proprio intervento debbano cercare una strategia che integri maggiormente strategia sistemica – comunque fondamentale – ad una strategia di appropriatezza di risposta.

BIBLIOGRAFIA

Gori C. I servizi sociali in Europa: caratteristiche tendenze, problemi. Carocci editore, Roma 2001.

Guaita A, Casanova G. I bisogni e le risposte. In: NNA -Network Non Autosufficienza- (a cura di) L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: secondo rapporto, Maggioli Editore, RSM 2010.

NNA -Network Non Autosufficienza- (a cura di) L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009, Maggioli editore, RSM 2009.

Pesaresi F. Dove va la realtà italiana. In: NNA -Network Non Autosufficienza- (a cura di) L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: secondo rapporto, Maggioli Editore, RSM 2010.

⁴Elaborazione dati Rapporto NNA 2009.