



## **Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana**

### **Osservatorio di Epidemiologia**

**Dati demografici**

**Analisi dei bisogni  
e dei servizi**

**Il rapporto fra  
bisogni e risposta  
dei servizi  
per gli anziani**

**La riorganizzazione  
e il riequilibrio  
dei servizi  
per gli anziani**

# **Programmazione dei servizi per gli anziani in Toscana**

**1**

settembre 2002

## ***Programmazione dei servizi per gli anziani in Toscana***

### ***Autori:***

***Dipartimento Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Regione Toscana  
Agenzia Regionale di Sanità della Toscana  
Laboratorio di Epidemiologia, Dipartimento di Geriatria, sede INRCA di Firenze  
Unità Operativa di Epidemiologia, Azienda Usl 10, Firenze***

*Si ringraziano per il fattivo contributo alla discussione e al testo:*

*dott. Antonio Bavazzano, U.O. di Geriatria, Azienda Usl 4, Prato  
prof. Gavino Maciocco, Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica, Università degli Studi di  
Firenze  
ass. soc. Saverio Fontanelli, Servizio Sociale, Azienda Usl 10, Firenze  
dott. Enrico Brizioli, Direzione Sanitaria, Azienda Usl 5, Jesi  
dott. Elena Marchini, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (revisione editoriale)*

*Si ringraziano inoltre per la gentile disponibilità all'utilizzo dei dati:*

- Laboratorio di Epidemiologia Clinica - Dipartimento di Geriatria, Sede INRCA di Firenze,  
per lo studio InChianti*
- prof. D. Inzitari, dott. G. Farchi e dott.ssa S. Maggi, nell'ambito del Progetto Invecchiamento  
del CNR, per lo studio ILSA*
- prof. N. Marchionni, dott. Mauro di Bari e prof. G. Masotti, Dipartimento di Area Critica  
Medicocirurgica, Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria  
Università degli Studi di Firenze, per lo studio Icare-Dicomano*

**Documenti  
dell'Agencia Regionale di Sanità**

Osservatorio di Epidemiologia

# **Programmazione dei servizi per gli anziani in Toscana**

**1**

**luglio 2002**



## INDICE

### INTRODUZIONE

1. **DATI DEMOGRAFICI**
2. **ANALISI DEI BISOGNI**
  - 2.1 **Definizione delle categorie di non autosufficienza e riferimento alle scale *Activities of Daily Living (ADL)* e *Instrumental Activities of Daily Living (IADL)***
  - 2.2 **Fonte e caratteristiche dei dati utilizzati**
  - 2.3 **Risultati**
  - 2.4 **Possibili fonti di sottostima**
3. **ANALISI DEI SERVIZI**
  - 3.1 **Scheda 1 - Servizi residenziali per anziani**
    - 3.1.1 Numero di strutture presenti in Toscana nell'anno 1999
    - 3.1.2 Situazione delle autorizzazioni preventive al funzionamento e della vigilanza per il mantenimento dei requisiti
    - 3.1.3 Posti residenziali anno 1999
    - 3.1.4 Ricettività delle strutture residenziali
    - 3.1.5 Presenze nelle strutture residenziali nell'anno 1999
    - 3.1.6 *Turnover* degli ospiti nell'anno 1999
    - 3.1.7 Le rette
    - 3.1.8 Assistenza sanitaria programmata dei MMG in RSA e nelle collettività
    - 3.1.9 Spesa stimata a carico della sanità per le Residenze per Anziani non
  - 3.2 **Scheda 2 - Ospedali di comunità**
    - 3.2.1 Aspetti strutturali
    - 3.2.2 Ospedali di comunità operativi o in via di apertura
  - 3.3 **Scheda 3 - Case di cura**
    - 3.3.1 Attività delle case di cura private per i soggetti anziani
  - 3.4 **Scheda 4 – Il ricovero in lungodegenza e in riabilitazione**
    - 3.4.1 La lungodegenza
    - 3.4.2 La riabilitazione
    - 3.4.3 Progetti speciali
    - 3.4.4 Il “valore” del ricovero in riabilitazione e in lungodegenza
  - 3.5 **Scheda 5 – Assistenza Domiciliare**
    - 3.5.1 Assistenza Domiciliare sociale (AD)
    - 3.5.2 Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) diretta
    - 3.5.3 Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) indiretta
  - 3.6 **Scheda 6 – Centri diurni**
  - 3.7 **Scheda 7 – L’utenza anziana nell’ospedale pubblico per acuti: i ricoveri “fuori soglia”**
  - 3.8 **Sintesi e conclusioni sull’offerta di servizi per gli anziani**
4. **IL RAPPORTO FRA BISOGNI E RISPOSTA DEI SERVIZI PER GLI ANZIANI**
5. **LA RIORGANIZZAZIONE E IL RIEQUILIBRIO DEI SERVIZI PER GLI ANZIANI**
  - 5.1 **Aspetti generali**
    - 5.1.1 RSA e Residenze
    - 5.1.2 Lungodegenza

- 5.1.3 Riabilitazione in regime di ricovero
  - 5.1.4 ADI e AD
  - 5.1.5 Il ruolo delle Unità di Valutazione Geriatria
  - 5.1.6 La prevenzione della disabilità
- ALLEGATO - INTRODUZIONE AL SISTEMA *RUG* (*RESOURCE UTILIZATION GROUPS*)**
- Le premesse concettuali
  - Il *case-mix* di bisogni degli anziani secondo la categorizzazione *RUG*
  - La componente sociale del *RUG*
  - Lo strumento di stima delle risorse assistenziali necessarie
- Chi applica la classificazione**
- Il sistema informativo**
- Come attivare l'intero meccanismo**

## INTRODUZIONE

L'assistenza agli anziani rappresenta la più importante sfida del futuro per il servizio pubblico. L'allungamento della speranza di vita, insieme alla riduzione delle nascite, cambiano profondamente il quadro demografico e comportano una revisione razionale della distribuzione delle risorse, al fine di venire incontro alle nuove necessità. Obiettivo primario è assicurare il massimo delle opportunità a chi ne ha bisogno, in una visione universalistica ed egualitaria del diritto ai servizi sanitari e sociali.

Questo obiettivo deve peraltro essere perseguito nell'ambito della sostenibilità della spesa, e nello stesso tempo tenere conto delle variazioni epocali che caratterizzano la struttura familiare, tradizionale caposaldo in Italia dell'assistenza agli anziani.

Si tratta anche del settore nel quale più profondamente si compenetrano e diventano inscindibili il bisogno sociale e quello sanitario, in una gradazione che comprende aspetti diversi e tra loro complementari come il bisogno di evitare l'emarginazione sociale, il supporto delle funzioni complesse della vita, l'aiuto quotidiano psicologico e materiale per le funzioni semplici, fino alla assistenza costante e, in alcuni casi, ad alta valenza sanitaria delle fasi di non autosufficienza. Una gamma complessa, quindi, che vede compenetrarsi la funzione della famiglia e della rete amicale, quella del volontariato e dei servizi sociali, e quella più specificamente sanitaria, e che esprime due necessità pressanti: l'alta integrazione e la duttilità della risposta rispetto all'articolarsi dei bisogni.

È ben noto come questi due valori (integrazione e duttilità) non siano facilmente realizzabili appieno nell'articolazione dei servizi e richiedano, per realizzarsi, una volontà specifica di programmazione.

Oggi più che nel passato, una programmazione razionale dei servizi sanitari e sociali è resa possibile dall'aumentata disponibilità di conoscenze sui bisogni e sui possibili modelli di intervento, spesso non ancora ben organizzate e fruibili, ma comunque recuperabili ed utilizzabili per introdurre elementi di razionalità nelle scelte organizzative e di spesa.

Si sente sempre più il bisogno di "usare i dati", quindi di elaborarli con modalità rigorose e finalizzate all'operatività, per porli alla base, quantomeno *insieme* ad altri elementi come il controllo della spesa e del processo decisionale.

In Toscana la "Questione Anziani" è particolarmente rilevante, anche grazie ai successi in termini di salute che hanno portato ad una durata della vita particolarmente elevata. Inoltre in Toscana esiste un sistema informativo coerente ed esteso che, insieme alla presenza di professionalità scientifiche di rilievo, ha permesso di sviluppare studi di alto livello su sottogruppi della popolazione regionale, oggi utilizzabili per le stime dei bisogni.

È stato quindi possibile realizzare questo documento, che rappresenta un contributo innovativo nella direzione dell'uso dei dati per le scelte di programmazione.

Si ringraziano a tal proposito in particolare gli Autori dei seguenti studi:

- ICARe – Dicomano
- ILSA
- InChianti

Essi, mettendo a disposizione con liberalità i loro dati, hanno permesso di sviluppare l'analisi dei bisogni riportata nei successivi paragrafi.





## 1. DATI DEMOGRAFICI

In questo paragrafo vengono presentati i dati relativi alla popolazione toscana di età superiore o uguale a 65 anni per Azienda Usl al 31/12/1999, e le relative proiezioni al 2005.

La fonte dei dati per il 1999 è la stima prodotta dall'ISTAT e fornita dal Dipartimento Statistico della Regione, mentre la proiezione al 2005 si basa sulla stima ISTAT per quell'anno per la Toscana, ripartita fra le Aziende Usl sulla base della loro struttura per età al 1999. I dati vengono presentati anche separatamente per la popolazione di età superiore o uguale a 75 anni e più, in quanto a partire dai 75 anni è particolarmente marcato l'aumento di bisogno di prestazioni sanitarie e di intervento sociale.

Nelle prime tabelle vengono presentate le numerosità relative alla popolazione residente al 1999 (maschi, femmine e totale di età 65 anni ed oltre, e di età 75 anni ed oltre, rispettivamente) per ciascuna Azienda Usl e per il totale della regione, e le proiezioni al 2005. Le popolazioni qui riportate sono state utilizzate per stimare la proporzione di non autosufficienti, i bisogni di assistenza sanitaria e la loro crescita stimabile tra il 1999 e il 2005 che saranno presentati nella sezione "Analisi dei bisogni" di questo stesso documento.

**Tabella 1. Popolazione della Toscana suddivisa per Azienda Sanitaria e per fasce di età 65-74, 75+ e 65+. Proiezione dei dati al 2005 in base alla distribuzione percentuale e all'"Ipotesi Centrale". Base 1/1/1996. Sesso Femminile. Anno 1999. Fonte ISTAT**

Area geografica	Popolazione al 31/12/1999			Proiezione al 2005		
	65-74	75+	65+	65-74	75+	65+
Ausl 1 - Massa e Carrara	13.399	13.637	27.036	13.461	14.767	28.228
Ausl 2 - Lucca	13.837	15.095	28.932	13.901	16.346	30.247
Ausl 3 - Pistoia	16.416	17.088	33.504	16.491	18.505	34.996
Ausl 4 - Prato	12.401	11.762	24.163	12.458	12.737	25.195
Ausl 5 - Pisa	19.712	20.191	39.903	19.803	21.865	41.667
Ausl 6 - Livorno	22.285	22.510	44.795	22.387	24.376	46.763
Ausl 7 - Siena	17.419	18.689	36.108	17.499	20.238	37.737
Ausl 8 - Arezzo	20.132	20.569	40.701	20.225	22.274	42.499
Ausl 9 - Grosseto	14.933	14.425	29.358	15.002	15.621	30.622
Ausl 10 - Firenze	51.467	53.541	105.008	51.704	57.979	109.683
Ausl 11 - Empoli	13.032	12.910	25.942	13.092	13.980	27.072
Ausl 12 - Viareggio	10.189	9.551	19.740	10.236	10.343	20.579
<b>Totale</b>	<b>225.222</b>	<b>229.968</b>	<b>455.190</b>	<b>226.259</b>	<b>249.031</b>	<b>475.288</b>

**Tabella 2. Popolazione della Toscana suddivisa per Azienda Sanitaria e per fasce di età 65-74 e 75+ e 65+. Sesso Maschile. Anno 1999. Fonte ISTAT. Proiezione dei dati al 2005 in base alla distribuzione percentuale e alla "Ipotesi Centrale". Base 1/1/1996**

Area geografica	Popolazione al 31/12/1999			Proiezione al 2005		
	65-74	75+	65+	65-74	75+	65+
Ausl 1 - Massa e Carrara	10.700	6.927	17.627	10.908	7.790	18.698
Ausl 2 - Lucca	11.199	7.719	18.918	11.416	8.681	20.097
Ausl 3 - Pistoia	13.526	9.621	23.147	13.789	10.820	24.609
Ausl 4 - Prato	10.627	6.909	17.536	10.833	7.770	18.603
Ausl 5 - Pisa	16.325	11.578	27.903	16.642	13.021	29.663
Ausl 6 - Livorno	18.151	13.345	31.496	18.503	15.008	33.512
Ausl 7 - Siena	15.104	11.452	26.556	15.397	12.879	28.277
Ausl 8 - Arezzo	17.396	12.748	30.144	17.734	14.337	32.071
Ausl 9 - Grosseto	12.465	8.866	21.331	12.707	9.971	22.678
Ausl 10 - Firenze	41.686	30.083	71.769	42.495	33.833	76.328
Ausl 11 - Empoli	11.172	8.044	19.216	11.389	9.047	20.435
Ausl 12 - Viareggio	7.867	4.730	12.597	8.020	5.320	13.339
<b>Totale</b>	<b>186.218</b>	<b>132.022</b>	<b>318.240</b>	<b>189.833</b>	<b>148.477</b>	<b>338.310</b>

**Tabella 3. Popolazione della Toscana suddivisa per Azienda Sanitaria e per fasce di età 65-74, 75+ e 65+. Maschi e Femmine. Anno 1999. Proiezione dei dati al 2005 in base alla distribuzione percentuale e alla "Ipotesi Centrale". Base 1/1/1996. Fonte ISTAT**

Area geografica	Popolazione al 31/12/1999			Proiezione al 2005		
	65-74	75+	65+	65-74	75+	65+
Ausl 1 - Massa e Carrara	24.099	20.564	44.663	24.371	22.582	46.953
Ausl 2 - Lucca	25.036	22.814	47.850	25.319	25.053	50.371
Ausl 3 - Pistoia	29.942	26.709	56.651	30.280	29.330	59.610
Ausl 4 - Prato	23.028	18.671	41.699	23.288	20.503	43.791
Ausl 5 - Pisa	36.037	31.769	67.806	36.444	34.886	71.331
Ausl 6 - Livorno	40.436	35.855	76.291	40.893	39.373	80.266
Ausl 7 - Siena	32.523	30.141	62.664	32.890	33.099	65.989
Ausl 8 - Arezzo	37.528	33.317	70.845	37.952	36.586	74.538
Ausl 9 - Grosseto	27.398	23.291	50.689	27.708	25.576	53.284
Ausl 10 - Firenze	93.153	83.624	176.777	94.206	91.830	186.035
Ausl 11 - Empoli	24.204	20.954	45.158	24.477	23.010	47.488
Ausl 12 - Viareggio	18.056	14.281	32.337	18.260	15.682	33.942
<b>Totale</b>	<b>411.440</b>	<b>361.990</b>	<b>773.430</b>	<b>416.088</b>	<b>397.510</b>	<b>813.598</b>

Come si può notare, nel 1999 erano presenti in Toscana quasi 800.000 soggetti di età superiore ai 65 anni, dei quali più di 360.000 di 75 anni o più, questi ultimi prevalentemente donne. Dal 1999 al 2005 il numero totale di anziani cresce moderatamente (di circa 40.000 unità), ma l'aumento è percepibile soprattutto nei più anziani, che crescono da circa 362.000 a 397.000 (+ 35.000). Infatti la popolazione attualmente vicina ai 70 anni, che raggiungerà o supererà i 75 anni nel 2005, appartiene a coorti di nascita piuttosto numerose (nati intorno agli anni '30). Successivamente, è prevedibile un periodo di relativa stabilità degli anziani, con l'arrivo nelle classi di età avanzate delle coorti piuttosto scarse nate negli anni intorno e durante la II Guerra mondiale. A più lunga distanza, è prevedibile invece un forte aumento del numero di ultrasessantacinquenni, e poi di ultrasessantacinquenni, per l'ingresso in queste classi di età delle coorti, piuttosto numerose, nate negli anni '50 e '60.

Nelle successive tabelle vengono presentate le percentuali di anziani (di età 65 anni e più) per Azienda Sanitaria rilevate negli anni tra il 1990 e il 1999.

**Tabella 4. Popolazione della Toscana: % di ultrasessantacinquenni (65+) suddivisa per Azienda Sanitaria. Anni 1990-1999. Sesso Femminile**

Area geografica	Anno									
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Ausl 1 - Massa e Carrara	22,0	22,9	23,3	23,8	24,2	24,5	24,6	25,1	25,6	26,1
Ausl 2 - Lucca	23,3	24,1	24,3	24,7	24,9	24,9	24,7	25,1	25,5	25,8
Ausl 3 - Pistoia	20,8	21,5	21,9	22,1	22,2	22,6	22,5	23,1	23,6	23,9
Ausl 4 - Prato	17,2	17,9	18,3	19,0	19,1	19,6	19,5	20,1	20,6	20,7
Ausl 5 - Pisa	21,3	22,1	22,4	22,6	22,9	23,5	23,3	23,9	24,1	24,3
Ausl 6 - Livorno	21,5	22,3	22,5	22,8	23,2	23,6	23,7	24,3	24,7	25,1
Ausl 7 - Siena	24,3	25,2	25,6	25,9	26,2	26,6	26,6	27,1	27,7	27,7
Ausl 8 - Arezzo	21,1	21,9	22,4	22,8	23,0	23,4	23,5	23,8	24,4	24,6
Ausl 9 - Grosseto	21,7	22,7	23,2	23,7	24,1	24,7	24,7	25,2	26,0	26,3
Ausl 10 - Firenze	22,2	22,8	23,3	23,6	23,9	24,3	24,3	24,9	25,4	25,2
Ausl 11 - Empoli	20,1	20,8	21,0	21,4	21,8	22,0	22,1	22,6	23,1	23,4
Ausl 12 - Viareggio	20,8	21,4	21,8	22,1	22,7	22,8	23,1	23,1	23,3	23,9
<b>Regione Toscana</b>	<b>21,5</b>	<b>22,3</b>	<b>22,77</b>	<b>23,0</b>	<b>23,3</b>	<b>23,7</b>	<b>23,7</b>	<b>24,2</b>	<b>24,7</b>	<b>24,8</b>

L'Azienda con la più alta proporzione di donne anziane è quella di Siena (quasi 28% nel 1999), seguita da Grosseto e da Massa Carrara. La popolazione più giovane si trova invece a Prato (circa il 21% di donne di 65 anni e più) seguita a distanza da Empoli con più del 23% di anziane.

**Tabella 5. Popolazione della Toscana: % di ultrasessantacinquenni (65+) suddivisa per Azienda Usl. Anni 1990-1999. Sesso Maschile (anche in questa tabella un solo decimale)**

Area geografica	Anno									
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Ausl 1 - Massa e Carrara	15,1	15,9	16,2	16,6	17,0	17,4	17,4	18,0	18,1	18,0
Ausl 2 - Lucca	15,7	16,8	17,0	17,4	17,6	17,7	17,4	17,8	17,7	18,1
Ausl 3 - Pistoia	15,2	15,9	16,3	16,4	16,7	17,0	16,9	17,4	17,5	17,9
Ausl 4 - Prato	12,8	13,6	14,0	14,6	14,6	15,1	14,9	15,3	15,4	15,7
Ausl 5 - Pisa	15,9	16,7	17,0	17,2	17,6	18,1	17,9	18,5	18,1	18,2
Ausl 6 - Livorno	16,7	17,2	17,2	17,5	18,0	18,4	18,4	19,0	18,8	19,1
Ausl 7 - Siena	18,6	19,7	20,0	20,3	20,7	21,1	21,2	21,6	21,5	21,7
Ausl 8 - Arezzo	16,3	17,2	17,6	18,0	18,3	18,7	18,8	19,1	19,1	19,2
Ausl 9 - Grosseto	16,9	17,9	18,2	18,7	19,1	19,2	19,5	20,1	20,4	20,5
Ausl 10 - Firenze	15,9	16,7	17,2	17,5	17,9	18,3	18,4	19,0	19,0	18,9
Ausl 11 - Empoli	15,6	16,3	16,6	16,9	17,3	17,5	17,5	18,0	18,0	18,2
Ausl 12 - Viareggio	14,1	14,9	15,2	15,5	16,0	16,2	16,4	16,5	16,2	16,6
<b>Regione Toscana</b>	<b>15,9</b>	<b>16,7</b>	<b>17,0</b>	<b>17,3</b>	<b>17,7</b>	<b>18,1</b>	<b>18,1</b>	<b>18,6</b>	<b>18,5</b>	<b>18,7</b>

Nei maschi, si conferma al primo posto Siena con oltre il 22% di anziani, seguita da Grosseto; mentre le Aziende più giovani sono di nuovo Prato (16% di anziani), Viareggio e Pistoia.

**Il dato regionale mostra l'andamento crescente della proporzione di anziani nel periodo 1990-1999, che passa da meno del 19%, a quasi il 22%, collocandosi tre punti sopra la media nazionale. Fra le Aziende Usl, la popolazione più vecchia si trova come abbiamo visto a Siena, seguita da Grosseto, mentre la proporzione più bassa di anziani si trova a Prato, seguita da Arezzo.**

## 2. ANALISI DEI BISOGNI

### 2.1 Definizione delle categorie di non autosufficienza e riferimento alle scale *Activities of Daily Living (ADL)* e *Instrumental Activities of Daily Living (IADL)*

Tradizionalmente, la valutazione della non autosufficienza nel soggetto anziano viene effettuata sulla base di questionari in cui viene richiesto ad un soggetto, o ad un suo stretto familiare, di valutare il livello di difficoltà e l'eventuale bisogno di assistenza nello svolgimento delle normali attività della vita quotidiana. Si utilizzano domande multiple su attività che richiedono un diverso impegno fisico e cognitivo in modo che il livello di autosufficienza possa essere "graduato" con sufficiente approssimazione. Tale graduazione è infatti importante per stabilire la necessità di assistenza. In generale si distinguono due gruppi di attività: le attività della cura di sé (*ADL* o *BADL*, *Basic Activities of Daily Living*) e le attività strumentali (*IADL*, *Instrumental Activities of Daily Living*).

Le *ADL* sono delle attività che il soggetto deve svolgere obbligatoriamente se vuole vivere senza avere bisogno di assistenza periodica o continuativa. Lo strumento più utilizzato per la valutazione del livello di autosufficienza in queste attività è quello pubblicato nel lontano 1963 da S. Katz e collaboratori<sup>1</sup> e comprende le seguenti attività/funzioni: lavarsi, vestirsi, andare alla toilette, trasferimenti, continenza, alimentazione. Nel tentativo di standardizzare le risposte, Katz e collaboratori hanno previsto un punteggio da 1 a 3 da assegnare a ciascuna attività, e hanno esplicitato per ciascun livello di punteggio il livello di difficoltà/bisogno di assistenza che descrive ciascuno dei tre livelli. Tuttavia, negli anni, vari autori hanno suggerito che nell'applicazione pratica, queste frasi descrittive lasciano molto alle interpretazioni soggettive. Per questo motivo, oggi si tende a dicotomizzare le risposte al questionario di Katz in termini di "difficoltà" vs "non difficoltà" e/o "bisogno di aiuto" vs "non bisogno di aiuto". Poiché il "bisogno di aiuto" è il parametro più importante per stimare la necessità assistenziale, in questo documento il termine "disabilità" è stato utilizzato ad indicare "bisogno di aiuto nello svolgimento di quella specifica attività". La disabilità in una *ADL* comporta di per sé una condizione di bisogno. Tuttavia, il livello di assistenza necessario cresce fortemente all'aumentare del numero di attività in cui il soggetto è disabile. Per questo motivo, in questo documento sono stati differenziati i soggetti che erano disabili in una, due e tre o più *ADL*.

Le *IADL* sono attività più complesse rispetto alle *ADL* dal punto di vista fisico e/o cognitivo, che spesso vengono svolte fuori dell'ambiente casalingo. Lo svolgimento di queste attività, seppure in maniera saltuaria, è necessario affinché un soggetto sia autonomo. Ad esempio, se un soggetto non è in grado di fare il bucato o la spesa non è in grado di vivere da solo se non per brevissimi periodi. Lo strumento di riferimento per la misura della autosufficienza nelle *IADL* è la scala da cui il termine *IADL* prende il nome, pubblicata da Lawton e Brody nel 1969<sup>2</sup> e comprende le seguenti attività: uso del telefono, fare la spesa, preparazione del cibo, cura della casa, fare il bucato, uso dei mezzi di trasporto, prendere i farmaci, gestire le finanze domestiche. Anche in questo caso, gli autori hanno previsto una graduazione del grado di capacità, fornendo una descrizione esplicita dei livelli e assegnando a ciascuno di essi un punteggio da 1 a 3. Tuttavia, alcune di queste attività sono specifiche del sesso femminile (es. fare il bucato) per cui è prevista una codifica aggiuntiva per i soggetti che sarebbero in grado di svolgere quella attività per capacità fisiche e cognitive ma non la svolgono per tradizione, opportunità o cultura. Inoltre, l'incapacità nelle *IADL* può derivare da una serie di condizioni che non hanno a che fare con la salute e pertanto la disabilità di una o due *IADL* si

<sup>1</sup> Katz S, Ford AB, Moskowitz AW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185:914-919

<sup>2</sup> Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9:179-186

riscontra spesso anche in soggetti sani. Per questo motivo, la disabilità globale nelle *IADL* viene definita spesso come disabilità in almeno 3 di queste attività. In questo documento abbiamo utilizzato proprio questo approccio.

L'utilizzo delle scale *ADL* e *IADL* presenta alcuni limiti di precisione nella definizione di gravità, ma ha il vantaggio di produrre informazioni che sono confrontabili con quelle rilevate nella maggioranza degli studi epidemiologici osservazionali condotti in altre Regioni e Nazioni. Combinando i risultati di questi due strumenti, la popolazione generale può essere suddivisa in 4 gruppi:

- 1) soggetti autosufficienti, comprendenti anche coloro che sono disabili in 1 o 2 *IADL*;
- 2) soggetti disabili in 3 o più *IADL* ma autosufficienti in tutte le *ADL*;
- 3) soggetti disabili in 1 *ADL*;
- 4) soggetti disabili in 2 *ADL*;
- 5) soggetti disabili in 3 o più *ADL*, che sono i più gravi per i quali si assume la necessità di assistenza continuativa.

Questa classificazione si può utilizzare per differenziare il bisogno di aiuto sociale e sanitario, considerando che: soggetti disabili per perdita di funzioni sulla scala *IADL* necessitano di un sostegno di tipo sociale saltuario; quelli disabili per perdita di una funzione sulla scala *ADL* necessitano di un aiuto prevalentemente sociale quotidiano, ma limitato ad alcuni momenti della giornata (specialmente se non ci sono malattie in fase attiva associate), quelli disabili per perdita di almeno 2 o più funzioni *ADL* rappresentano i soggetti non autosufficienti, che non possono vivere da soli e nei quali possono insorgere specifiche necessità di assistenza medica e/o infermieristica legate alla stessa condizione di non autosufficienza. La scelta di utilizzare una soglia di 2+ o 3+ *ADL* nella definizione della disabilità grave dipende da vari fattori quali opportunità, risorse, considerazioni etiche, coesistenza di fragilità sociale. Per questo motivo, in questo documento le stime derivanti dalle due informazioni sono portate avanti in maniera parallela come alternative possibili per la stima del bisogno assistenziale a scopo di programmazione. Le proporzioni e i numeri qui riportati saranno quindi utilizzati nel prossimo paragrafo per affiancare, per quanto possibile, tipologia e quantità di bisogno alle tipologie e quantità di offerta dei servizi sanitari e sociali.

## 2.2 Fonte e caratteristiche dei dati utilizzati

Al fine di stimare le prevalenze di non autosufficienza di vario grado nella popolazione degli anziani toscani si è proceduto nel seguente modo:

Sono stati utilizzati i dati individuali anonimi di tre grandi studi prospettici sullo stato di salute degli anziani condotti nella popolazione Toscana: lo studio **InChianti**, che si riferisce ad un campione rappresentativo della popolazione del Chianti Fiorentino<sup>3</sup> (Comuni di Greve in Chianti e Bagno a Ripoli) valutato nel 1998-2000; la componente svolta in Toscana (Comune di Impruneta) dello studio **ILSA**, uno studio epidemiologico multicentrico condotto in 13 centri italiani, che hanno fornito un campione rappresentativo della popolazione anziana<sup>4</sup>; lo studio "ICARe Dicomano"<sup>5</sup>, che è stato realizzato nel Comune di Dicomano, selezionando la valutazione avvenuta nel 1995 perché

<sup>3</sup> Per gentile contributo del Laboratorio di Epidemiologia Clinica - Dipartimento di Geriatria, Sede INRCA di Firenze- dei Comuni di Greve in Chianti e Bagno a Ripoli e dei Medici di Medicina Generale dell'Area del Chianti.

<sup>4</sup> Per gentile contributo del Prof. D. Inzitari, Dott. G. Farchi e Dott.ssa S.Maggi responsabili dello studio ILSA nell'ambito del Progetto Invecchiamento del CNR.

Per gentile contributo del Prof. N. Marchionni, Dr. Mauro di Bari e Prof. G. Masotti, Dipartimento di Area Critica Medico Chirurgica, Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi di Firenze.

<sup>5</sup> Per gentile contributo del Prof. N. Marchionni, Dr. Mauro di Bari e Prof. G. Masotti, Dipartimento di Area Critica Medicochirurgica, Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi di Firenze.

comprendeva tutta la popolazione ultrassessantacinquenne residente in quel Comune e aveva utilizzato una metodica analoga a quella del progetto InCHIANTI.

Prima dell'analisi composta, è stata stimata la prevalenza della disabilità per sesso e per classe di età, separatamente in ciascuno dei tre studi. I risultati sono riportati nella tabella seguente.

**Tabella 1. Proporzione di disabili per età e per sesso nei tre studi utilizzati**

Livello di disabilità	Uomini, età					Donne, età				
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
<b>1+ADL</b>										
ILSA	0,0	5,7	3,4	20,9		2,2	4,6	5,8	19,5	
InCHIANTI	2,1	4,2	6,9	16,7	33,3	2,3	3,2	9,8	15,1	36,5
ICARe Dicomano	1,0	4,6	6,8	27,7	33,3	2,3	3,6	4,5	14,3	54,2
<b>3+IADL (non ADL)</b>										
ILSA	1,1	2,3	3,4	4,6		2,2	3,4	7,0	8,1	
InCHIANTI	0,0	0,7	5,9	6,2	19,1	0,6	1,9	4,5	13,9	26,1
ICARe Dicomano	17,5	15,7	29,5	34,0	63,6	9,1	10,9	15,2	41,4	33,3
<b>Autosufficienti (al massimo 2 IADL)</b>										
ILSA	98,9	91,9	93,2	74,4		95,6	92,1	87,2	72,4	
InCHIANTI	97,9	95,1	87,1	77,1	47,6	97,1	94,8	85,7	70,9	37,4
ICARe Dicomano	81,5	79,6	63,6	38,3	3,0	88,6	85,4	80,3	44,3	12,5

È evidente dalla tabella che le prevalenze età e sesso specifiche di disabilità stimate nei tre studi sono praticamente sovrapponibili. Infatti, in un'analisi multivariata la sede geografica non rappresentava un fattore condizionante la probabilità di disabilità quando l'analisi era aggiustata per sesso e per età. Tuttavia, le prevalenze di disabilità nelle IADL, pur molto simili negli studi ILSA e InCHIANTI sono nettamente più elevate nello studio ICARe Dicomano. Ciò non deve stupire perché, come già accennato, la disabilità nelle IADL ha una genesi multifattoriale complessa in cui l'ambiente culturale può avere grande influenza.

Sulla base di queste considerazioni, abbiamo deciso di ottenere delle stime della prevalenza dei vari gradi di disabilità per età e per sesso utilizzando un unico *database* che comprendeva i dati raccolti in tutti e tre gli studi (totale maschi=1183; totale femmine= 1464). L'accorpamento dei tre studi ha permesso di basare l'analisi su un numero elevato di soggetti, ottenendo così stime più solide.

La stima delle prevalenze età-specifiche di disabilità è stata effettuata mediante modelli di regressione logistica in cui la variabile dipendente era di volta in volta il livello di disabilità considerato (espresso in maniera dicotomica), e le variabili indipendenti erano l'età e il sesso. Nella stima della disabilità nelle IADL abbiamo inoltre inserito un termine quadratico per l'età, poiché ciò migliorava in maniera statisticamente significativa il *fitting*. Le prevalenze specifiche sono state stimate sulla base dei coefficienti ottenuti in un *range* tra i 65 e i 100 anni, separatamente negli uomini e nelle donne. Queste stime sono state successivamente applicate alla struttura della popolazione toscana nel 1999 (v. capitolo demografico) per ottenere una valutazione globale del numero di disabili. Un'analisi simile è stata inoltre condotta per singola Azienda Usl, al fine di stimare il numero di anziani con disabilità nelle varie classi di gravità, residenti nel territorio di competenza delle Aziende Usl nell'anno per il quale è stata fatta un'analisi dei servizi.

## 2.3 Risultati

- **I soggetti parzialmente o totalmente non autosufficienti in Toscana**

La tabella 2 riporta il numero stimato di soggetti parzialmente o totalmente non autosufficienti residenti in Toscana sulla base dell'approccio analitico descritto nella sezione precedente.

**Tabella 2. Stima dei soggetti con vario grado di non autosufficienza in Toscana. Le stime sono riferite alla struttura della popolazione toscana del 1999 (ISTAT)**

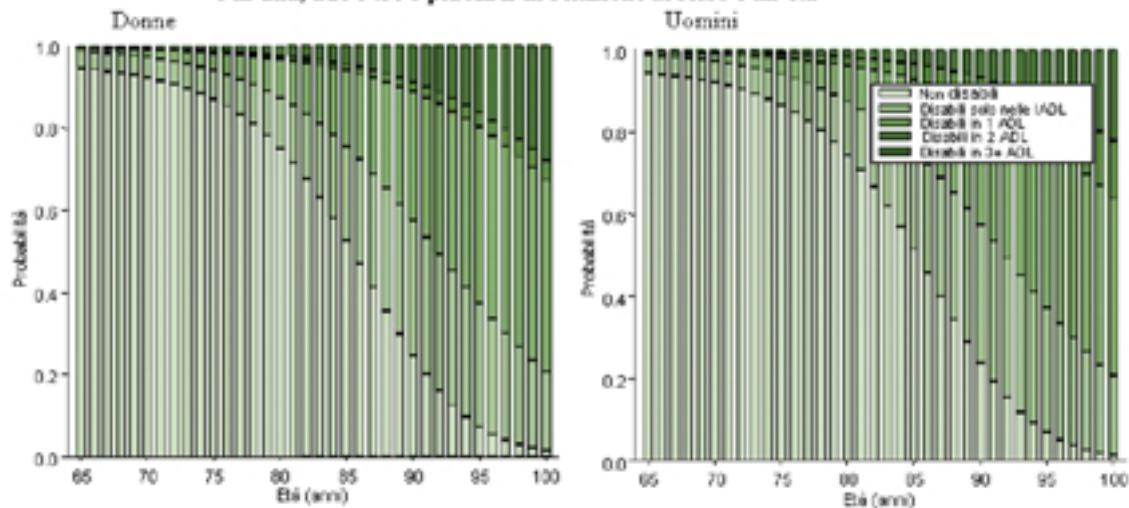
Grado di disabilità	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N.	%	N.	%
Almeno tre <i>IADL</i> perdute	29.688	9,4	48.478	10,7	78.166	10,2
Una <i>ADL</i> perduta	18.122	5,8	34.890	7,7	53.012	6,9
Due <i>ADL</i> perdute	3.630	1,1	4.002	0,9	7.632	1,0
Almeno 3 <i>ADL</i> perdute	3.989	1,3	10.407	2,3	14.396	1,9
Totale	55.429	17,6	97.777	21,7	153.206	20,0

Si può concludere che i soggetti disabili per perdita di funzioni sulla scala *IADL* che necessitano di un appoggio a carattere sociale saltuario sono circa 78.000 (10%); quelli disabili per perdita di almeno una funzione *ADL* sono circa 75.000 (9,8%); fra questi ultimi, i disabili in una sola *ADL* sono circa 53.000 (6,9%), i disabili in due *ADL* sono 7.600 (1,0%) mentre i soggetti disabili per perdita di almeno 3 *ADL* sono circa 14.000 (1,9 %). L'ultimo o, a seconda delle scelte, le ultime 2 categorie include/ono i soggetti non autosufficienti gravi, che non possono vivere da soli e nei quali possono insorgere specifiche necessità di assistenza medica e/o infermieristica.

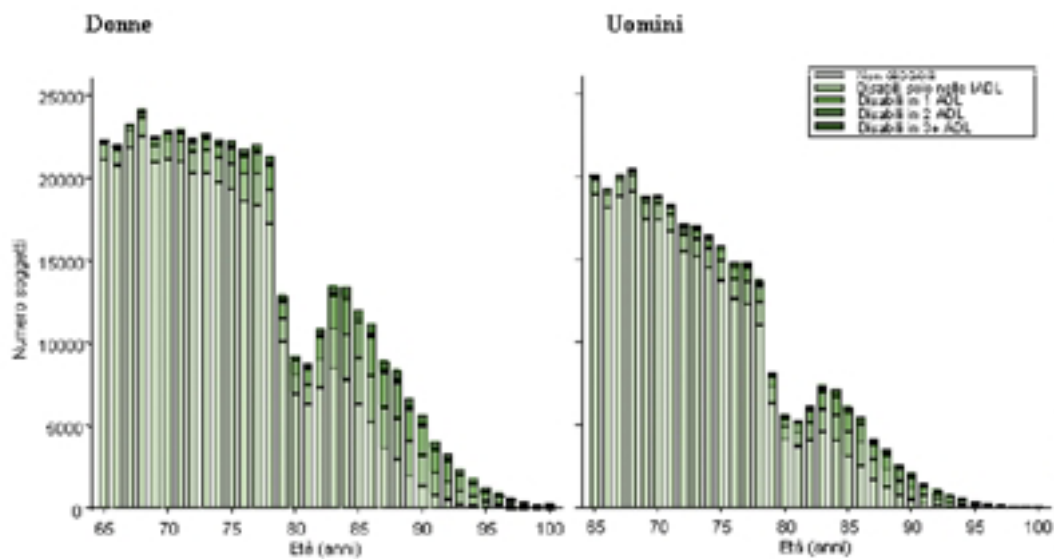
In figura 1 è riportata, per sesso e per età, la probabilità di essere disabili in almeno tre *IADL* e la probabilità di essere disabili in una, due, o almeno tre *ADL*.

In figura 2 sono riportati gli stessi raggruppamenti in termini di numerosità, per anno di età e per sesso, nella popolazione toscana al 1999.

**Figura 1. Toscana, anno 1999. Probabilità di essere non autosufficiente in almeno tre *LADL*, o in una, due e tre o più *ADL* in relazione al sesso e all'età**



**Figura 2. Toscana, anno 1999. Numero di uomini e di donne che hanno perso almeno tre *LADL*, o una, due e tre o più *ADL* in relazione all'età**



È evidente la maggiore longevità delle donne, che sono più numerose anche nelle classi di età più elevate. Tuttavia, in termini assoluti, le donne non autosufficienti sono nettamente prevalenti sugli uomini. In ambedue i sessi la disabilità, e in particolare quella nelle *ADL*, si aggrava soprattutto a partire dai 75 anni di età. Questo fatto, associato con le caratteristiche demografiche della popolazione, ha fatto sì che il numero di anziani disabili nel 1999 in Toscana fosse relativamente contenuto: infatti, le classi di età 75-85 anni, nate nel periodo della I Guerra mondiale, sono relativamente poco numerose. Analogo “effetto calmiera” delle coorti di nascita si avrà (come



accennato nel paragrafo sulla demografia) quando raggiungeranno l'età cruciale i nati intorno alla II Guerra mondiale (anch'essi relativamente poco numerosi). Successivamente, è prevedibile un'impennata della numerosità della popolazione nelle classi di età anziane e quindi anche dei problemi di non autosufficienza, a meno che non si verifichi un allungamento della vita attiva sproporzionato all'allungamento della vita totale media.

Per quanto riguarda la distribuzione per età dei soggetti affetti da disabilità più grave, è interessante notare che questi ultimi rappresentano una proporzione crescente con l'età, ma anche una frazione piuttosto stabile rispetto al numero di soggetti in ciascuna fascia di età che presentano qualche grado di disabilità sulla stessa scala *ADL*, con prevalenza lievemente maggiore nel sesso femminile. Per ragioni non chiare, la perdita di due funzioni sulla scala *ADL* è lievemente più frequente nel sesso maschile.

- **I soggetti parzialmente o totalmente non autosufficienti per Azienda Usl**

La distribuzione per Azienda Usl delle diverse classi di non autosufficienza è stata stimata al 1999 sulla base della composizione per età della popolazione di ciascuna Azienda Usl. I risultati sono presentati nelle Tabelle 3 e 4, dove, a seguito del metodo di stima usato, le variazioni nelle percentuali sono completamente attribuibili a differenze nella distribuzione di età nella popolazione in esame.

**Tabella 3. Stima del numero di residenti con vario grado di non autosufficienza per Azienda Usl. Anno 1999 – Femmine**

Area geografica	Almeno tre IADL perdute ma non <i>ADL</i>		Una <i>ADL</i> perduta		Due <i>ADL</i> perdute		Almeno 3 <i>ADL</i> perdute	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ausl 1 - Massa e Carrara	2.862	10,7	2.053	7,7	236	0,9	611	2,3%
Ausl 2 - Lucca	3.171	11,0	2.327	8,1	266	0,9	699	2,4%
Ausl 3 - Pistoia	3.656	11,0	2.664	8,0	304	0,9	798	2,4%
Ausl 4 - Prato	2.490	10,5	1.771	7,4	205	0,9	530	2,2%
Ausl 5 - Pisa	4.257	10,8	3.060	7,7	351	0,9	910	2,3%
Ausl 6 - Livorno	4.728	10,6	3.372	7,6	388	0,9	1.003	2,2%
Ausl 7 - Siena	3.932	10,9	2.843	7,9	324	0,9	843	2,3%
Ausl 8 - Arezzo	4.289	10,6	3.058	7,6	352	0,9	908	2,2%
Ausl 9 - Grosseto	3.005	10,3	2.115	7,3	245	0,8	628	2,2%
Ausl 10 - Firenze	11.332	10,9	8.238	7,9	941	0,9	2.467	2,4%
Ausl 11 - Empoli	2.727	10,6	1.947	7,6	223	0,9	578	2,3%
Ausl 12 - Viareggio	2.029	10,4	1.442	7,4	167	0,9	432	2,2%
Regione Toscana	4.478	10,7	34.890	7,7	4.002	0,9	10.407	2,3%

**Tabella 4. Stima del numero di residenti con vario grado di non autosufficienza per Azienda Usl. Anno 1999 – Maschi**

Area geografica	Almeno tre IADL perdute ma non ADL		Una ADL perduta		Due ADL perdute		Almeno 3 ADL perdute	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ausl 1 - Massa e Carrara	1.597	9,2	962	5,5	194	1,1	213	1,2
Ausl 2 - Lucca	1.760	9,4	1.074	5,7	216	1,2	237	1,3
Ausl 3 - Pistoia	2.185	9,6	1.346	5,9	268	1,2	296	1,3
Ausl 4 - Prato	1.553	9,1	930	5,5	188	1,1	206	1,2
Ausl 5 - Pisa	2.583	9,4	1.574	5,7	316	1,2	347	1,3
Ausl 6 - Livorno	2.956	9,4	1.802	5,8	362	1,2	395	1,3
Ausl 7 - Siena	2.580	9,8	1.610	6,1	320	1,2	354	1,3
Ausl 8 - Arezzo	2.842	9,5	1.739	5,8	347	1,2	381	1,3
Ausl 9 - Grosseto	1.977	9,4	1.195	5,7	240	1,1	261	1,2
Ausl 10 - Firenze	6.736	9,5	4.117	5,8	823	1,2	905	1,3
Ausl 11 - Empoli	1.817	9,6	1.122	5,9	224	1,2	248	1,3
Ausl 12 - Viareggio	1.101	8,9	651	5,3	132	1,1	145	1,2
Regione Toscana	29.687	9,4	18.122	5,8	3.630	1,1	3.988	1,3

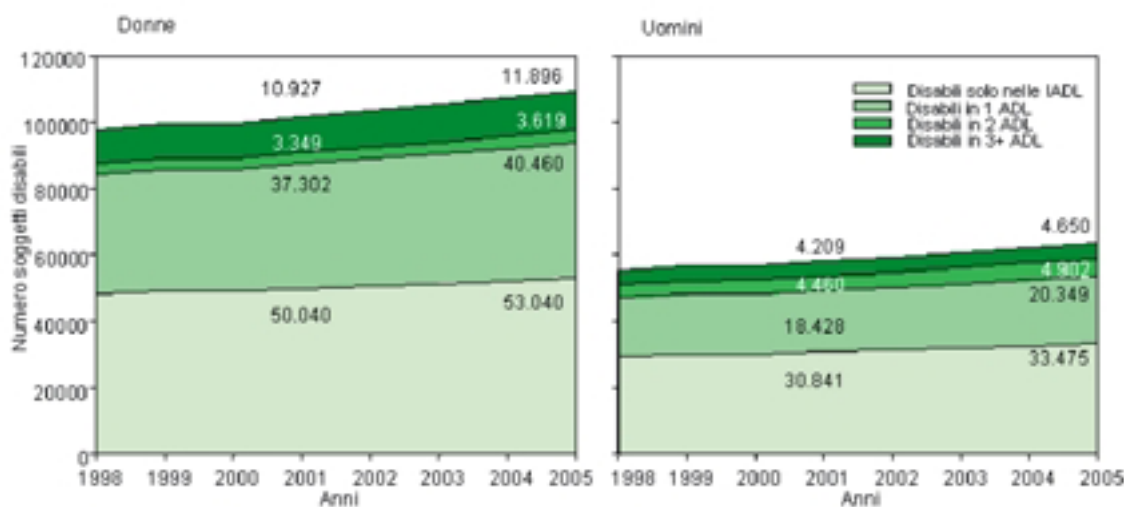
- **Le previsioni di incremento della disabilità nella popolazione toscana nel primo quinquennio del 2000**

In un ambito di programmazione sanitaria e dei servizi, è importante stimare non solo l'utenza potenziale corrente ma anche in che misura l'utenza tenderà a modificarsi negli anni a venire.

Per questo motivo abbiamo stimato la crescita della disabilità nei prossimi anni in relazione alle modificazioni a cui andrà incontro la popolazione, sulla base delle proiezioni della popolazione regionale fornite dall'ISTAT (v. capitolo sulla demografia).

È importante sottolineare che l'applicazione dei coefficienti per età e per sesso scaturiti dal nostro modello a quelle nuove, future strutture della popolazione, assume che l'incidenza di disabilità e la mortalità per livelli di disabilità rimanga costante nel tempo. Questa assunzione è probabilmente valida per i prossimi cinque anni ma non deve essere estesa oltre questo limite, dati i rapidi progressi che la medicina sta facendo e le reali possibilità di prevenzione della disabilità in età avanzata già offerte dalle conoscenze attuali. I risultati ottenuti sono riportati nella figura seguente.

**Figura 3. Proiezioni del numero di anziani con diverso grado di disabilità al 2005 per sesso**



La crescita del numero dei disabili in ogni categoria è evidente e attesa sulla base del ben noto invecchiamento della popolazione. Tuttavia è importante il dato quantitativo che ci permette, ad esempio, di valutare che sarà necessario prevedere servizi per gli addizionali 2000 soggetti gravemente disabili (2+ ADL), presenti in Toscana nel 2005 rispetto agli attuali.

## 2.4 Possibili fonti di sottostima

Per concludere il paragrafo sulla stima dei bisogni, è opportuno introdurre alcune considerazioni sulle incertezze delle stime stesse, al fine di utilizzare con la dovuta prudenza i dati di stima del bisogno in relazione con la necessità di servizi.

Vi sono alcuni motivi, in particolare, per ritenere che i metodi di stima del numero di non autosufficienti riportati nelle sezioni precedenti, pur rappresentando quanto di meglio si può fare allo stato attuale delle conoscenze, possano avere introdotto alcuni elementi di sottostima.

I possibili fattori di sottostima sono i seguenti:

- Le popolazioni indagate nei tre studi rappresentano soggetti residenti in piccoli comuni o in zone rurali, e quindi potrebbero essere diversi, in termini di non autosufficienza, rispetto ad altri gruppi di popolazione residenti nella regione. Non vi sono elementi certi dalla letteratura internazionale, che dimostrino che, a parità di età, nelle popolazioni rurali e urbane vi sia una diversa proporzione di disabilità. Tuttavia, le popolazioni rurali potrebbero essere più sane di quelle urbane, o soprattutto alcune funzioni potrebbero non essere percepite come “perdute” perché l’ambiente sociale è “protettivo” rispetto a tale sensazione di perdita.
- La popolazione dello studio ILSA non comprende gli anziani di 90 anni e più, che rappresentano un gruppo poco numeroso, ma fortemente impegnativo in termini di bisogni assistenziali. I bisogni di questa ultima classe d’età sono quindi stimati sulla base di due soli studi, e quindi con maggiori incertezze. È inoltre probabile che anziani ultranovantenni siano poco propensi a partecipare ad un progetto di ricerca e che, pertanto, il tasso di partecipazione in questa fascia di età sia particolarmente basso.
- Nei due studi ILSA e ICARe – Dicomano, per quanto gli anziani istituzionalizzati non siano stati esclusi a priori, essi potrebbero essere sottorappresentati, in quanto più difficilmente raggiungibili. Questo non è accaduto nello studio InChianti, dove il problema dell’adeguata presenza di anziani istituzionalizzati è stato posto specificatamente fin dalla fase di disegno dello studio.

Riguardo ai tre punti sopra elencati, si possono fare le seguenti considerazioni:

- **Sottostima legata alla residenza in zona rurale**

Non esistono possibilità di correzione per questo ipotetico fattore di sottostima. Tuttavia, è ragionevole pensare che la condizione di “anziano solo”, pur non indicando di per sé un peggiore stato di salute (anzi, indica piuttosto una condizione di relativa autosufficienza), rappresenti un possibile elemento predittivo del bisogno di istituzionalizzazione e che, quindi, questa fascia di popolazione costituisca una fascia di potenziale utenza per i servizi residenziali, al momento in cui gli individui perdono anche in maniera parziale l’autonomia funzionale. In tal senso, una popolazione con un’alta proporzione di anziani soli potrebbe esprimere un bisogno di residenza che interessa anche una parte dei soggetti con disabilità di grado medio o lieve, aumentando così la necessità di servizi. Inoltre, la presenza di anziani soli potrebbe rappresentare un indicatore generale di isolamento e difficoltà di inserimento sociale degli anziani.

Il fenomeno “anziano solo” è prevalentemente diffuso nei centri urbani, in modo diseguale a seconda delle caratteristiche sociali delle diverse popolazioni.

La numerosità e proporzione di anziani soli nelle province toscane (analoghe alle Aziende Usl salvo che per Prato, Viareggio ed Empoli) sono presentate in tabella, sulla base del censimento 1991.

**Tabella 5. Numero e proporzione di anziani soli nelle province toscane. Censimento 1991**

Provincia	Anziani soli	Anziani totali	% soli
Massa-Carrara	9.634	38.710	24.9
Lucca	16.571	72.878	22.7
Pistoia	10.417	50.570	20.6
Firenze	38.903	90.416	20.4
Prato	5.067	34.523	14.7
Livorno	14.697	65.694	22.4
Pisa	14.244	73.301	19.4
Arezzo	11.867	62.708	18.9
Siena	11.436	57.005	20.1
Grosseto	10.578	43.981	24.1
Totale regionale	143.414	589.786	20.8
Città di Firenze	22.597	88.650	25.5

La provincia con la più alta proporzione di anziani soli è Massa Carrara (24,9%), superata solo dal centro urbano di Firenze (25,5%). La frequenza più bassa si trova a Prato, che associa questo risultato positivo al fatto di avere la popolazione più giovane fra le Aziende toscane.

- **Debolezza della stima per gli ultranovantenni**

Poiché, come indicato nelle figure precedenti, gli ultranovantenni contribuiscono soprattutto al numero di non autosufficienti gravi, la debolezza della stima per questa classe di età potrebbe determinare una certa sottostima del numero dei soggetti con disabilità “grave” (che rappresenta una frazione della categoria con disabilità *ADL*), mentre è certamente ininfluenza rispetto alle altre categorie di disabilità *IADL* e *ADL*.

- **Sottostima degli istituzionalizzati**

Anche questa fonte di sottostima potrebbe influenzare soprattutto il numero di disabili “gravi”. Poiché i soggetti non autosufficienti istituzionalizzati sono nel 1999 circa 8.300 (v. paragrafo sulle RSA), qualora si aggiungesse una metà di questi (circa 4.500) alla stima dei non autosufficienti sopra riportata, si raggiungerebbe una numerosità attesa di circa 19.000 soggetti “gravi” (tre o più *ADL* perdute). Se a questi si aggiungessero ulteriori 1.000 soggetti, che potrebbero derivare da una sottostima dei disabili ultranovantenni, si raggiungerebbe il numero di 20.000 disabili “gravi”, pari al 2,6% degli anziani a livello regionale. La stima dei disabili “gravi” in Toscana oscilla quindi fra 14.000 (stima “conservativa”) e 20.000 (stima “massima”). A questi potrebbero essere aggiunti i disabili con 2 *ADL* perdute, per circa ulteriori 8.000 soggetti circa.

### 3. ANALISI DEI SERVIZI

In questo paragrafo vengono presentate alcune schede sintetiche che descrivono le caratteristiche e la quantità di offerta dei servizi per gli anziani attivi in Toscana nell'anno 1999. Per ciascuna tipologia di servizio vengono riportati i riferimenti essenziali di legge, una breve descrizione, le numerosità in termini di strutture e di utenza, e alcune informazioni sulle tariffe e sulla spesa.

La valutazione della condizione di non autosufficienza (Del. C.R. n.214/91 e All. "B" Del. C.R. 311/98 ), che rappresenta il presupposto fondamentale del processo assistenziale alla persona anziana, viene eseguita dalla Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) delle Aziende Usl, ed è finalizzata a definire il piano individualizzato di intervento e ad effettuare le verifiche periodiche.

**È da notare che la definizione di non autosufficienza da parte delle UVG, pur basandosi su scale ispirate alla definizione di ADL e IADL, non necessariamente coincide in tutte le realtà con la definizione usata in questo documento nel paragrafo sulla stima dei bisogni. È quindi necessario, nel confrontare le numerosità dei bisogni stimati e degli utenti effettivamente presenti nei servizi, introdurre qualche elemento di incertezza e di verifica legato a possibili disomogeneità della classificazione (questo argomento è ulteriormente trattato nel successivo capitolo).**

#### 3.1 Scheda 1 - Servizi residenziali per anziani (art. 52 L.R. 72/97)

I servizi residenziali rivolti ad adulti e anziani sono finalizzati all'accoglienza, temporanea o stabile, di persone le cui esigenze assistenziali non possono trovare soluzione adeguata mediante altri tipi di intervento.

Le tipologie residenziali prese in considerazione qui di seguito sono le Residenze sociali assistite, i Centri residenziali e le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

I Comuni e le Aziende Usl disciplinano le procedure di ammissione ai servizi residenziali, basate sui criteri del riconoscimento della non autosufficienza, del bisogno di assistenza e, ove possibile, del consenso dell'utente.

##### 3.1.1 Numero di strutture presenti in Toscana nell'anno 1999

- **Residenze sociali assistite** **N. 79**  
Utenza: Autosufficienti
  
- **Centri residenziali** **N. 65**  
di cui:
  - N. **31** con utenza **autosufficiente**
  - N. **28** con utenza **mista** non convenzionati con Aziende Usl
  - N. **6** con utenza **mista** e convenzionati con Aziende Usl
  
- **RSA** **N. 217**  
di cui:
  - N. **199** con utenza mista o solo non autosufficiente convenzionate con Aziende Usl o a gestione diretta Usl
  - N. **18** con utenza mista o solo non autosufficiente non convenzionate con AziendeUsl

- **Totale Strutture** **N. 361**

**3.1.2 Situazione delle autorizzazioni preventive al funzionamento e della vigilanza per il mantenimento dei requisiti** (L.R. 16/4/1980 n. 28, Risoluzione C.R. del 30/9/1986, L.R. 3/10/1997 n.72, Del. C.R. 15/7/1998 n. 228, Regolamenti Comunali, DPCM 22/12/1989)

In ogni Azienda Usl è istituita la **Commissione di Vigilanza e Controllo** competente, per territorio, a esprimere parere al Comune sulla base delle richieste di autorizzazione al funzionamento e a svolgere attività sistematica e periodica di vigilanza e controllo in ordine al mantenimento dei requisiti di idoneità (art.59 L.R. n.72/97).

Da questo punto di vista, le strutture residenziali nel 1999 erano così ripartite:

- **Prive di autorizzazione** **N. 6**

N. 5 RSA a gestione diretta Ausl (Az. Usl 10)

N. 1 Res. Sociale Assistita a gestione diretta Ausl (Az. Usl 5)

- **Autorizzazione Provvisoria con piani di adeguamento** **N. 83**

RSA		
	N.	Gestione
	6	Comunale
	13	Ausl
	13	Ipab (+ Montedomini)
	3	Privata sociale
	20	Privata
<b>Totale</b>	<b>55</b>	

Centri Residenziali e Residenze Sociali Assistite **N. 28**

- **Autorizzazione Definitiva** **N. 272**

(RSA, Centri Residenziali e Residenze Sociali Assistite)

**3.1.3 Posti residenziali anno 1999**

I posti residenziali nel 1999 erano **14.785** di cui :

**6.025 per autosufficienti**

**8.760 per non autosufficienti**

Le Aziende Usl possono determinare, nell'atto di convenzione con le strutture residenziali, di riservare almeno il 5% dei posti residenziali per non autosufficienti a posti temporanei, fino ad arrivare ad un massimo del 10% nel caso di dimissioni ospedaliere programmate (Delib. C.R. n. 311/98).

Nell'anno 1999 i posti temporanei utilizzati per non autosufficienti sono stati n. 327 pari al 3,7% della capienza potenziale per non autosufficienti, mentre quelli per autosufficienti erano 170 distribuiti come in Tabella 1.

**Tabella 1. Strutture di ospitalità per anziani, posti residenziali per temporanei autosufficienti e non autosufficienti per Azienda Usl, anno 1999**

AZIENDA USL	TEMPORANEI AUTOSUFF.	TEMPORANEI NON AUTOSUFF.	TOTALE
1 Massa Carrara	5	5	10
2 Lucca	3	8	11
3 Pistoia	36	83	119
4 Prato	1	31	32
5 Pisa	5	44	49
6 Livorno	0	4	4
7 Siena	3	19	22
8 Arezzo	59	40	99
9 Grosseto	1	5	6
10 Firenze	50	42	92
11 Empoli	6	44	50
12 Versilia	1	2	3
<b>TOTALE</b>	<b>170</b>	<b>327</b>	<b>497</b>

**Fonte:** Censimento strutture di ospitalità per anziani in Toscana, anno 1999

#### **3.1.4 Ricettività delle strutture residenziali** (Risoluzione di C.R. del 15/3/88, L.R. 28/80, DPCM 22/12/89, Allegato B, Del. CR n. 228/98 e regolamenti comunali)

La ricettività delle residenze, determinata dai requisiti di idoneità sia strutturali che organizzativi, è formalizzata nell'autorizzazione rilasciata dal Comune dove ha sede la struttura.

Nel 1999, le strutture erano così suddivise in base alla loro ricettività:

- n. 301 strutture hanno una capienza 0 - 60 posti
- n. 34 strutture " " " 61 - 80 posti
- n. 16 strutture " " " 81 - 120 posti
- n. 10 strutture superano ogni previsione normativa e hanno una capienza superiore ai 120 posti residenziali.

#### **3.1.5 Presenze nelle strutture residenziali nell'anno 1999**

In data 31/12/1999 le presenze erano in totale 14.116, così ripartite:

- Autosufficienti	<b>5.755</b>
- Non autosufficienti	<b>8.361</b>
<i>di cui con quota sanitaria</i>	<i>7.400</i>
- Totale	<b>14.116</b>

Tuttavia, è da notare che fra le 14.116 presenze sono compresi n. **625 pazienti psichiatrici**, dei quali solo una parte in età superiore ai 65 anni, e **1.242 soggetti disabili di età inferiore ai 65 anni** (di cui 456 parzialmente autosufficienti e 786 non autosufficienti). Stimando che circa la metà dei pazienti psichiatrici sia in età inferiore ai 65 anni, si può quindi approssimare che circa 12.600 anziani (di cui 2/3 non autosufficienti) erano ospitati in quella data nelle strutture residenziali della regione.

In Tabella 2 è presentata la distribuzione dell'utenza anziana delle residenze per Azienda Usl e per tipo di gestione.

**Tabella 2. Strutture di ospitalità per anziani per Azienda Usl. Tipo di gestione e numero di presenze nell'anno 1999**

Azienda Usl	GESTIONE						PRESENZE		
	Comune	Usl	Ipab	Privata Sociale	Privata	Totale	Autosuff.	Non autosuff.	Totale
1 Massa Carrara	1	3	1	2	15	22	380	415	795
2 Lucca	6	3	/	2	9	20	273	354	627
3 Pistoia	/	6	1	3	10	20	226	508	734
4 Prato	1	4	/	1	10	16	209	360	569
5 Pisa	1	10	3	1	16	31	466	721	1.187
6 Livorno	2	1	2	5	13	23	565	670	1.235
7 Siena	7	8	8	8	15	46	856	905	1.761
8 Arezzo	13	9	4	6	9	41	423	737	1.160
9 Grosseto	6 1 CM	3	5	3	6	23	370	387	757
10 Firenze	5	8	5	15	50	83	1.504	2.522	4.026
11 Empoli	4	4	3	2	2	15	244	451	695
12 Viareggio	/	1	1	6	13	21	239	331	570
T o t a l e	46	60	33	54	168	361	5.755	8.361	14.116

**Fonte:** Censimento Strutture di ospitalità per anziani in Toscana, anno 1999.

A livello dell'intera regione, è anche informativo verificare come si distribuisce l'utenza autosufficiente e non autosufficiente a seconda della gestione delle strutture ospitanti (Tabella 3).

**Tabella 3. Regione Toscana. Presenze di utenti autosufficienti e non autosufficienti nelle strutture residenziali a seconda della tipologia di gestione. Anno 1999**

Gestione	Autosufficienti	%	Non autosufficienti	%	Totale
Comune	758	41,7	1.058	58,3	1.816
Comunità Montana	8	100	0	0	8
Az. Usl	217	10,7	1.801	89,3	2.018
IPAB	817	36,7	1.412	63,3	2.229
Priv. Soc. e ONLUS	956	43,1	1.261	56,9	2.217
Privato	3034	52,1	2.794	47,9	5.828
Totale	5790		8.326		14.116

### 3.1.6 Turnover degli ospiti nell'anno 1999

Nel corso dell'anno, risultano essere stati ospitati nelle strutture un totale di n. **20.454** utenti, che rappresentano il complessivo numero di **presenze annuali** delle residenze, diverso dai presenti alla



fine dell'anno, sia a causa dei decessi, sia degli eventuali spostamenti verso altre soluzioni (*turnover*). Il numero di utenti **ammessi** nel 1999 risulta essere di **n. 6.468**, così ripartiti:

- Autosufficienti        *n. 1.872*
- Non autosufficienti    *n. 4.596*
- *Totale*                    *n. 6.468*

In Tabella 4, i dati relativi alla movimentazione sono presentati per Azienda Usl e per condizioni di autosufficienza.

**Tabella 4. Turnover degli utenti nelle strutture di ospitalità per anziani per Azienda Usl e per condizione di autosufficienza. Anno 1999**

Azienda Usl	PRESENZE ALL'1/1		AMMESSI NELL'ANNO		TOTALE UTENTI
	Autosuff.	Non autosuff.	Autosuff.	Non autosuff.	
1- Massa Carrara	396	358	300	261	1.315
2- Lucca	261	350	103	137	851
3- Pistoia	242	470	89	404	1.205
4- Prato	222	288	71	257	838
5- Pisa	406	784	80	444	1.714
6- Livorno	565	695	83	364	1.707
7- Siena	831	891	143	521	2.386
8- Arezzo	408	704	121	432	1.665
9- Grosseto	395	327	417	187	1.326
10- Firenze	1.551	2.565	290	1.164	5.570
11- Empoli	260	454	103	202	1.019
12- Viareggio	243	320	72	223	858
<b>TOTALE</b>	<b>5.780</b>	<b>8.206</b>	<b>1.872</b>	<b>4.596</b>	<b>20.454</b>

**Fonte:** Censimento strutture di ospitalità per anziani in Toscana anno 1999.

### 3.1.7 Le rette

Le rette praticate dalle strutture nell'anno 1999 oscillano dalle 10.000 alle 196.000 lire giornaliere per utente, con la seguente distribuzione:

Retta	Utenza	%
10.000-104.999	Autosufficienti	39,6
105.000-196.000	Non autosufficienti	60,4

La retta comprende la **quota sociale** e la **quota sanitaria**, riconosciuta ai non autosufficienti ospitati in residenze a gestione diretta Usl, o convenzionate con l'Azienda Usl dove ha sede la residenza, e

autorizzate al funzionamento (ex art. 6 L.R. 20/80), in base a livelli diversificati in ragione a particolari tipologie di soggetti (del. C.R. n. 311/98):

Livello	Ammontare	N. quote erogate nel 1999 ripartite fra 205 strutture
1°	L. 65.000*	4.457
2°	L. 72.000**	1.250
3°	L. 75.500***	1.381 (+ 312****)
		Totale 7.400

\* Quota base.

\*\* Con modulo gravi non inferiore al 20% della capienza.

\*\*\* Quando le residenze, oltre ad assicurare quanto richiesto per il 2° livello, sono in possesso dei requisiti tecnico strutturali previsti dal DPCM 22.12.89.

\*\*\*\* Importi diversificati dovuti ad adeguamenti, o posti ad esaurimento.

### 3.1.8 Assistenza sanitaria programmata dei Medici di Medicina Generale (MMG) in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e nelle collettività

L'assistenza programmata di medicina generale è erogata a soggetti che non possono andare autonomamente dal medico, ospiti nelle RSA e nelle collettività.

Il MMG svolge l'assistenza programmata nei confronti degli anziani non autosufficienti, ospiti per i quali è corrisposta dalle Aziende Usl la quota sanitaria (DPR 270/2000 art. 45 lett. C2 comma 1, Regolamento di esecuzione approvato con Delib. G.R. n.1.113 del 24/10/2000 e Accordo integrativo per la medicina generale Delib. G.R. n. 686 del 26/6/2001).

La presenza deve essere **giornaliera** nelle strutture con 60 posti letto e oltre, mentre nelle strutture con meno di 60 posti letto è prevista la **turnazione** coordinata dal medico di distretto, con un impegno virtuale **mensile** di ciascun medico **di 1 ora per ogni assistito** in carico. Durante i turni, ciascun medico eroga le prestazioni a tutti gli ospiti della struttura.

Il compenso forfettario **mensile** per soggetto è di lire 40.000, portato a lire 45.000 a decorrere dal 26/6/2001.

L'assistenza programmata di medicina generale nelle RSA *nell'anno 2000* è stata attivata in tutte le residenze della Toscana, ma nelle Aziende Usl 1, 4 e 11 non tutti gli ospiti sono stati assistiti.

- Le **ore di prestazione** sono state in totale **n. 87.604**

- Gli **assistiti** sono stati **n. 7.301**

- La **spesa** totale è stata di **L. 3.490.955.000**

In Tabella 5 è presentata l'attività assistenziale dei MMG nelle diverse Az. Usl, con la relativa spesa.

**Tabella 5. Assistenza programmata dei Medici di Medicina Generale nelle residenze Anno 2000**

Azienda Usl	N. ore prestazione	N. Assistiti (2000)	N. Non autosuff. con quota sanitaria (1999)	Spesa
1	1.116	93	307	44.640.000
2	3.911	326	327	156.440.000
3	5.968	497	469	238.720.000
4	2.641	221	375	92.435.000
5	9.566	797	627	382.640.000
6	6.877	573	551	275.080.000
7	8.530	711	749	341.200.000
8	7.816	651	630	312.640.000
9	3.852	321	281	154.080.000
10	31.005	2.584	2.440	1.240.200.000
11	3.128	261	439	125.120.000
12	3.194	266	205	127.760.000
<b>TOTALE</b>	<b>87.604</b>	<b>7.301</b>	<b>7.400</b>	<b>3.490.955.000</b>

Nota: spesa = n. ore prestazione X 40.000 lire (Azienda Usl 4 x 35.000)

**Fonte:** Flussi Aziende Usl

Il maggior numero di assistiti dichiarato dalle Aziende Usl rispetto al numero delle quote sanitarie erogate si spiega in quanto l'assistenza programmata è assicurata anche nelle collettività, ove sono presenti soggetti non autosufficienti per i quali è corrisposta la quota sanitaria di cui alla L.R. n.20/80, non prese in considerazione nell'ambito di questa ricerca, ma rilevate in termini di quota sanitaria insieme dalle singole Aziende.

Inoltre, l'assistenza prevista dall'art. 4 (prestazioni aggiuntive) della delib. G.R. n. 483 del 29/4/1997 può essere erogata anche nelle strutture residenziali pubbliche per disabili.

### **3.1.9 Spesa stimata a carico della Sanità per le Residenze per anziani non autosufficienti, pubbliche e convenzionate**

Nell'anno 1999 la spesa sanitaria stimata per i non autosufficienti ospitati nelle RSA è stata di circa **182,5 miliardi**.

A questi devono essere aggiunti circa **3,5 miliardi** spesi per assicurare l'assistenza programmata dei MMG.

## **3.2 Scheda 2 - Ospedali di comunità**

*Delib. C.R. n.384 del 25/11/1997, Delib. G.R. n.867 del 26/07/1999*

La Delib. C.R. n. 384/97 "Sperimentazione nuovi modelli organizzativi. Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie" individua dei modelli organizzativi per soddisfare alcuni bisogni sanitari e sociali: Foresteria, Albergo sanitario, Ospedale di comunità, Ospedalizzazione domiciliare.

### 3.2.1 Aspetti strutturali

**L'Ospedale di comunità**, 12/16 posti letto, è previsto per ospitare :

- pazienti oncologici anche per trattamenti palliativi,
- altri pazienti terminali (non affetti da immunodeficienza acquisita),
- pazienti neurologici che non necessitano di ausili per il mantenimento delle funzioni vitali,
- pazienti con temporanea non autosufficienza che abbisognano di assistenza integrata.

Il **personale** presente è quello infermieristico e ausiliario, il responsabile della struttura è il medico responsabile delle attività sanitarie di comunità. L'assistenza medica è fornita dal MMG.

In loco vengono **assicurati** il prelievo di sangue, l'elettrocardiogramma e altri esami diagnostici e supporti terapeutici, servendosi del personale del poliambulatorio territoriale od ospedaliero di riferimento.

**L'accesso** avviene su richiesta del MMG.

Per le prestazioni alberghiere può essere richiesta all'utente una compartecipazione alla spesa.

L'attività dei MMG negli ospedali di comunità è retribuita con un compenso di L. 60.000 ad accesso (ora) e un rimborso chilometrico per gli accessi che distano più di 10 Km. (delib. G.R. n. 867/99).

### 3.2.2 Ospedali di comunità operativi o in via di apertura

- 1) Dal 1999 Camerata - Firenze (riconversione ospedale)
- 2) Dal 2001 Campansi - Siena (in RSA)
- 3) Dal 1998 Nottola - Foiano della Chiana
- 4) Dal 1996 Hospice – Camaiole (in ospedale)
- 5) Di prossima apertura uno in Val di Chiana e uno in Val d'Elsa (all'interno dei due nuovi ospedali)

Le principali caratteristiche degli Ospedali di comunità attualmente attivi sono riassunte in tabella.

**Tabella 6. Principali caratteristiche di quattro Ospedali di comunità**

Ospedale di comunità	Posti letto	Ricoveri 65 anni e più	Età media	Durata degenza media	Costo 1 giornata di degenza
SIENA (aperto il 10/1/2001)	18	95	79	20	258.400
FOIANO D.CHIANA	20	293	78,7	16,1	216.000
CAMERATA (Firenze)	20	277	76,2	14,6	303.500
HOSPICE CAMAIORE	14	130	80	20	363.800
Totale	72	795	78,5	17,7	285.000

**Fonte:** Aziende Usl e Atti del Convegno di Montalcino, anno 2001.

### 3.3 Scheda 3 - Case di cura

#### 3.3.1 Attività delle case di cura private per i soggetti anziani

In Toscana sono attive numerose case di cura private convenzionate, che svolgono un'importante attività di assistenza per la popolazione ultrasessantacinquenne. In particolare, è da notare che i reparti definiti "di lungodegenza" sono collocati esclusivamente nell'ambito delle case di cura, e che queste ultime erogano anche una parte rilevante dei ricoveri in riabilitazione.

Nelle tabelle seguenti è presentata un'analisi descrittiva dell'attività di ricovero presso le case di cura convenzionate, di soggetti residenti in Toscana di 65 anni e più, relativamente all'anno 1999.

**Tabella 7. Distribuzione per regime di degenza dei ricoveri di soggetti anziani in casa di cura Regione Toscana, anno 1999. Ricoverati residenti in Toscana, case di cura toscane. Sono enumerati separatamente i ricoveri "fuori soglia" in termini di durata della degenza**

Ricovero						
	Ordinario	Lungodegenza	Riabilitazione	DH (all)	Totale	Fuori soglia
<b>Maschi</b>						
65+	4.969	635	859	1.434	7.897	116
75+	2.672	534	549	690	4.445	53
<b>Femmine</b>						
65+	7.583	1.501	2.677	2.012	13.773	354
75+	4.737	1.331	1.975	1.035	9.078	202
<b>Maschi+Femmine</b>						
65+	12.552	2.136	3.536	3.446	21.670	470
75+	7.409	1.865	2.524	1.725	13.523	255

Nel 1999 sono avvenuti più di 2.000 ricoveri in lungodegenza (di cui l'80% in soggetti di oltre 75 anni), e più di 3.500 ricoveri in riabilitazione (dei quali 2/3 circa in soggetti oltre i 75 anni). In 470 ricoveri (255 oltre i 75 anni) è stata superata la durata "soglia".

**Tabella 8. Attività delle case di cura private per i soggetti anziani: n. giornate di degenza, giornate medie e giornate oltre il tetto consentito per regime di ricovero. Regione Toscana, anno 1999. Ricoverati residenti in Toscana, case di cura toscane**

	Ordinario		Lungodegenza		Riabilitazione		DH (all)		Totale giorn.		Fuori Soglia	Fuori Soglia
	N. giorni	Media	N.giorni	Media	N.giorni	Media	N. Accessi	Media	N.	Media	giorni	Media giorni
<b>Maschi</b>												
65+	47.391	9,54	23.674	37,28	25.373	29,54	6.185	4,31	96.438	14,92	6.275	54,09
75+	26.393	9,88	20.167	37,77	16.664	30,35	2.698	3,91	63.224	16,84	2.412	45,51
<b>Femmine</b>												
65+	95.204	12,55	69.641	46,40	79.710	29,78	7.154	3,56	244.555	20,79	19.047	53,81
75+	60.119	12,69	62.077	46,64	61.140	30,96	3.178	3,07	183.336	22,79	11.786	58,35
<b>Maschi+ Femmine</b>												
65+	142.595	11,36	93.315	43,69	105.083	29,72	13.339	3,87	340.993	18,71	25.322	53,88
75+	86.512	11,68	82.244	44,10	77.804	30,83	5.876	3,41	246.560	20,90	14.198	55,68

I ricoveri in lungodegenza hanno una durata media di circa 44 giorni (più nelle femmine che nei maschi), per un totale di quasi 100.000 giornate di degenza. Più breve è la durata media della riabilitazione (intorno ai 30 giorni), senza differenze fra maschi e femmine. Le giornate di degenza fuori soglia sono state 25.000.

**Tabella 9. Attività delle case di cura private per i soggetti anziani: peso medio dei DRG e valore totale per regime di ricovero. Regione Toscana, anno 1999. Ricoverati residenti in Toscana, case di cura toscane**

	Ordinario	Lungodegenza	Riabilitazione	DH (tutti)	Totale	Fuori soglia
<b>Maschi</b>						
65+	1,57	1,10	1,02	1,02	1,37	1,09
75+	1,43	1,11	1,02	1,02	1,28	1,09
<b>Femmine</b>						
65+	1,55	1,06	1,01	1,02	1,32	1,05
75+	1,45	1,06	1,01	1,03	1,25	1,07
<b>Maschi+Femmine</b>						
65+	1,56	1,07	1,01	1,02	1,34	1,06
75+	1,44	1,07	1,01	1,02	1,26	1,07

Come si può notare, il “peso” del DRG (che è funzione della complessità dell’intervento sanitario), è decrescente dal ricovero ordinario alla lungodegenza, alla riabilitazione. In questi due regimi di ricovero esso è inoltre più basso per le femmine che per i maschi. Infine, in generale esso è più basso nei ricoveri “fuori soglia”, a testimonianza del fatto che il superamento della durata di ricovero “consentita” non è legato alla complessità medica del caso, ma ad altri fattori (ad es. alle difficoltà di trovare un’alternativa al ricovero).

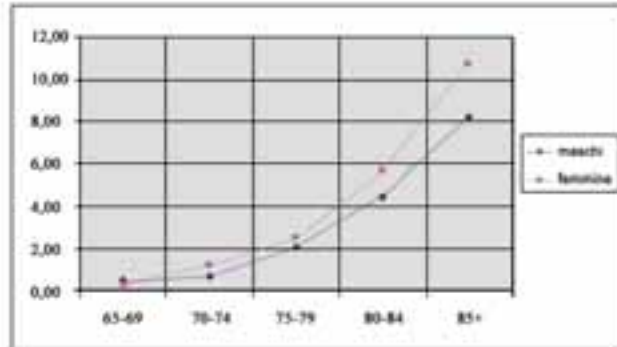
### 3.4 Scheda 4 - Il ricovero in lungodegenza e in riabilitazione

#### 3.4.1 La lungodegenza

In questo paragrafo è riportata un’analisi più dettagliata del ricovero in lungodegenza. Come già menzionato, il ricovero in regime di lungodegenza degli anziani avviene in Toscana esclusivamente in case di cura private. Nel 1999 si sono verificati 2.136 ricoveri in lungodegenza in soggetti di 65 anni e più. Questo tipo di ricovero è molto più frequente nelle femmine, sia perché più presenti nella popolazione anziana, sia perché presentano tassi di ricovero in lungodegenza più alti dei maschi anche a parità di età. Ai 2.139 ricoveri ha corrisposto un numero di giornate di degenza pari a 93.315, con una media di n. 43,7 giornate per ricovero.

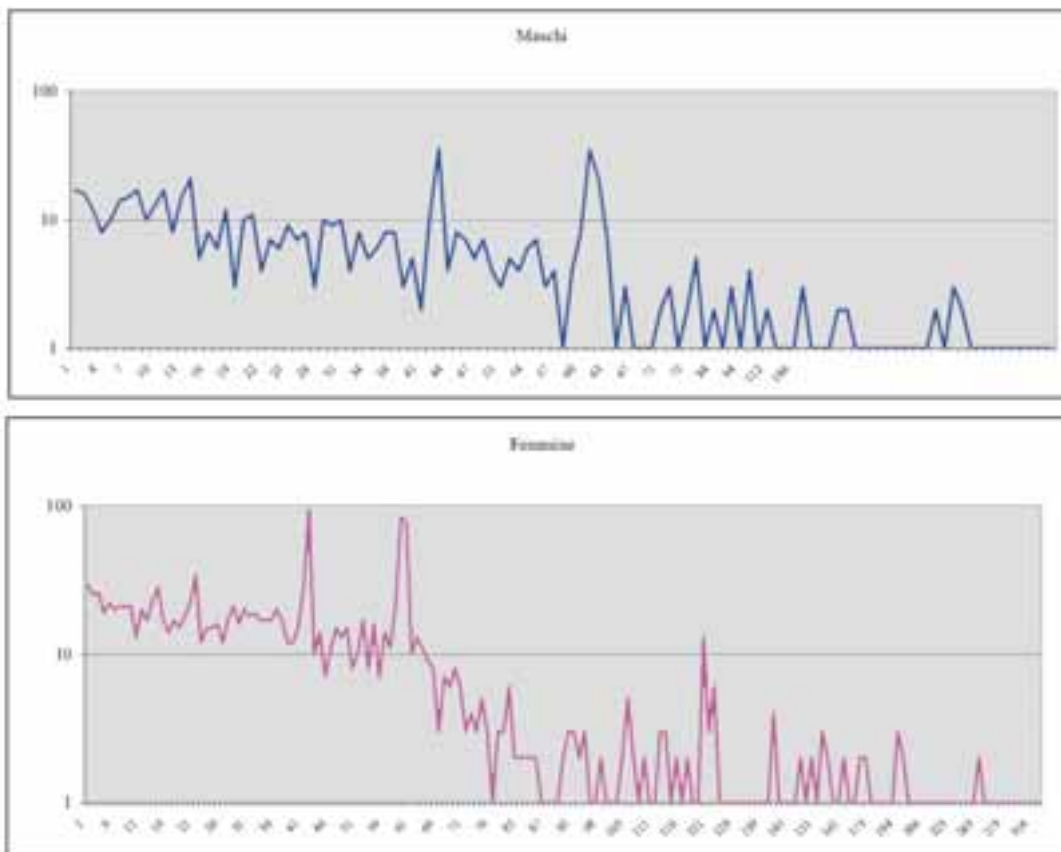
In Figura 1 è presentato l’andamento dei ricoveri in lungodegenza per età e sesso.

**Figura 1. Case di cura. Andamento dei ricoveri in lungodegenza per età e sesso**



Un più attento esame della durata della degenza è presentato nelle figure seguenti.

**Figura 2. Case di cura: Durata dei ricoveri in lungodegenza nei maschi e nelle femmine. Scala logaritmica. In ascisse, il numero delle giornate di degenza**



Come si può notare, si rilevano due “picchi” di durata in corrispondenza di 43 e 62 giorni di degenza sia nei maschi, sia nelle femmine (legati ai meccanismi di compensazione). Si rileva inoltre una “coda” di durata, che raggiunge per alcuni casi la presenza in lungodegenza per la durata dell’intero anno in esame.

### 3.4.2 La riabilitazione

Il ricovero in riabilitazione avviene sia nelle strutture pubbliche che private, come mostrato nella seguente tabella.

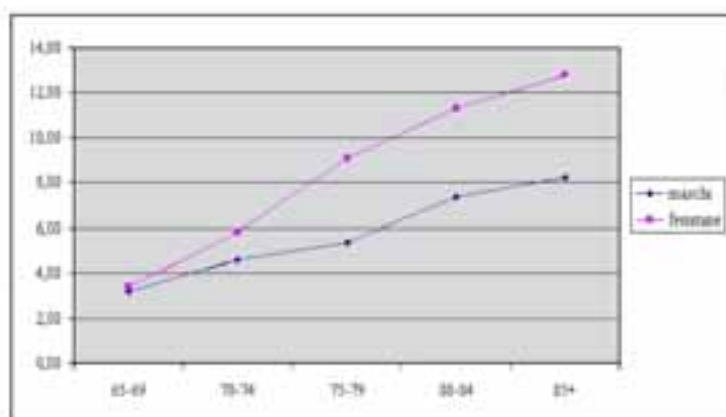
**Tabella 10. Ricoveri in riabilitazione nelle strutture pubbliche e private e giorni di degenza**

RICOVERI IN RIABILITAZIONE			
	N.	%	Giorni di degenza
PRIVATI	3536	69,66%	105.000
PUBBLICI	1540	30,34%	41.239
TOTALI	5076	100,00%	146.239

La riabilitazione ha comportato un totale di 3.536 ricoveri, per un totale di più di 105.000 giornate di degenza in casa di cura e di circa 41.000 giornate di degenza in struttura pubblica, pari a 1.540 ricoveri.

Un dettaglio sul ricovero in riabilitazione è presentato nelle figure seguenti.

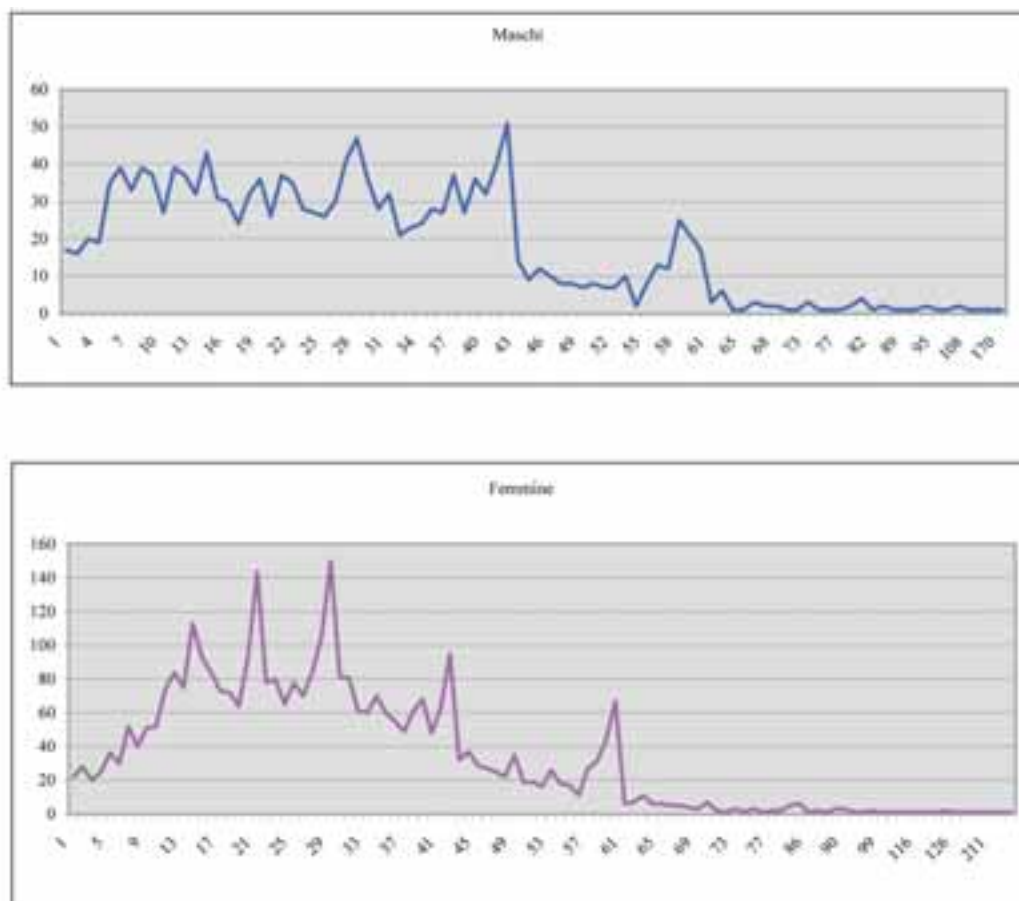
**Figura 3. Andamento dei ricoveri in riabilitazione per età e sesso (case di cura e strutture pubbliche)**



Anche il ricovero in riabilitazione, come la lungodegenza, è crescente con l'età e più frequente nelle femmine che nei maschi. Un'analisi dettagliata della durata della degenza in giorni è descritta nelle seguenti figure.



**Figura 4. Ricoveri in istituti della regione di residenti in riabilitazione (cod. 56) per sesso. In ascisse, il numero delle giornate di degenza**



Come si può notare, anche in questo caso la durata dei ricoveri ha una distribuzione con dei picchi intorno a 43 e 62 giorni (corrispondenti a durate oltre le quali è prevista una riduzione delle quote o è necessaria una speciale autorizzazione). Gli estremi di durata sono comunque più contenuti rispetto alla lungodegenza.

### 3.4.3 Progetti speciali

Le istituzioni sanitarie private, sulla base dell'accordo stipulato con la Regione Toscana (delib. G.R. n.1671 del 16/12/1996 "Attività di ricovero per l'anno 1997. Conclusione della concertazione regionale con le istituzioni sanitarie private"), si sono impegnate con le Aziende Usl a definire le opportune collaborazioni per fare fronte alle esigenze complessive espresse dall'ambito di competenza, attraverso progetti di comune interesse e reciproca convenienza che verranno gestiti con remunerazione delle attività da concordarsi anche al di fuori delle forme previste e in deroga alle disposizioni concernenti il tetto finanziario complessivo.

Sulla base del suddetto accordo *solo l'Azienda Usl 10* si è attivata stipulando per gli anni 1998 e 1999 delle convenzioni con le case di cura del territorio per la realizzazione di **progetti speciali** rivolti alla popolazione residente. Tali progetti prevedono un tetto di durata della degenza, che può essere superato solo attraverso una specifica autorizzazione, in assenza della quale è prevista una decurtazione del valore.

La spesa dell'**Azienda Usl 10** per l'anno 1999 per i progetti speciali è stata di L. 25,5 miliardi, ripartita fra **10** case di cura accreditate per un tetto di attività pari a n. **3.517 ricoveri**, che interessano potenzialmente **tutte le fasce d'età**. È tuttavia da notare che, dei 3.517 ricoveri, n. **3.007** sono utenti con età  $\geq 65$  anni per n. **84.870** giornate di degenza (circa **29** giorni di durata media di degenza) e che, di questi, n. **231** ricoveri hanno ottenuto l'autorizzazione alla proroga, pari a n. **3.595** giornate di degenza.

Se si prendono in considerazione i tre progetti speciali più significativi per la popolazione anziana ( $\geq 65$  anni), per i quali la spesa ammonta a **9,1 miliardi** (Lungodegenza, Lungodegenza riabilitativa e Alzheimer) si evidenzia quanto segue:

- Lungodegenza  
 $\geq 65$  anni i ricoveri sono 737 su 777 di cui  $\geq 75$  anni sono 652  
 spesa 4,5 miliardi
- Lungodegenza Riabilitativa  
 I ricoveri sono 390 tutti  $\geq 75$  anni
- Alzheimer  
 $\geq 65$  anni i ricoveri sono 102 su 106 di cui  $\geq 75$  anni sono 87  
 spesa 1,1 miliardi

#### 3.4.4 Il "valore" del ricovero in riabilitazione e in lungodegenza

Nella successiva tabella è riportata la valorizzazione media in milioni per singolo ricovero e il valore complessivo del totale dei ricoveri in riabilitazione (pubblica e privata), in lungodegenza e "fuori soglia", indipendentemente dal luogo dove tali ricoveri si sono verificati.

**Tabella 11. Valore medio per ricovero e totale in lungodegenza, in riabilitazione e nei ricoveri "fuori soglia" nel 1999. Maschi + femmine, 65+**

Valore (in milioni)	Lungodegenza	Riabilitazione privato	Riabilitazione pubblico	Fuori soglia privato	Fuori soglia pubblico
Medio	8,68	9,47	8,81	10,35	8,67
Totale	18.540	33.486	13.567	4.864	31.732

La tabella mostra una discreta variabilità dei valori medi fra privato e pubblico, con valori medi più alti nel privato. Inoltre, risulta economicamente importante il valore totale della riabilitazione nel privato (più di 33 miliardi), del "fuori soglia" nel pubblico (più di 31 miliardi) e della lungodegenza (tutta privata, più di 18 miliardi).

### 3.5 Scheda 5 - Assistenza Domiciliare

Si distinguono due tipologie di Assistenza Domiciliare: a carattere esclusivamente "**sociale**" (**AD**) e a carattere **integrato** sociale e sanitario (**ADI**). La connotazione di Assistenza Domiciliare Integrata comporta che al programma assistenziale partecipino più figure professionali, come ad esempio

l'OTA, l'assistente domiciliare e domestico, il MMG, l'infermiere professionale, il fisioterapista, l'assistente sociale e il medico specialista (**ADI**). Inoltre, l'assistenza domiciliare integrata può essere erogata in forma **diretta** (sotto forma di prestazioni) o **indiretta** (sotto forma di contributo economico).

### 3.5.1 Assistenza Domiciliare sociale (AD)

- Riferimento: Del. 214/91
- Utente: parzialmente o non autosufficienti con forte supporto dei *care-givers*
- Distribuzione spesa: in parte a carico dell'assistito
- Dimensioni del servizio e spesa a carico del pubblico:

ANNO	N. ASSISTITI	SPESA
1997	5.637	24.206.000.000
1998	6.041	20.368.000.000
1999	4.394	24.072.000.000

### 3.5.2 Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) diretta

- Riferimento: Del. 214/91
- Utente: totalmente non autosufficienti
- Distribuzione spesa: Comune e Azienda Usl, attraverso un accordo di programma
- Dimensioni del servizio e spesa a carico del pubblico:

ANNO	N. ASSISTITI	SPESA
1997	4.963	9.888.635.733
1998	8.441	11.876.082.576
1999	4.470	17.445.104.390

### 3.5.3 Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) indiretta

- Utente: totalmente non autosufficienti selezionati dalla UVG
- Distribuzione spesa: a carico del Comune, che determina i limiti di reddito per la concessione dell'Assegno di assistenza fino a un massimo di Lit. 900.000/mese.
- Dimensioni del servizio e spesa a carico del pubblico:

ANNO	N. ASSISTITI	SPESA
1997	4.278	8.645.000.000
1998	2.541	6.706.000.000
1999	1.424	3.824.000.000

La spesa pubblica per attività domiciliari erogate nel 1999 è presentata nella tabella seguente, per fonte di finanziamento.

**Tabella 12. Spesa pubblica nel 1999 per fonte di finanziamento (in milioni)**

Fonte di finanziamento	AD (sociale)	ADI diretta	ADI indiretta	Totale	%
Ausl	579	5.592	52	6.223	13,7
Comune	21.971	7.481	2.967	32.419	71,5
Assistiti	1.278	305		1.583	3,5
Regione	243	4.068	805	5.166	11,3
Totale	24.071	17.446	3.824	45.341	100
%	53,1	38,5	8,4	100	

In conclusione, nel 1999 sono stati interessati dai servizi domiciliari un po' più di 10.000 soggetti con problemi sociali e/o sanitari, per una spesa di circa 45 miliardi, dei quali circa il 25% a carico del Sistema Sanitario.

### 3.6 Scheda 6 - Centri diurni

(L.R. 72/97, ART. 52, Del. C.R.T. n. 228/98, Del. C.R.T. n. 214/91, Del. C.R.T. n. 311/98)

Si tratta di servizi semiresidenziali per anziani "prevalentemente" non autosufficienti.

- Accesso: sulla base della valutazione della UVG
- Spesa: parzialmente a carico dell'assistito
- Tariffa media: da 80.000 a 95.000/di, e fino a 120.000 se assistono pazienti con Alzheimer.
- Quota sanitaria: 39.000/di; 42.900/di per malati di Alzheimer o con gravi stati demenziali (Del. 228/98).
- **N. Centri** presenti nel 1999: **50**
- **N. utenti:** non autosufficienti **326**  
autosufficienti **258**
- **Spesa sanitaria** nel 1999: **4.865** milioni

### 3.7 Scheda 7 - L'utenza anziana nell'ospedale pubblico per acuti: i ricoveri "fuori soglia"

Al fine di avere un quadro completo dell'assistenza agli anziani, è opportuno riportare anche alcuni dati relativi al ricovero per acuti, con particolare riferimento ai ricoveri che hanno durate superiori alla soglia specificamente indicata per il corrispondente DRG (v. tabella). Il ricovero nell'ospedale per acuti è regolamentato da "tetti" temporali specifici in relazione con la gravità della malattia causa del ricovero e con la durata attesa della degenza, a sua volta legata alle procedure diagnostiche e terapeutiche adottate. Il prolungamento oltre il "tetto" del singolo ricovero determina un abbattimento del valore del DRG. È quindi ipotizzabile che i ricoveri che superano il "tetto" di durata previsto per quel particolare DRG avvengano in soggetti che effettivamente non possono essere dimessi in quella fase. Negli anziani, è possibile ipotizzare a priori che una parte di questi ricoveri prolungati (i cosiddetti ricoveri "fuori soglia") sia avvenuta in persone per le quali era carente la struttura di riferimento a domicilio, e nello stesso tempo non era disponibile una collocazione in struttura residenziale o in lungodegenza, mentre per altri è possibile che il prolungamento del ricovero sia stato legato all'aggravamento delle condizioni cliniche.

**Tabella 13. Ricoveri “fuori soglia” di soggetti anziani in ospedale pubblico. Regione Toscana, anno 1999. Ricoverati residenti in Toscana, presidi ospedalieri e Aziende Ospedaliere toscane**

	Fuori soglia	N. giorni	Media	Peso medio DRG
<b>Maschi</b>				
65+	1.568	64.929	41,41	1,44
75+	775	30.971	39,96	1,39
<b>Femmine</b>				
65+	2.092	79.308	37,91	1,34
75+	1.302	49.160	37,76	1,31
<b>Maschi + femmine</b>				
65+	3.660	144.237	39,41	1,38
75+	2.077	80.131	38,58	1,34

Dalla tabella risulta che 3.660 ricoveri avvenuti in soggetti ultrasessantacinquenni sono “fuori soglia” dal punto di vista della durata, per un totale di 144.000 giornate di degenza. Come per i ricoveri nel privato, anche queste degenze “fuori soglia” sono più frequenti nelle femmine che nei maschi, e nelle femmine presentano anche un “peso” del DRG inferiore (minore intensità terapeutica). Tuttavia è da notare come questi ricoveri siano caratterizzati da un “peso” medio del DRG notevolmente più elevato rispetto alla lungodegenza e alla riabilitazione, e non molto diverso da quello dei ricoveri per le stesse classi di età “dentro la soglia” (dati non mostrati, rispettivamente 1,39 e 1,35 nei soggetti di 65 e più anni e nei soggetti di 75 e più anni). Si può perciò ritenere che in molti casi il superamento della soglia sia effettivamente dovuto al prolungarsi di necessità assistenziali legate allo stato di salute del soggetto.

### 3.8 Sintesi e conclusioni sull'offerta di servizi per gli anziani

Riassumendo, da quanto riportato nelle schede, si deriva una stima quantitativa e qualitativa dei servizi sanitari per gli anziani, pubblici e privati convenzionati, presenti in Toscana.

**Tabella 14. Sintesi dell'impegno assistenziale in favore della popolazione anziana, erogato nel 1999**

Tipo di servizio	N. strutture	N. utenti	Spesa sanitaria (in milioni di lire)
Residenziale	361	14.116	186.000
<i>Autosuff.</i>	110	5.755	
<i>Non autosuff. e Misto</i>	251	8.361	
Assistenza domiciliare (AD)		4.394	579
Ass. Domiciliare integrata (ADI)		5.894	5.644
Centro diurno	50	584	4.865
<i>Autosuff.</i>		258	
<i>Non autosuff.</i>		326	
Totale (appr.)	411	24.900	197.088
<i>Autosuff.</i>		10.200	
<i>Non autosuff.</i>		14.700	
		N. ricoveri	Valore
Osp. Comunità	4	665	
Case di cura e Ospedali pubblici			
<i>Lungodegenza</i>		2.136	18.540
<i>Riabilitazione</i>		3.536	47.053
<i>Ric. "fuori soglia"</i>		4.130	36.596

L'impegno principale in termini di utenza interessata, e ancor più in termini di uso di risorse, è rappresentato dall'assistenza residenziale, seguito dalla ospedalizzazione in lungodegenza e in riabilitazione. Le diverse forme semiresidenziali e domiciliari riguardano un'utenza di circa 11.000 soggetti, e un uso di risorse di circa 11 miliardi, pari a circa il 4% delle risorse totali. In rapporto alla spesa sostenuta per le strutture residenziali, la spesa sostenuta per l'AD o l'ADI rappresenta solo una piccola percentuale.

#### 4. IL RAPPORTO FRA BISOGNI E RISPOSTA DEI SERVIZI PER GLI ANZIANI

Nel tentare una sintesi dei paragrafi fin qui riportati, al fine di mettere in relazione i bisogni assistenziali attesi e i servizi erogati, occorre tenere conto di una serie di elementi critici, utili per una corretta interpretazione dei risultati. Questi elementi critici riguardano il versante delle stime dei bisogni, quello delle stime dei servizi erogati e il confronto fra i due:

- **Sul fronte dei bisogni** - Come già ricordato, i bisogni stimati sono stati articolati in diverse gradazioni, riassumibili in alcune categorie. È possibile approssimare il bisogno di assistenza di queste categorie come segue. La stima della necessità assistenziale è necessariamente una stima in termini assoluti che non tiene conto degli aiuti che il soggetto è in grado di ricevere dalla rete di supporto informale. Il supporto fornito dai servizi potrà coprire di volta in volta l'intero bisogno o solo una parte di esse. Le categorie possono essere delineate come nella tabella seguente.

**Tabella 1. Categorie funzionali di disabilità, bisogni assistenziali e servizi potenzialmente interessati**

Categorie funzionali	Bisogno assistenziale socio-sanitario	Servizi interessati
1. soggetti "indipendenti"	nessun bisogno di assistenza (è tuttavia presente il bisogno di socializzazione, di coinvolgimento, di compagnia)	
2. soggetti disabili in 3 o più <i>IADL</i> ma ancora autosufficienti nelle <i>ADL</i>	bisogno di assistenza prevalentemente sociale, a carattere non continuativo nell'arco della giornata e non necessariamente tutti i giorni	assistenza domiciliare a carattere sociale o a residenze assistite ma non protette
3. soggetti disabili in una sola <i>ADL</i>	bisogno di assistenza prevalentemente (ma non necessariamente soltanto) sociale a carattere quotidiano, ma non necessariamente continuativo	residenze assistite, centri diurni, assistenza domiciliare più continuativa, in qualche caso ADI
4. soggetti gravemente disabili (disabili in 2+ o 3+ <i>ADL</i> )	bisogno di assistenza sanitaria e sociale quotidiana e continuativa	ADI se a domicilio e è presente un'adeguata rete sociale. Residenze per non autosufficienti se non esiste la possibilità di gestire il soggetto in ADI.

Per questi soggetti (in particolare quelli dell'ultima categoria, ma anche frazioni degli appartenenti alle altre categorie) può inoltre sopravvenire un bisogno assistenziale prettamente sanitario, legato all'acutizzarsi di una condizione medica sia organica (diabete, fratture osteoporotiche, broncopneumopatie, scompenso cardiaco, ecc..), sia mentale (demenza e Alzheimer soprattutto in fase acuta).

Questi concetti sono sintetizzati nella tabella che segue.

**Tabella 2. Quantificazione delle categorie di disabilità in relazione con i corrispondenti bisogni prevalenti**

Categorie funzionali	Numero	Bisogni prevalenti
1. soggetti "indipendenti"	620.000	Adeguate tessuto sociale e di relazione
2. soggetti disabili in 3 o più <i>IADL</i> ma ancora autosufficienti nelle <i>ADL</i>	78.000	AD, residenze a bassa intensità assistenziale
3. soggetti disabili in una sola <i>ADL</i>	53.000	AD, ADI, Centri diurni, Residenze a bassa e media intensità assistenziale
4. soggetti gravemente disabili (disabili in 2+ <i>ADL</i> )	7.000-8.000	ADI, Centri diurni, residenze a media intensità assistenziale
5. soggetti gravemente disabili (disabili in 3+ <i>ADL</i> )	14.000-20.000	ADI, Residenze per non autosufficienti

È opportuno notare che le categorie così definite per finalità pratiche, rappresentano in realtà gruppi schematicamente identificati nel *continuum* della disabilità e del bisogno assistenziale, che può assumere connotati molto variegati in relazione alla disabilità fisica, ma anche alle caratteristiche personali dell'individuo e all'ambiente sociale che lo circonda. Obiettivo primario dei servizi è accompagnare gli utenti nelle diverse fasi, aiutandoli a mantenere il più a lungo possibile il massimo grado di autonomia e agendo in maniera sinergica e di supporto alla rete sociale, familiare e amicale.

Queste considerazioni si traducono in principi che dovrebbero essere tenuti presenti nella riorganizzazione dei servizi per gli anziani:

- l'individualizzazione dell'intervento;
- la duttilità dei servizi offerti;
- l'attenzione alla prevenzione della disabilità;
- il carattere di "appoggio" e non di sostituzione rispetto all'autonomia individuale.

Nella valutazione dei bisogni assistenziali della popolazione, la stima più incerta riguarda la categoria dei soggetti gravemente disabili (4 o 5 della tabella 2, a seconda della soglia scelta). Data questa incertezza, le cui cause sono state esplicitate in dettaglio in questo stesso documento, abbiamo deciso di considerare un *range* da 14.000 a 20.000 soggetti nella categoria più grave relativi al 1999, con un aumento atteso al 2005 di circa 1.500 soggetti.

- **Sul fronte dei servizi** - Per quanto riguarda questo settore, il principale problema è rappresentato dalla possibile ripetizione di prestazioni nello stesso anno allo stesso soggetto, che quindi potrebbe essere contato più volte, sovrastimando così il numero di utenti interessati dal servizio. Per quanto riguarda il ricovero in lungodegenza e in riabilitazione e i ricoveri "fuori soglia" per acuti, è stato possibile calcolare per il 1999 la frequenza dei "ricoveri ripetuti", verificando così il numero di soggetti che effettivamente ha utilizzato il servizio. I ricoveri ripetuti nell'arco dell'anno erano il 20% per la lungodegenza, il 14% per la riabilitazione e il 6% per i ricoveri "fuori soglia". È da notare, tuttavia, che i ricoveri ripetuti difficilmente riguardano quelli di più lunga durata e che quindi assumono un'importanza modesta nella presente analisi. La ripetizione dei ricoveri non cambia quindi in modo rilevante la stima delle dimensioni dell'utenza di questi servizi. Tantomeno il fenomeno appare significativo per quanto riguarda le Residenze, in quanto il ricovero ripetuto in queste strutture è sostanzialmente assente. Non è invece possibile verificare l'entità della combinazione Lungodegenza-RSA e Riabilitazione-RSA, per carenze del sistema informativo. Quindi la somma dei soggetti interessati da questi servizi è presumibilmente un po' più bassa della somma dei numeri riportati.



- **Nel confronto fra bisogni e servizi** - Per quanto riguarda il confronto tra bisogno e offerta, il problema principale è rappresentato dalla discrepanza tra i criteri adottati per la diagnosi di non autosufficienza e la sua caratterizzazione in livelli di gravità nella pratica clinica e legislativa, rispetto a quanto utilizzato negli studi epidemiologici. Infatti, come accennato nell'introduzione al paragrafo sui servizi, le Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) delle Aziende Sanitarie, pur utilizzando strumenti e scale di misura che si ispirano ai criteri *IADL* e *ADL*, non necessariamente seguono criteri identici a quelli utilizzati nei tre studi, né perfettamente comparabili fra di loro. È quindi possibile che fra gli utenti considerati come non autosufficienti dalle UVG, e che quindi compaiono sul versante utenza dei servizi, vi siano alcuni che appartenerebbero a categorie meno gravi o, al contrario, più gravi, secondo i criteri di classificazione della disabilità utilizzati a livello internazionale e introdotti nella maggioranza degli studi epidemiologici. Non è peraltro possibile, se non con verifiche *ad hoc*, sapere se le due frazioni di diversa classificazione si equivalgono, e quindi se le numerosità indicate sul versante dei bisogni e quelle contate sul versante dei servizi sono perfettamente comparabili.

**Appare invece chiara la necessità di un sistema informativo basato su uno strumento di rilevazione del bisogno dell'anziano unico e ben standardizzato, da utilizzare per tutti gli anziani che accedono a tutte le tipologie di servizio, con il quale produrre una valutazione leggibile in continuo del tipo di utenza dei servizi e quindi poter valutare l'appropriatezza della destinazione di ciascun soggetto e del suo programma assistenziale.**

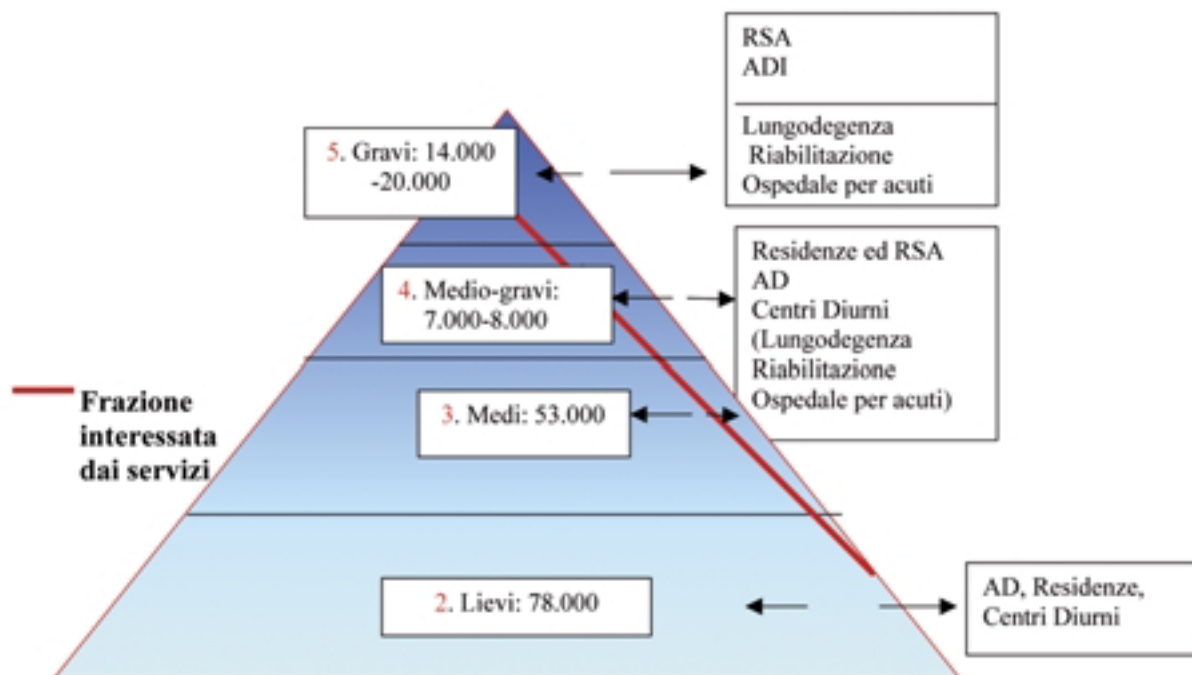
**Pur tenendo conto delle incertezze di cui sopra, si ritiene opportuno proporre una prima ipotesi di confronto quantitativo fra bisogno e offerta. Il confronto, seppure impreciso, permette infatti di individuare alcune importanti indicazioni per le linee di sviluppo e di tendenza della programmazione. Una stima più precisa potrà nascere da successivi approfondimenti.**

Nella figura seguente sono rappresentati i bisogni dimensionati come descritto nelle sezioni precedenti. Rispetto alla figura, un'analisi dei servizi definiti come corrispondenti dà adito alle seguenti considerazioni.

- Il massimo impegno è attualmente dedicato agli anziani non autosufficienti, che vengono interessati dal servizio in una percentuale rilevante, anche se non nella totalità. Infatti, rispetto ad un bisogno stimato di circa 14.000-20.000 anziani disabili in tre o più *ADL*, ai quali si può ragionevolmente aggiungere una frazione di soggetti disabili in almeno due *ADL* perdute, per un totale di circa 20.000-28.000 soggetti, le strutture residenziali hanno riportato nel 1999 circa 13.000 presenze (somma dei presenti e degli ammessi durante l'anno), dalle quali, però, devono essere sottratte le presenze di pazienti psichiatrici e di disabili non anziani, portando ad una stima di circa 10.000 presenze. I servizi rivolti a queste tipologie di anziani comprendono peraltro anche una frazione consistente delle attività di ADI, e una parte consistente dei ricoveri in lungodegenza e riabilitazione, che appaiono essere, come tipologia, simili (soprattutto la lungodegenza) alle attività residenziali. In sintesi quindi, tenendo conto dell'insieme dei servizi presi in esame, ma anche di una possibile sovrastima dovuta ai ricoveri ripetuti e a differenze di classificazione, si può concludere che, dal 30% al 50% dei soggetti con problemi "molto gravi" di autosufficienza usufruiscono del servizio pubblico prevalentemente a carattere residenziale od ospedaliero, ma anche sotto forma di ADI (è urgente valutare la capacità di questi servizi di rispondere efficacemente ai bisogni). In questo settore quindi una razionalizzazione delle risorse e un incremento relativamente contenuto dell'impegno potrebbero permettere un'effettiva corrispondenza fra bisogno e offerta, che tenga conto della presenza positiva, e da valorizzare, delle famiglie e della rete amicale e sociale.

- È invece molto inferiore al bisogno stimato l'erogazione di servizi per le altre categorie di anziani, comprese le non-autosufficienze "medie" (ricordiamo che qui sta anche una parte dei soggetti che hanno perduto una o anche due funzioni "di base"). In questo settore, quindi, esiste uno spazio piuttosto vasto di intervento appropriato e, certamente, intervengono in modo sostanziale la famiglia e la rete sociale e amicale. Infatti, attualmente, la "presenza" dei servizi, prevalentemente a carattere domiciliare (vista anche la scarsa disponibilità di collocazioni residenziali a carattere sociale o a bassa intensità sanitaria), arriva a coprire il 10% del bisogno atteso, decrescendo progressivamente al decrescere della disabilità.
- Esiste un ricovero ad intensità sanitaria non molto elevata (approssimata dal "peso" del DRG), ma di durata molto lunga che avviene soprattutto in reparti di lungodegenza (anche in minor misura in riabilitazione e nell'ospedale per acuti). Questo tipo di ricovero potrebbe essere tendenzialmente inappropriato e rappresentare la dimensione della domanda inevasa di residenza per non autosufficienti, risolvibile in residenze, purché adeguatamente attrezzate dal punto di vista sanitario. Questa frazione è stimata in circa 1.000-2.000 soggetti.
- Peraltro, in RSA e più in generale nelle residenze risultano presenti diverse tipologie di soggetti, fra i quali presumibilmente una frazione delle categorie che potrebbero rappresentare anziani con vari gradi di disabilità, il cui ambiente sociale non è in grado di offrire un adeguato sistema di supporto, e che potrebbero usufruire adeguatamente sia di un'assistenza domiciliare, sia di residenze protette a bassa intensità sanitaria (praticamente la stessa che è assicurata a tutti i cittadini).
- Una parte di questi anziani con diverso grado di disabilità potrebbe rappresentare anche una frazione della lungodegenza, o anche del ricovero in riabilitazione e per acuti, che fungerebbe in questo caso da "tampone" in situazioni sociali inadeguate. Anche in questo caso, si tratterebbe di un ricovero potenzialmente "inappropriato", sostituibile con assistenza domiciliare o residenze sociali.
- È invece possibile che una parte dei ricoveri in RSA, e più in generale delle istituzionalizzazioni, potrebbero essere evitati se si rendessero disponibili soluzioni di durata ridotta (non più di 60 giorni) per gestire le situazioni ad alta intensità assistenziale, ma di durata limitata, che non possono essere gestite a domicilio, come la fase acuta dell'Alzheimer e delle demenze, lo scompenso subacuto di cuore, le problematiche acute osteoarticolari, la fase postricovero dell'ictus, lo scompenso e il subscompenso respiratorio ecc. Analogamente, sul versante sociale, le permanenze di durata limitata in RSA potrebbero venire incontro a situazioni di stress acuto dei *care givers*, evitando così la rinuncia a lungo termine ad assistere l'anziano da parte della sua rete di supporto.

Figura 1. Bisogni stimati e servizi erogati per gli anziani in Toscana  
Anno di riferimento: 1999



## 5. LA RIORGANIZZAZIONE E IL RIEQUILIBRIO DEI SERVIZI PER GLI ANZIANI

### 5.1 Aspetti generali

Dalle analisi condotte e riportate nelle sezioni precedenti abbiamo tratto alcune considerazioni sulle trasformazioni della rete dei servizi per gli anziani che sarebbero necessarie affinché le prestazioni offerte siano più adeguate ai bisogni espressi dalla popolazione. I principi generali ai quali questa proposta si ispira sono:

- Universalità dell'offerta
- Equità di accesso
- Differenziazione delle risposte in base al bisogno espresso
- Appropriatezza dell'offerta rispetto ai bisogni
- Riequilibrio fra i settori di intervento
- Integrazione dei servizi sociali e sanitari sulla base dell'effettiva natura dei bisogni

Specificamente, la proposta riguarda i seguenti settori:

- RSA e Residenze
- Lungodegenza
- Riabilitazione
- ADI
- AD

Viene inoltre avanzata una proposta per avviare interventi di prevenzione della non autosufficienza, finalizzata al controllo del bisogno e quindi della domanda di servizi.

#### 5.1.1 RSA e Residenze

- **Diversificazione dell'offerta** - Si propone di articolare e diversificare l'offerta di residenza **in tipologie** corrispondenti alle categorie di bisogno, individuando le caratteristiche strutturali e organizzative adeguate per ciascuna delle tipologie, che richiedono un impegno diverso e crescente di tipo sanitario. Tali caratteristiche saranno definite e verificate nell'ambito del processo di **accreditamento**. Una stessa struttura potrà accreditarsi per una o più tipologie di utenti. Si propone inoltre di diversificare l'offerta **in termini temporali**, con disponibilità ad accogliere situazioni momentanee o acute in una frazione specificamente individuata della disponibilità residenziale. Si propone quindi di individuare dei posti residenziali **"volano"** a durata di accoglienza limitata e non superiore ad esempio a 90 giorni (pari ad es. a non meno del 10% dei posti disponibili).
- **Sistema di remunerazione** - Si propone di modificare il sistema di remunerazione procedendo ad una remunerazione legata alle prestazioni che vengono mediamente erogate ad una specifica tipologia di utente sulla base di un **programma assistenziale individuale**. Tale sistema permetterà di collegare la remunerazione all'effettiva gravità, al consumo di risorse e alla capacità di stendere e seguire un piano di cura adeguato ai bisogni di ciascun soggetto. Ispirandosi alla strategia operativa utilizzata negli USA e in molti Paesi europei, si propone di mettere a punto tale sistema di remunerazione secondo le seguenti fasi:

- a) Definizione dei criteri per la classificazione degli utenti in gruppi omogenei per consumo di risorse e per tipologie di problemi che richiedono approcci assistenziali differenziati. A tal fine, si propone di sperimentare il sistema *RUG III* che è già stato validato nella realtà italiana (nell'Allegato alcuni approfondimenti sul sistema *RUG*).
  - b) Per ciascuna tipologia di *case-mix*, definizione degli elementi essenziali di un **programma assistenziale**, individuando la quantità e qualità degli interventi di assistenza generica, infermieristica, medica, riabilitativa, ecc.
  - c) Per ciascun programma, individuazione di un livello di remunerazione *standard*. Tale livello di remunerazione costituisce la base di funzionamento che può essere modificata, ed eventualmente modulata, in relazione alla durata della degenza nei posti "Volano".
  - d) Messa a punto di procedure mediante le quali sia possibile adeguare il programma assistenziale nei casi in cui si siano modificate in maniera sostanziale le necessità assistenziali del soggetto.
  - e) Sostituzione del sistema di categorizzazione delle Residenze con un accreditamento di "vocazioni" proporzionali, che possono coesistere in una stessa struttura articolata per rispondere a più di una esigenza. Ne deriva che le Residenze possono essere organizzate in nuclei attrezzati per rispondere ai bisogni di diverse tipologie di utenti. Ad esempio, nella stessa struttura possono essere ricoverati anziani autosufficienti e anziani gravemente disabili, con importanti necessità di tipo sanitario (**Nuove Residenze**).
  - f) Il *case-mix* così valutato, oltre a definire le tariffe con cui la struttura viene remunerata, dovrebbe costituire la base per stimare le caratteristiche strutturali e le dotazioni tecniche e di personale necessarie per l'accREDITAMENTO.
- **Riorganizzazione interna dell'utenza** - Attraverso i meccanismi descritti sopra, si può procedere ad una verifica e riorganizzazione interna dell'utenza, attribuendo ai *case-mix* più bassi e alle strutture a vocazione prevalentemente sociale l'accoglienza di soggetti con invalidità medio/bassa. In tal senso, poiché l'utenza a basso/medio grado d'invalidità è numericamente più frequente rispetto alla non autosufficienza totale, ci si aspetta nel processo di accreditamento un'analoga distribuzione proporzionale delle disponibilità di accoglienza. **È necessario a tal fine incentivare, anche economicamente (rispetto all'impegno assistenziale effettivo), le strutture residenziali ad alta intensità sociale.**
  - **Riassorbimento della domanda in eccesso** e adeguamento alle tendenze demografiche. Si propone un **ampliamento contenuto** delle disponibilità di accoglienza nelle "Nuove Residenze" definite come sopra, al fine **di riassorbire il ricovero "improprio"** soprattutto dai reparti di lungodegenza, ma anche dalle riabilitazioni e dall'ospedale per acuti, e al fine di coprire le esigenze imposte da un aumento degli anziani, seppure relativamente contenuto, nel corso del 2001-2005.

### 5.1.2 Lungodegenza

La dizione "lungodegenza" non è più utilizzata e la "vocazione" delle strutture con questo nome è ridefinita, o nell'ambito dell'ospedale per acuti, o nell'ambito delle **Nuove Residenze**. Si modifica corrispondentemente il sistema di remunerazione. Si propone quindi di incentivare l'uso del ricovero più appropriatamente per risolvere problematiche semi-acute con forte componente sanitaria, considerato anche il sistema di remunerazione basato su DRG. A tal fine occorre ridurre, fino ad eliminarli, i ricoveri "lunghi" fuori soglia, per valorizzare quelli di durata intermedia (non più di 45 giorni) e gestire le situazioni ad alta intensità assistenziale momentanee che non possono essere

gestite a domicilio (v. sopra). Nella stessa area si colloca la parte di ricovero per anziani degli Ospedali di comunità che, per quanto riguarda questo settore della popolazione, rappresentano la componente pubblica del ricovero che può precedere il ritorno a casa o la residenza nelle istituzioni. Peraltro, anche le Nuove Residenze (che comprendono le ex RSA) possono accreditarsi per l'assistenza di questi soggetti.

### 5.1.3 Riabilitazione in regime di ricovero

Occorre svolgere un'analisi più dettagliata delle attività dei reparti di riabilitazione per quanto concerne gli anziani. Essi, infatti, dovrebbero rappresentare un vaso comunicante con le altre strutture riabilitative territoriali e non, delle quali in questa fase non è stato possibile produrre un'analisi. È comunque presumibile che anche una parte dei ricoveri in riabilitazione possa più appropriatamente trovare posto nelle Nuove Residenze, purché questa tipologia di soggetti sia ben definita e le dotazioni tecnologiche e di personale presenti nelle strutture che accolgono questi pazienti siano adeguate (nella maggior parte dei casi le attuali RSA non sono assolutamente in grado di offrire prestazioni adeguate per questi pazienti). La durata del ricovero in riabilitazione deve quindi essere fortemente limitata (es. 45 gg). In questi reparti avviene appropriatamente la riabilitazione successiva alle problematiche acute osteoarticolari, allo scompenso di cuore, allo scompenso e subscompenso respiratorio, ecc. e la fase post-ricovero dell'ictus. Se il ricovero si allunga, per il periodo fuori soglia cambia il sistema di remunerazione, in quanto esso si configura come residenza, seppure ad alta intensità sanitaria.

### 5.1.4 ADI e AD

Dall'analisi fin qui svolta risulta che, nonostante lo sforzo rilevante per offrire a chi ne ha bisogno un'attività efficace di assistenza domiciliare sociale o integrata, la popolazione interessata da queste attività rappresenta una frazione molto bassa di una possibile utenza. È da notare che, ovviamente, una larga parte dei bisogni assistenziali "bassi" e medi" sono appropriatamente assolti dalle famiglie e comunque dalla rete sociale, e che questi soggetti si fanno carico opportunamente anche di una parte consistente dei bisogni "complessi" della non autosufficienza. Tuttavia, non si può negare che esista un bisogno non soddisfatto dal servizio offerto che, presumibilmente, penalizza i gruppi sociali più disagiati e che viene risolto, da chi può, con interventi privati spesso onerosi e non sempre di qualità adeguata. Esiste quindi un bisogno, articolato prevalentemente nelle fasce basse e intermedie dell'utenza, secondo la definizione data sopra, per il quale i cittadini si trovano per così dire "senza rete" e sono obbligati a rivolgersi al privato. Si propone che, per quanto riguarda l'AD, ed anche l'ADI, il servizio pubblico non si ponga soltanto nell'ottica della gestione, ma anche in quella del coordinamento e del controllo di qualità di un'offerta da sviluppare nell'ambito del volontariato, dell'autoaiuto e del privato *non-profit*. L'Ente pubblico potrebbe assicurare l'accesso ai cittadini che documentano la propria impossibilità contributiva, salvaguardando così l'universalità del servizio. L'Ente pubblico dovrebbe inoltre intervenire sia sorvegliando e pilotando le modalità di accesso, sia coordinando e valutando la qualità del servizio attraverso il sistema di accreditamento e controlli a campione. L'accesso alle prestazioni dovrebbe avvenire, anche in questo caso, sulla base di programmi assistenziali concordati con l'Ente pubblico, che potrebbe concertare il programma-costi analogamente a quanto previsto per l'attività residenziale, portando in questo processo l'interesse dell'utenza. Nelle attività di coordinamento, valutazione e controllo, nei termini di valutazione dell'appropriatezza della domanda e del livello di gradimento dell'offerta, avrebbero un ruolo centrale i Comuni, supportati dalle strutture delle Aziende Sanitarie e dalle Associazioni di cittadini utenti.

**Il processo comporta che, anche per l'assistenza domiciliare, si proceda ad una definizione dettagliata delle prestazioni assistenziali sulla base del *case-mix*, all'individuazione di uno strumento di rilevazione comune e validato nell'ambito di un sistema informativo territoriale,**

**oltre che ad un meccanismo di valorizzazione basato sul programma assistenziale.**

Questa visione organizzativa dei servizi per gli anziani comporta un allargamento dell'accesso ai servizi della "base" della piramide:

- spostando "verso la base" una quota di prestazioni attualmente fornite da strutture più strettamente sanitarie, per ridare loro la corretta valenza prevalentemente sociale;
- riorganizzando la fase di residenza attraverso un più corretto rapporto fra supporto abitativo e sociale, assistenza a lungo termine anche sanitaria, ed intervento sanitario propriamente detto per le fasi acute e subacute;
- allargando, attraverso l'inserimento di nuovi soggetti, l'assistenza a domicilio.

### **5.1.5 Il ruolo delle Unità di Valutazione Geriatrica**

Le UVG aziendali dovrebbero abbandonare la funzione meramente "certificativa" della non autosufficienza del paziente anziano, per assumere una funzione di "*case management*" dell'anziano, indirizzandolo di volta in volta, secondo il bisogno, verso il volontariato, la residenza, il ricovero, attraverso la concertazione con l'anziano stesso e con la famiglia che valorizzi la funzione dei *care givers* informali. Per questo motivo, all'interno della UVG, è necessario il coinvolgimento sia del MMG, sia dell'utenza, sia del personale dei servizi sociali. Sarebbe inoltre opportuna la formazione di una figura professionale nuova, il "*manager*" del caso, in grado di formulare un percorso di assistenza nella rete dei servizi, stimolarne la messa in atto, controllarne la corretta esecuzione e modificarne "*in itinere*" la strategia. Poiché la definizione del percorso, e il suo aggiustamento nelle diverse fasi del bisogno assistenziale, sono affidati alle UVG e al "manager" del caso, questi devono essere in grado di utilizzare in modo adeguato e standardizzato gli strumenti di valutazione e di gestire professionalmente l'accesso alla complessa rete dell'offerta. È quindi necessario adeguare professionalmente ai nuovi compiti le unità di UVG dei distretti mediante iniziative di aggiornamento di livello regionale.

### **5.1.6 La prevenzione della disabilità**

Anche senza entrare nel merito di possibili azioni di prevenzione della disabilità a livello di stili di vita e controllo delle principali patologie nelle classi di età che precedono quella anziana, esiste un livello di prevenzione (prevenzione "terziaria") che riguarda l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni sanitarie per l'anziano già malato, finalizzandole ad evitare l'instaurarsi della non autosufficienza. Ci si riferisce in particolare:

- a quelle condizioni patologiche che, comportando il ricovero del soggetto nell'ospedale per acuti, esitano alla sua dimissione in una frazione più o meno elevata di soggetti non autosufficienti. Esempio di quanto sopra sono gli esiti invalidanti della frattura di femore, dell'ictus, dello scompenso cardiaco, ecc. In questo settore, un adeguato e celere trattamento ospedaliero e immediatamente successivo può posticipare, e quindi risparmiare, numerosi casi di non autosufficienza. Come primo approccio al problema della prevenzione della non autosufficienza ci si propone pertanto di procedere all'analisi del ricovero ospedaliero nei soggetti anziani attraverso la produzione di adeguati indicatori di appropriatezza, al fine di identificare azioni di miglioramento delle pratiche terapeutiche per ridurre la non autosufficienza secondaria al ricovero in ospedale.
- alla condizione specifica della "fragilità" dell'anziano (quella che precede di poco, in termini temporali, la perdita dell'autonomia funzionale). È stato infatti dimostrato nella letteratura internazionale che un intervento capillare e tempestivo volto a mantenere le funzioni essenziali (ad es. attraverso un'attività fisica mirata) ritarda (e quindi, di fatto, previene) la condizione di non autosufficienza. L'identificazione dello "stato di fragilità" di ciascun

anziano e l'opportuna "mobilizzazione" degli anziani in termini sia fisici, sia sociali, rappresentano obiettivi a basso costo e alto risultato atteso, che dovrebbero essere sperimentalmente attivati a livello territoriale, attraverso la collaborazione dei MMG e delle associazioni di cittadini.



## ALLEGATO

### Introduzione al sistema *RUG* (*Resource Utilization Groups*)

#### Le premesse concettuali

Come accennato sopra, l'attuale sistema residenziale per gli anziani presente in Toscana è rilevante, ma presenta alcuni problemi, riassumibili nei seguenti punti:

- staticità e rigidità del pacchetto di prestazioni offerte e conseguente assenza di un piano individualizzato di cura. Questo fenomeno è probabilmente da mettersi in relazione con la scarsa differenziazione delle remunerazioni, che mal corrisponde alla reale articolazione dei bisogni assistenziali sociali e sanitari, e quindi all'effettivo consumo di risorse. Questo limite potrebbe essere all'origine di una tendenza alla "esclusione" sia dei soggetti meno gravi (che non ricevono la quota sanitaria) che di quelli più gravi, (in cui la quota sanitaria non copre adeguatamente il maggiore consumo di risorse). Ciò spiegherebbe almeno in parte il fenomeno della inappropriata scelta dei ricoveri in RSA con scelta selettiva dalle liste di attesa dei soggetti che sono finanziariamente più convenienti;
- rigidità della durata della residenza, dovuta all'uso marginale di residenzialità di breve durata per problemi acuti, rispetto a quella di lunga durata (documentata dal basso turnover). Infatti, poiché il pagamento delle rette è "a giornata" non appare conveniente utilizzare un posto letto per più residenti, in quanto questo comporta un rischio di giorni di mancata occupazione e di costi aggiuntivi;
- scarsa disponibilità di residenze a forte valenza sociale, tenuto conto del fatto che, in termini di bisogni, questa è la categoria che ha maggiore bisogno di essere espansa (collocandosi nella tipologia del bisogno verso la base della piramide).

Al fine di iniziare un processo di superamento di tali problemi, si propone di considerare, elaborare e sperimentare le seguenti linee di tendenza, in successione logica:

- superamento della distinzione fra tipologie di Residenza sociale, RSA e Lungodegenza ed inserimento di tutte le potenzialità residenziali in un'unica dizione di "**Nuova Residenza**" per gli **Anziani**;
- identificazione di tipologie di **case-mix**, a forte integrazione di bisogni sociali e sanitari, per la definizione, in ciascun soggetto che ne faccia richiesta, del bisogno assistenziale. A tal fine si propone di sperimentare la classificazione *RUG* (v. dopo);
- identificazione della remunerazione personalizzata sulla base del programma assistenziale attribuito a ciascun soggetto e della quantificazione del tempo-operatore di assistenza (per ciascun tipo di operatore);
- costruzione di un apposito sistema informativo informatizzato per la registrazione dei pazienti e dei programmi assistenziali effettivamente svolti;
- attribuzione della remunerazione per ciascun soggetto/tempo alle strutture residenziali.

Il processo di applicazione del nuovo metodo di remunerazione deve andare di pari passo con il processo di **accreditamento** delle strutture: infatti, i criteri di accreditamento devono rifarsi, per quanto riguarda le caratteristiche strutturali, organizzative e di intensità assistenziale, alle categorie di pazienti con le relative necessità assistenziali. In tal modo ciascuna struttura potrà essere accreditata, sulla base delle proprie caratteristiche, per accogliere una o più categorie, e quindi programmare adeguatamente le proprie necessità di personale e risorse.

### **Il case-mix di bisogni degli anziani secondo la categorizzazione RUG**

Il sistema di classificazione *RUG* nasce negli Stati Uniti a metà degli anni '80 ed è stato utilizzato da allora per il finanziamento delle *Nursing Home* in molti Stati, nell'ambito dei programmi Medicare e Medicaid. Il sistema è stato poi utilizzato in diverse nazioni europee ed extraeuropee, e validato in Italia nell'ambito di un Progetto del Ministero della Sanità a cura dell'INRCA-IRCCS (Responsabile: Enrico Brizioli; Consulenza scientifica: Luigi Ferrucci, Roberto Bernabei; Comitato di progetto: Giuseppina Di Niro, Filippo Masera, Micaela Tonucci). Il vantaggio di questa classificazione, che peraltro richiede alcuni adattamenti per essere applicata in Toscana, è che essa si esprime direttamente in termini di tipologia e quantità del bisogno assistenziale, invece che di condizione fisica e psichica del soggetto. Rispetto al sistema dei DRG, al quale peraltro il meccanismo di valorizzazione si ispira, il sistema *RUG* si adatta molto meglio alla realtà dei bisogni assistenziali della popolazione anziana. Lo stato di bisogno nel paziente anziano è infatti quasi sempre caratterizzato dalla presenza contemporanea di più malattie (comorbidità) e coesistenza di problemi nella salute e nella sfera socioeconomica. Queste caratteristiche renderebbero inadeguato un sistema di remunerazione basato sulle singole prestazioni mediche e/o infermieristiche necessarie per il trattamento di una patologia principale (alla base del sistema DRG). È da notare peraltro che l'utilizzazione del sistema di pagamento a DRG nelle lungodegenze e riabilitazioni è stato ampiamente criticato, soprattutto quando queste strutture sono rivolte a pazienti anziani.

La classificazione *RUG* prevede **7 categorie maggiori** :

- riabilitazione specifica (intensiva ed estensiva)
- cure estensive (a carattere clinicointernistico)
- cure specialistiche (es. *hospice* neoplastico, Alzheimer grave, coma prolungato)
- problemi complessi
- problemi cognitivi
- problemi comportamentali
- ridotte funzioni fisiche (senza altre complicazioni)

Questa classificazione in categorie dell'utenza potrebbe essere utilizzata per definire le caratteristiche strutturali e organizzative delle strutture ospitanti (**accreditamento**).

La classificazione prevede inoltre **44 gruppi** che si distribuiscono, articolandole, all'interno delle 7 categorie principali. **Questi gruppi si ottengono suddividendo ciascuna delle 7 categorie di utenza in sottogruppi sulla base del grado di disabilità, della necessità di cure infermieristiche "speciali", della necessità di riabilitazione infermieristica, o della copresenza di patologie psichiatriche, in particolare della depressione. L'algoritmo che permettere di attribuire ciascun soggetto valutato al suo gruppo è stato sviluppato dai membri dell'Inter-RAI (il gruppo di ricercatori che ha messo a punto il *Minimum Data Set*) ed è attualmente disponibile. È importante rilevare che per ciascun gruppo di appartenenza è stimabile un certo consumo di risorse basato su un piano standard di assistenza.**

La collocazione di ciascun soggetto all'interno di un gruppo è possibile utilizzando uno strumento di valutazione *standard*, già validato in Italia, che richiede per la somministrazione circa 15-20 minuti/soggetto se applicato da personale infermieristico adeguatamente formato (una giornata di formazione). L'identificazione per ciascun soggetto del gruppo di appartenenza permette di prevedere lo specifico bisogno assistenziale, in termini di personale/tempo, e quindi la valorizzazione del programma assistenziale. **Lo strumento, peraltro, non appare adeguato per definire i bisogni del soggetto all'accesso, in quanto è meglio applicato dopo qualche giorno di osservazione. Esso si adatta quindi meglio alle situazioni residenziali, piuttosto che all'uso da parte delle UVG al momento dell'accoglienza.**

Nello strumento *RUG* il significato delle “categorie” e dei “gruppi” è diverso: mentre le categorie di *RUG* rappresentano soprattutto la *tipologia* di bisogno assistenziale, i gruppi servono a stimare la *quantità* di assistenza da parte di diverse tipologie di operatori e sono quindi soprattutto utili per il calcolo delle tariffe.

### **La componente sociale del *RUG***

Rispetto alla classificazione originale in gruppi *RUG*, si riconosce la necessità di specificare meglio (e quindi valorizzare) la componente sociale dei programmi. Questo per due ragioni principali:

- un programma di assistenza sociale adeguato ai bisogni, e quindi individualizzato, comporta attività specifiche sul piano professionale che non possono esser riportate in modo generico ad una semplice “assistenza di base”;
- una corretta definizione della categorie di azioni sociali e sanitarie all’interno del programma assistenziale permette una corretta distribuzione del carico di spesa fra i diversi soggetti pubblici (quota sociale, quota sanitaria) e quelli privati (compartecipazione dell’utenza).

Offriamo alcuni elementi di approfondimento rispetto alle variabili sociali aggiuntive da rilevare per ciascun soggetto:

- condizioni personali - assenza, lontananza, impossibilità, indisponibilità, disponibilità dei familiari o di una consistente e affidabile rete amicale. Gradazione di un’eventuale disponibilità (e conseguente decisione rispetto all’offerta di assistenza domiciliare);
- condizioni economiche - del soggetto, dei familiari, e, in questo caso, disponibilità dei familiari ad un “contratto” di compartecipazione alle eventuali scelte;
- condizioni ambientali - abitabilità e barriere architettoniche del domicilio.

### **Lo strumento di stima delle risorse assistenziali necessarie**

Il rapporto fra gruppi *RUG* e risorse necessarie per soddisfare i bisogni assistenziali è fornito dalla validazione italiana dello strumento stesso, nell’ambito della ricerca già citata.

Riportato dal singolo utente all’intera struttura, il sistema consente di stimare il volume complessivo di assistenza che una struttura deve essere in grado di mettere in campo a fronte di un determinato *case-mix* di pazienti. È quindi possibile costruire degli standard assistenziali, da verificare a fronte della casistica documentata. La remunerazione della struttura avverrà al 100% solo se nel periodo di riferimento potrà dimostrare di aver rispettato gli standard di personale attesi in base al *case-mix* trattato. Lo strumento può essere utilizzato dalla struttura anche a fini di programmazione interna. Poiché non è possibile modificare lo staff di personale con la stessa velocità con cui ruotano i pazienti, la struttura, alla luce del livello assistenziale medio su cui ha attestato la propria organizzazione, potrà programmare l’ammissione di pazienti più o meno complessi in rapporto al peso assistenziale di quelli già presenti.

È stata elaborata, sulla base dei risultati della sperimentazione condotta in Italia, una tabella dei coefficienti da applicare ad una tariffa media per ottenere la tariffa attribuita allo specifico paziente. Il sistema, analogamente a quello dei DRG, si basa su indici che modulano la tariffa in positivo e in negativo. Nell’ipotesi qui avanzata, si propone invece di modificare il modello, partendo da una tariffa “base” rappresentata dal gruppo a minore intensità di bisogno (il gruppo 44), alla quale aggiungere dei “bonus” proporzionali all’indice di consumo di tempo/personale indicato in tabella.

**Ad esempio**, la tariffa potrebbe essere costruita come somma di quattro parametri:

1) tariffa alberghiera cruda; 2) tariffa assistenziale modulata sui pesi *RUG* a partire da un livello di assistenza “minima” riferita al *RUG* n. 44 (PA1), che può essere rapportato ad un peso = 1 per facilità

di comprensione; 3) tariffa legata alla complessità organizzativa per classe di accreditamento; 4) tariffa legata ai problemi di ordine "sociale" (in due o tre classi).

### **Chi applica la classificazione**

Si propone la classificazione *RUG* per i soggetti anziani che hanno avuto accesso alle strutture residenziali. Essa deve quindi essere applicata dal personale delle Residenze dopo opportuna formazione. I dati derivati dalla classificazione devono essere registrati in un apposito sistema informativo e costituire un flusso Aziendale e Regionale da utilizzare sia per la remunerazione, sia per finalità epidemiologiche e di programmazione.

### **Il sistema informativo**

L'impostazione di cui sopra richiede obbligatoriamente un sistema informativo elettronico, che permetta la valorizzazione dei programmi assistenziali individuali per la remunerazione dei soggetti erogatori e per il controllo di qualità del sistema.

La classificazione *RUG* dispone già di un *software* gestionale in italiano, mutuato dal prodotto americano a cura del gruppo di lavoro già citato, che potrebbe essere utilizzato in via sperimentale ed eventualmente riadattato. Il programma si basa su un *RUG grouper* e funziona in ambiente Windows 95, universalmente disponibile.

### **Come attivare l'intero meccanismo**

Al fine di verificare l'impatto atteso dell'attivazione del nuovo meccanismo di remunerazione, si propone di:

- realizzare un'**applicazione simulata** della classificazione *RUG*, e delle conseguenti rette che ne risulterebbero, in alcune strutture residenziali per anziani che siano attualmente funzionanti. La classificazione dovrebbe essere utilizzata per gli utenti già presenti, e le rette conseguenti dovrebbero essere calcolate "virtualmente", utilizzando il *RUG grouper*. Il risultato dovrebbe essere comparato con le rette attuali e discusso con gestori e operatori.
- **Sperimentare l'applicazione reale** in alcune strutture, al fine di aggiustare eventuali passaggi del percorso assistenziale ed eventualmente, se necessario, correggere alcuni aspetti della classificazione e della valorizzazione.
- **Implementare il sistema** a livello regionale.

Finito di stampare  
nel mese di luglio 2002  
c/o il Centro Stampa Digitalprint - Firenze

*Finito di stampare nel mese di  
Settembre 2002  
c/o il Centro Stampa digitalprint - Firenze*