



Unione Europea
Fondo Sociale Europeo



Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
ufficio centrale per l'orientamento e la formazione
professionale dei lavoratori



REGIONE PUGLIA

POR PUGLIA 2000-2006 - MISURA 3.2 AZIONE C



R&S

Ricerca e Sviluppo
Società cooperativa a.r.l.

SDA Bocconi



Bocconi
School of Management

ANALISI ED APPROFONDIMENTI SULLO STATO DELL'OFFERTA E LA QUALITA' DEI SERVIZI SOCIALI NELL'AMBITO DEL TERRITORIO DI ANDRIA



WP. 2.1 - LA NON AUTOSUFFICIENZA



Comune di ANDRIA

Luglio 2007

INDICE

1.	Introduzione	Pag.	4
2.	La popolazione anziana in Italia: classificazioni	“	7
3.	Anziano, disabilità e qualità della vita	“	9
4.	Le dimensioni della non autosufficienza	“	15
5.	Cronicità e non autosufficienza	“	21
6.	Il Piano Strategico Nazionale per la Salute degli Anziani	“	30
7.	Le politiche di contrasto alla non autosufficienza	“	37
8.	L'analisi preparatoria al Piano di Zona di Andria	“	39
9.	Le risposte del Piano di Zona	“	42

1. Introduzione

Una delle principali tendenze socio-demografiche che interessano i Paesi occidentali è rappresentata dal progressivo invecchiamento della popolazione. In particolare, le persone con almeno 65 anni in Italia sono attualmente oltre 10 milioni e rappresentano quasi un quinto della popolazione italiana (19,5%%). Il nostro Paese è fra quelli in Europa che più tende a caratterizzarsi per il forte peso relativo di questa fascia di cittadini: al primo gennaio del 2005 l'indice di vecchiaia¹ risultava pari a 137,5 per cento superiore al resto dei paesi UE dove solo Germania, Grecia, Spagna, Portogallo, Slovenia ed Estonia si avvicinano al 130 per cento.

A questo occorre aggiungere che l'aumento della speranza di vita alla nascita (nel 2006 78,3 anni per gli uomini e 84 anni per le donne) e la stabilizzazione verso il basso della fertilità (da 2,41 figli per donna nel 1961 a 1,35 nel 2006) rafforzano un quadro demografico caratterizzato da una crescente presenza, relativa ed assoluta, di persone anziane.

Il Rapporto della «Commissione di studio sulla prevenzione e sul trattamento della non autosufficienza con particolare riferimento agli anziani», pubblicato nel 2002, indicava come, a partire dalle proiezioni di dati ISTAT, si possa ipotizzare una incidenza degli ultrasessantenni sulla popolazione totale pari al 33% nel 2025 e al 40,5% nel 2050².

L'allungamento della vita media porta con sé anche problemi di salute e di non autosufficienza, che ne rappresentano uno degli aspetti più critici. L'allungamento della vita, oltre ad essere la conseguenza di un generale miglioramento della qualità della vita (alimentazione, stili di vita, condizioni di reddito), dipende anche dal miglioramento dell'assistenza sanitaria: molte patologie che in passato erano spesso irrimediabilmente fatali (soprattutto *ictus*, tumori e infarti) sono oggi in molti casi curabili, ma non completamente guaribili, non assicurando sovente l'intervento sanitario un recupero totale dell'autonomia delle persone colpite. Si tendono quindi a generare situazioni di cronicità, in cui il bisogno espresso è di tipo socio-sanitario più che prettamente sanitario.

¹ Rapporto tra la popolazione anziana con oltre 65 anni e la popolazione tra 0 a 14 anni. Nel 2006 questo indice sfiorava il 140% (139,9%)

² Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali (2002)

Le politiche per gli anziani non autosufficienti sviluppate in questi ultimi decenni hanno dovuto confrontarsi da un lato con una serie di cambiamenti socio-demografici, fra cui quello dell'invecchiamento è il più rilevante ma non l'unico, dall'altro con mutamenti di impostazione nelle filosofie di intervento in campo di *welfare* locale. Per quello che riguarda questo secondo aspetto va infatti ricordato come, a partire dalla fine degli anni '60, in Italia e, con scansioni temporali simili, in altri Paesi occidentali, si sia progressivamente affermata una impostazione delle politiche che tende a disincentivare il ricorso a forme di istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti a vantaggio invece di interventi territoriali, volti a mantenere questa fascia di utenza all'interno del proprio contesto familiare e sociale.

Inoltre, data la natura del bisogno espresso da questo tipo di utenza, caratterizzato da un intreccio fra l'elemento sanitario e quello socio-assistenziale, un secondo obiettivo chiave è quello di far integrare e raccordare gli interventi di carattere socioassistenziale e quelli di tipo socio-sanitario. Se molte regioni italiane hanno risolto fino agli inizi degli anni '90 il problema dell'integrazione socio-sanitaria, prevedendo deleghe da parte dei comuni nei confronti delle USL, le riforme sanitarie del decennio passato (502/92, la 517/93, la 229/99) hanno spesso finito indirettamente per favorire il ritiro delle deleghe da parte degli enti locali con conseguenti rischi di separazione delle due linee di intervento sociale e sanitaria.

La tematica dell'integrazione e delle forme di raccordo fra i vari interventi, che risultano sempre più differenziati fra loro, riveste inoltre un ruolo rilevante anche in termini più generali e non solo quindi in riferimento a quelli socio-sanitari. Se da un lato si pone il problema di individuare nuovi tipi di servizio che siano in grado di raggiungere in maniera migliore i bisogni specifici degli utenti, dall'altro emerge la necessità di identificare i punti di contatto e di passaggio fra interventi domiciliari e territoriali, semi-residenziali e residenziali.

In questa ottica diventa quindi essenziale la definizione nei diversi ambiti territoriali di reti differenziate di servizi che siano strutturate e coordinate per favorire l'accesso degli utenti, in termini di informazione e di valutazione dei bisogni, e siano in grado di accompagnare gli stessi utenti all'interno della rete degli interventi, cercando di raccordare questi ultimi per assicurare una maggiore efficacia.

Un'ultima tematica che si affaccia nel dibattito e nelle politiche di questo ultimo decennio è infine relativa al rafforzamento o, spesso, all'introduzione di strumenti in grado di favorire la capacità di scelta da parte degli utenti, la qualità e la flessibilizzazione dei servizi. In situazioni in cui sono spesso molteplici sia le possibilità e le forme assunte dalla cura, che i possibili fornitori, essendo cresciute di numero e di importanza anche organizzazioni private, sia a scopo di lucro che *non profit*, si pone quindi il problema di favorire la scelta, perlomeno accompagnata, da parte dell'anziano, e di regolare questa pluralità di servizi e strutture, preservando livelli di qualità adeguati.

In definitiva, in relazione alla condizione della popolazione anziana si sono definite negli ultimi anni alcune linee di intervento:

1. la de-istituzionalizzazione degli interventi, o perlomeno una limitazione del ricorso a strutture residenziali, a vantaggio del mantenimento dell'anziano all'interno del proprio contesto familiare e sociale;
2. la costruzione di una rete di servizi che da un lato preveda una molteplicità di possibilità di intervento, per assicurare una migliore personalizzazione dello stesso sulla base delle esigenze del singolo utente, dall'altro permetta l'integrazione socio-sanitaria;
3. una attenzione alla qualità delle prestazioni e alla capacità di scelta, di personalizzazione e di autonomia dell'utente.

2. La popolazione anziana in Italia: classificazioni

Nel nostro paese il peso sulla popolazione di coloro che hanno superato la soglia dei 65 anni è salito costantemente fino a raggiungere il 20% della popolazione, mentre la quota di coloro che hanno meno di 15 anni supera di poco il 14%. La nostra società conta sempre più anziani e sempre meno giovani, perché si allunga la vita media e calano i tassi di natalità, per diversi motivi: la diffusione del benessere e dell'istruzione, l'accesso crescente delle donne al mondo del lavoro, il miglioramento e l'estensione delle cure e delle strutture sanitarie.

In merito alla classificazione delle persone anziane si usa comunemente considerare le seguenti fasce di età:

- età di mezzo o presenile (45-65 anni): gli eventi biologici caratteristici sono la menopausa per la donna e l'andropausa per l'uomo, importanti per le modificazioni bio-umorali (aumento dei grassi nel sangue, della glicemia, predisposizione all'ipertensione arteriosa);
- senescenza graduale (65-75 anni): comunemente si indica l'età corrispondente all'inizio della vecchiaia a 65 anni;
- senescenza conclamata (75-90 anni): in passato, individui di età superiore ai 65 anni mostravano riduzione dell'efficienza psicofisica, oggi esistono ultrasessantacinquenni assolutamente efficienti, per questo, si può ridefinire anziano l'ultrasettantacinquenne.

Dal punto di vista biologico, nel processo di invecchiamento si assiste ad una generale riduzione del numero delle cellule (atrofia) ed una diminuzione dell'efficienza funzionale, accompagnata da modificazioni organiche e predisposizione ad una serie di disturbi. In questo periodo le malattie che insorgono tendono a cronicizzarsi e a richiedere interventi assistenziali sociali e riabilitativi.

Numerosi sono i fattori che influenzano i processi di invecchiamento:

- fattori genetici: anche il sesso può essere un fattore predisponente (il maschio invecchia più precocemente);
- educazione e livello culturale che consentono di trovare più facilmente delle alternative di vita alla pensione, di creare delle strategie di sopravvivenza;
- benessere economico;

- interazione e comunicazione;
- comparsa di malattie invalidanti: l'anziano vive come intrinseca la sua malattia, il suo vissuto è che la malattia appartenga al suo destino;
- stile personale di vita, cioè subire o vivere la vita;
- appartenenza ad un nucleo socio-familiare, cioè un gruppo: mediante atteggiamenti di conferma o svalutativi, evidenzia gli aspetti positivi e negativi della condizione di vecchiaia;
- eventi drammatici: ad esempio la scomparsa di figure di riferimento;
- sradicamento dal proprio luogo di origine.

Se è vero che il tempo cronologico determina l'involuzione del sistema biofisiologico dell'uomo, è anche vero che esiste un tempo psicologico, percepito e scandito dal proprio "vissuto". Inoltre, la perdita del ruolo lavorativo, e spesso anche dei ruoli familiari, le difficoltà economiche, la stessa constatazione del proprio declino psico-fisico, pongono continuamente l'anziano in un profondo conflitto di autostima, con involuzione e regressione psichica.

3. Anziano, disabilità e qualità di vita

La condizione di disabilità, secondo la definizione data dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), consiste nella “riduzione o perdita di capacità funzionali o di svolgere attività, conseguenti ad una menomazione”, che può essere di tipo anatomico, psicologico o funzionale.

La perdita di autonomia funzionale tra le persone di 65 anni e oltre interessa quasi un anziano su cinque (sono circa due milioni) e se si analizzano le principali caratteristiche della popolazione di disabili presente nel nostro Paese, emergono due aspetti:

1. differenze di genere piuttosto marcate con un netto svantaggio per il sesso femminile.
2. la presenza di un considerevole numero di anziani tra i disabili, con prevalenze che aumentano proporzionalmente al crescere dell’età.

Le donne hanno un’aspettativa di vita più lunga rispetto a quella degli uomini, ma allo stesso tempo è maggiore il numero degli anni che saranno vissuti in condizioni di disabilità, con scarsa o nulla autosufficienza. Tuttavia, lo svantaggio femminile non può essere giustificato unicamente con la maggiore longevità, dato che emerge in tutte le fasce d’età messe a confronto. Le differenze tra i due sessi cominciano ad essere evidenti in misura più consistente dopo i 55 anni, si acuiscono dopo i 70, per raggiungere il massimo tra le persone che hanno più di 80 anni.

Gli effetti della comorbilità (presenza di patologie multiple) e della disabilità si concentrano negli ultimi anni di vita. Malattie cardiovascolari e tumori rappresentano il 70% delle cause di morte in età senile, mentre le cause di disabilità vanno ricercate tra le malattie cronico-degenerative quali demenze e osteoartropatie, alle quali dedicheremo uno specifico paragrafo del presente rapporto.

La relazione tra mortalità, morbilità e disabilità ha importanti conseguenze sulla qualità della vita degli anziani, sull’impegno gestionale delle reti d’intervento, sull’organizzazione del modello di intervento sanitario e assistenziale e sulla conseguente spesa sociale.

Fattori fisici, psichici, relazionali, sociali e spirituali concorrono insieme a determinare lo stato di benessere o di malessere del soggetto anziano: questa consapevolezza determina la necessità che una valutazione delle condizioni dell’anziano non possa

prescindere dall'approfondire le diverse dimensioni che concorrono a creare lo stato di "salute" e, dunque, l'opportunità di servirsi di strumenti di valutazione multidimensionale per poi intervenire negli aspetti di cura.

I principali problemi cui rivolgere l'attenzione sono rappresentati da:

- autosufficienza e bisogni assistenziali
- qualità della vita
- isolamento sociale
- demenza
- cadute, fattori di rischio correlati con le cadute, e loro impatto sullo stato fisico
- assunzione di farmaci, con particolare riguardo ai farmaci cui è associato un rischio di cadute, così come all'assunzione di farmaci che sono controindicati nell'anziano
- stato vaccinale

A. Autosufficienza e bisogni assistenziali

Per valutare l'autosufficienza, è stato sviluppato un sistema basato sull'utilizzo di una scala standardizzata di valutazione funzionale riconosciuta a livello internazionale: la scala delle ADL (Activities of Daily Living - Attività della Vita Quotidiana).

La scala ADL è costituita da una serie di quesiti che prevedono diversi gradi di difficoltà: da una parziale autonomia ad una difficoltà maggiore, fino ad arrivare all'incapacità di compiere una determinata funzione senza l'aiuto di altre persone. Si tratta di un test abbastanza semplice, che dà un'idea precisa sul grado di autosufficienza del soggetto; esso si articola in 6 punti: il primo riguarda la capacità che il soggetto ha di lavarsi; il secondo è relativo alla capacità di vestirsi; il terzo concerne l'uso dei servizi igienici; il quarto riguarda i trasferimenti; al quinto punto vi sono i problemi di incontinenza; infine, nel sesto punto si fa riferimento all'alimentazione. Ad ogni risposta corrisponde un punteggio stabilito sulla base della dipendenza/indipendenza nello svolgimento della specifica attività. Chiaramente, un punteggio totale crescente indica un grado maggiore di disabilità.

Esiste spesso una notevole sovrapposizione tra le ADL (una persona incapace in una attività è frequentemente incapace di effettuare altre attività), per cui è possibile utilizzare un set minimo di ADL principali (camminare, lavarsi, utilizzare il bagno,

vestirsi, mangiare, urinare) per ottenere misure adeguate del livello di dipendenza, classificandolo come grave (persone non in grado di effettuare tutte queste attività), lieve (persone incapaci di effettuare almeno una ADL), o autosufficienza (persone capaci di effettuare tutte le ADL).

Il livello di autosufficienza viene calcolato con l'indice di Katz al fine di classificare gli intervistati in:

- autosufficienti, persone in grado di effettuare da sole tutte le attività della vita quotidiana
- parzialmente dipendenti, persone incapaci di effettuare almeno un'attività della vita quotidiana, escludendo il fare il bagno e/o vestirsi
- gravemente dipendenti, persone incapaci oltre a lavarsi o vestirsi, di andare al bagno da soli, spostarsi da una stanza all'altra, mangiare, trattenere le urine.

In Italia i dati disponibili sull'autosufficienza sono attualmente limitati, soprattutto a livello regionale. Tra le persone al di sopra di 64 anni, la percentuale stimata di gravi non autosufficienti oscilla intorno al 20%, con una forte differenza tra le età (al di sopra degli ottanta anni può raggiungere il 50%).

In risposta all'emergere di questi nuovi bisogni il Ministero per la Salute ha elaborato il Progetto Obiettivo Anziani che individua le azioni prioritarie e strategie differenziate di offerta assistenziale, chiamando le Regioni e le ASL a pianificare l'assistenza. Per attuare questo compito è necessario che le Regioni dispongano di informazioni epidemiologiche adeguate.

B. Qualità della vita

Benché il concetto di qualità della vita sia difficilmente definibile, sono stati messi a punto metodi per misurarla in relazione allo stato di salute percepito come "stare bene" complessivamente, riferito ad un arco di tempo definito, in modo da far emergere quelle condizioni che, pur non provocando un aumento della mortalità o dei ricoveri, incidono sulla salute intesa in senso lato, secondo la definizione dell'OMS del 1948 (*La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non solamente l'assenza di malattia o infermità*).

Uno dei metodi maggiormente utilizzati è quello dei “giorni in salute” (healthy days). Si tratta di un metodo diretto, in cui la stima viene effettuata chiedendo ad un campione rappresentativo di popolazione quale sia stata la proporzione di giorni trascorsi in cattiva salute in un arco di tempo definito (per esempio il mese precedente l'intervista). Il livello di qualità di vita in relazione allo stato di salute percepito viene misurato individuando il numero dei giorni trascorsi in cattiva salute per motivi fisici e/o mentali ed il numero di giorni con limitazione delle normali attività della vita quotidiana. La qualità della vita valutata con questo metodo risulta fortemente correlata a vari fattori tra cui: lo stato mentale, la qualità dell'ambiente di vita, l'accesso alle cure, la presenza di malattie croniche, lo “stile di vita” in generale.

Nell'individuo che invecchia, l'attività fisica, induce sempre una attivazione globale dell'organismo influenzando positivamente sul processo di senescenza biologica.

C. Isolamento sociale

In passato, l'organizzazione di tipo patriarcale, che era comune nelle famiglie italiane, assegnava all'anziano un ruolo che lo rendeva utile alla famiglia e gli assicurava nello stesso tempo l'assistenza di cui aveva bisogno.

Attualmente oltre un quarto delle famiglie italiane è di tipo mononucleare, e spesso l'anziano non convive con nessun familiare, quindi l'invecchiamento si associa sempre di più alla solitudine. Inoltre, l'anziano che vive da solo sempre meno frequentemente può contare sul sostegno della cerchia dei familiari stretti. La solitudine, unita agli stati d'invalidità fisica ed alle turbe psichiche frequenti nell'anziano, porta all'emarginazione. Lo stato di solitudine e di abbandono è più frequente per le donne, che hanno una più lunga sopravvivenza rispetto agli uomini.

D. Demenze

Le demenze rappresentano un importante problema sanitario e sociale, che, considerato il progressivo invecchiamento della popolazione, è destinato ad avere un peso sempre maggiore.

In Italia, secondo i dati raccolti nello Studio longitudinale sull'Invecchiamento (Studio ILSA) la prevalenza della demenza nella popolazione italiana di 65 e più anni è risultata del 6,4% (5,3% nei maschi e 7,2% nelle femmine). Tali percentuali aumentano rapidamente con l'invecchiare della popolazione, fino ad arrivare nella fascia di età 80-84 attorno al 20% per entrambi i sessi. Per quanto attiene ai nuovi casi, lo studio ILSA stima l'incidenza della malattia in 127 casi l'anno ogni 100.000 abitanti per le persone di più di 60 anni.

E. Cadute

Le cadute nell'età avanzata sono un evento temibile, sia per le possibili conseguenze di ordine traumatico (come fratture, traumi cranici), sia per le ripercussioni di ordine psicologico. Queste ultime sono caratterizzate dall'insicurezza e quindi dalla tendenza ad un progressivo isolamento, alla riduzione delle attività quotidiane e dei rapporti interpersonali.

Dai dati ISTAT relativi all'indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" si stima che, nel 1999, l'incidenza annuale di incidenti domestici era 19,3 per mille per le persone di 65 anni o più e che le cadute rappresentano il 44% di questi incidenti (8.5/mille). E' stato stimato che i decessi attribuibili a cadute in Italia sono circa 7.500, di cui la maggioranza si verificano tra gli anziani; mentre, la gran parte dei circa 1.800.000 accessi al pronto soccorso e dei 200.000 ricoveri dovuti ad incidenti domestici, riguardano cadute degli anziani.

Altro aspetto importante nella genesi delle cadute degli anziani è l'assunzione di alcune categorie di farmaci come gli antipertensivi, gli antidepressivi, gli ipnotici/sedativi.

F. Assunzione di farmaci

In Italia, quasi il 40% della spesa farmaceutica è a carico delle persone di età maggiore di 65 anni. L'uso inappropriato di farmaci è comune tra gli anziani; la farmacotossicità può instaurarsi più facilmente in questo gruppo di età a causa di problemi metabolici e di escrezione, mentre le interazioni possono provocare gravi effetti collaterali. In questo caso, una delle possibili conseguenze è l'aumentato rischio di cadute. Senza trascurare il

fatto che quando, oltre alle alterazioni delle capacità intellettiva e visiva, si considerino la somiglianza nelle dimensioni, nel colore e nella forma di molti medicinali, risulta evidente quanto maggiore sia la possibilità di sbagliare nell'assumere i farmaci.

G. Vaccinazioni

Le strategie di vaccinazione adottate per le età pediatriche hanno drasticamente ridotto l'incidenza di molte malattie infettive; non sono state parimenti efficaci quelle offerte alla popolazione adulta, in cui malattie prevenibili con la vaccinazione, quali l'influenza, rappresentano tuttora una proporzione sostanziale della morbosità e mortalità, soprattutto in soggetti di età avanzata. L'offerta di alcune vaccinazioni alla popolazione anziana è quindi rilevante per lo stato di salute in questa fascia d'età, le cui caratteristiche organizzative devono necessariamente tenere conto delle difficoltà di accesso ai servizi tipiche di questa fascia di età e delle particolari condizioni di salute dell'utenza (ridotto livello di autonomia o disabilità).

4. Le dimensioni della non autosufficienza

Le politiche e gli interventi rivolti alle persone non autosufficienti in Italia si debbono confrontare oggi con un doppio ordine di problematiche, presenti in misura differenziata nei vari contesti regionali: quella geo-istituzionale e quella sociale. Con tali due termini si indica il fatto che le Regioni italiane nei loro interventi si differenziano per:

- intensità della domanda sociale di cura proveniente dalle famiglie con anziani non autosufficienti;
- grado di frammentazione del processo decisionale pubblico a livello locale.

Le tabelle 1 e 2 riportano a livello nazionale e della Regione Puglia alcuni dei principali indicatori, diretti ed indiretti, di domanda sociale da parte delle famiglie. I dati sono illustrati, partendo dagli anni '70 fino ad oggi per mostrare come l'entità della domanda sociale si sia innalzata. A livello italiano gli anziani ultrasessantacinquenni rappresentano oggi quasi un quinto della popolazione (19.5% nel 2006). Nel 1971 tale valore era molto più vicino ad un decimo (11,3%). In termini relativi quindi l'incidenza degli anziani è quasi raddoppiata. L'aumento delle persone anziane risulta anche più accentuato se prendiamo in considerazione la fascia di età superiore agli 80 anni: sono il 5% le persone *over 80* presenti attualmente in Italia, mentre esse rappresentavano solo il 2.1% della popolazione nel 1971.

Tabella 1: Indicatori della domanda sociale degli anziani: Italia

Indicatori	Anni		
	1971	2001	2006
Indice di vecchiaia	46.1	127.1	139.9
% popolazione > 65 anni	11.3	18.2	19.5
% popolazione > 80 anni	2.1	4.1	5.0*
Numero medio componenti famiglie	3.3	2.6	2.5*
% famiglie con 1 solo componente	12.9	24.9	25.4**
Tasso % occupazione femminile	18.4	32.8	32.8**

* Dato 2005

** Dato 2003

Fonte: ISTAT, Annuario statistico 2006, Italia in cifre, 2007, Indagine sulle forze lavoro, 2007

Tabella 2. Le caratteristiche della domanda sociale nell'età anziana in Puglia

<i>Indicatori</i>	<i>2005</i>
Indice di vecchiaia	106.1
% popolazione > 65 anni	16.9
% popolazione > 80 anni	4.1
Numero medio componenti famiglie	2.8
% famiglie con 1 solo componente	20.6
Tasso % occupazione femminile	21.2

Fonte: idem

Nel 2005 gli *over 65* pugliesi erano il 17% della popolazione e si stavano avvicinando progressivamente a quella di un quinto (20%). Gli *over 75* hanno superato la soglia del 4%. L'indice di vecchiaia presenta valori inferiori alla media nazionale anche se ha superato il 100%.

Se da un lato la popolazione anziana aumenta in termini assoluti e relativi, dall'altro diminuisce la capacità di copertura da parte della principale agenzia sociale che in Italia assolve a buona parte dei compiti di cura ed integrazione sociale, e cioè la famiglia. L'ultimo trentennio ha fatto registrare un *trend* crescente di restringimento dell'ampiezza dei nuclei familiari italiani che sono passati dalle 3,4 unità del 1971 alle 2,6 del 2001. La minore capacità familiare di intervento nel caso di bisogni di cura, fra cui quindi anche la non autosufficienza, è del resto influenzata dalla crescente presenza femminile sul mercato del lavoro, visto che le donne hanno rappresentato la figura cardine nei sistemi di *welfare* mediterranei, basati appunto su una divisione del lavoro familiare con l'uomo impegnato nel mercato del lavoro e la donna nelle funzioni di riproduzione sociale all'interno della famiglia, e cioè la cura e l'accudimento di figli ed anziani, (c.d. modello della famiglia con maschio *breadwinner*).

Nel 2005 in Puglia oltre il 21% delle donne aveva una occupazione, una percentuale superiore a quella registrata nei decenni precedenti. A questo occorre aggiungere che anche la capacità di intervento della famiglia appare più limitata. L'ampiezza media dei nuclei familiari è infatti pari a 2,8 (rispetto al 2,5 nazionale). Complessivamente il quadro di crescita assoluta e relativa degli anziani in un contesto di diminuzione della risposta da parte della famiglia appare abbastanza netto nel caso pugliese anche se ancora molto distante come tendenza dal quadro nazionale o di alcune regioni come l'Emilia-Romagna, la Toscana e la Lombardia.

Dal confronto fra le due tabelle emergono alcune differenze sostanziali fra la realtà pugliese e le tendenze a livello nazionale:

- pur essendo abbastanza simile la percentuale di ultrasessantacinquenni e ultraottantenni, minore è nel caso pugliese il valore dell'indice di vecchiaia, a causa del peso relativamente maggiore delle classi più giovani di età;
- le famiglie composte da una sola persona sono un quinto del totale, mentre il dato nazionale è di oltre un quarto;
- e, soprattutto, è netta la differenza per quanto riguarda il tasso di occupazione femminile: solo una donna su 5 lavora in Puglia, rispetto ad una su tre nel resto del paese.

Caratteristiche demografiche e basso accesso al mercato del lavoro per la componente femminile permettono di caratterizzare la Puglia come una regione con una forte presenza di sistemi familiari di assistenza alle persone anziane e non autosufficienti. La famiglia e la donna, in particolare, sono destinate ad assumere un ruolo di caregiver che in altri contesti è delegato alle strutture residenziali o alla rete dei servizi.

Partendo dalle caratteristiche della popolazione anziana, l'ISTAT con una serie di ricerche ha tentato di stimare quanto sia diffuso il rischio di non autosufficienza al suo interno. Nell'Indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" del 1999/2000 l'istituto di statistica stimava che circa un quinto degli anziani in Italia avesse problemi di disabilità (19,6%), pari a quasi 2.000.000 di persone.

La disabilità risultava più diffusa con il crescere dell'età, passando ad una incidenza del 33,4% fra gli over 75 e del 47,5% fra gli ottantenni.

La valutazione della dimensione della non autosufficienza dell'ISTAT non disaggregava i dati a livello regionale, ma si limitava ad una ripartizione territoriale. Il Nord Italia era alla fine del secolo l'area del Paese con minore l'incidenza fra gli anziani di persone con problemi di disabilità (poco meno del 17%). Questo valore aumentava per il Centro (18,1%), fino a raggiungere il 24% per il Sud Italia (quasi un anziano ogni quattro).

La stima dell'ISTAT per il 1999/2000 sulla disabilità utilizzava una definizione relativamente ampia di tale fenomeno, includendo quindi anche tutta una serie di casi medio-leggeri di disabilità.

L'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) ha cercato di meglio quantificare l'area della non autosufficienza mediograde e grave a partire dai dati ISTAT ed è giunta ad una stima pari a circa il 10,9% della popolazione anziana.

Secondo l'ASSR fra la popolazione anziana poco più di un decimo ha problemi di non autosufficienza medio-grave e grave ed un altro 8% circa presenti disabilità più leggere, seppur non trascurabili.

Le seguenti tabelle 3 e 4 sono utili per valutare la possibile incidenza effettiva dei non autosufficienti all'interno della popolazione anziana, italiana e pugliese.

Tabella 3. Incidenza della disabilità nelle persone anziane. Italia 1999/2000

Classi di età	n.	Disabili	Tasso di disabilità in %
Oltre 65 anni	10.049.000	1.967.000	19,6
Oltre 75 anni	4.281.000	1.430.000	33,4
Oltre 80 anni	2.029.000	963.000	47,5

Fonte: Elaborazione dati indagine Multiscopo ISTAT «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari», 1999/2000.

Tabella 4. Incidenza della disabilità nell'età anziana – dati per ripartizione geografica

Ripartizione	Tasso di disabilità (%)
Nord-Ovest	16,8
Nord-Est	16,9
Centro	18,1
Sud	24,0
Italia	19,6

Fonte: Idem

Nel marzo 2007 è uscita l'indagine multiscopo ISTAT "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari" relativa all'anno 2005 che è la valutazione più recente disponibile sulle dimensioni della disabilità in Italia. Secondo questo studio le persone con disabilità sono 2 milioni e 600 mila, di cui 2 milioni persone anziane. Considerando il tasso standardizzato per età la disabilità risulta in declino negli ultimi anni (dal 5,7% della popolazione nel 1995 al 4,75% del 2005). Questo declino è significativo anche per la popolazione anziana (gli anziani disabili sono il 18,8% degli ultrasessantacinquenni, e il 44,5% degli ultraottantenni).

Nel 2005 ISTAT stimava che il 10,3% delle famiglie avesse almeno un componente con problemi di disabilità e questa percentuale salisse al 12,2% per il Sud Italia. Il quadro dell'assistenza a domicilio di cui usufruiscono le famiglie con persone disabili è fortemente differenziato a livello territoriale. Nel Nord e nel centro del paese oltre il 20% delle famiglie con disabili si avvale di servizi di assistenza domiciliare sanitaria o sociale, mentre al Sud si scende al 16,8%. Oltre il 40% delle famiglie con disabili nel Sud avrebbe bisogno di assistenza sanitaria a domicilio.

Un'osservazione dall'indagine multiscopo ISTAT del 2005 utile ai nostri fini è quella relativa alle dimensioni della cronicità. Il Sud e le Isole presentano i tassi più elevati per le patologie croniche gravi e la disabilità. Le persone con almeno una disabilità cronica grave sono il 12,4% nell'Italia Nord-Occidentale (tassi standardizzati) e il 14,3% nell'Italia Meridionale.

Soffermandoci sulla Puglia, si rileva che tra le persone di 6 anni e più il 6,2% sia in condizioni di disabilità (Italia 4,8%), il 2,8% confinato in casa (Italia 2,1%), il 3,2% abbia difficoltà di movimento (Italia 2,3%) e il 3,9% soffra di disabilità nelle funzioni (Italia 3,0%).

Un ultimo dato fa particolarmente riflettere: la percentuale di disabili tra le donne anziane del Sud (oltre i 65 anni) sfiora il 30%, mentre nel resto del paese questo dato scende al 19,5%.

La seguente Tabella 5 riporta il confronto fra la distribuzione della popolazione residente al 1° gennaio 2005 per classi di età nel Comune di Andria e quella della Provincia di Bari e dell'intera Regione Puglia.

Risulta evidente la minore incidenza della popolazione di oltre 65 anni ad Andria rispetto al resto della provincia e della regione, nonostante la quota percentuale della popolazione fra i 15 e i 64 anni sia sostanzialmente simile. Il basso valore della percentuale degli ultrasessantacinquenni ad Andria (13,16%) risente, in effetti, soprattutto dell'alta percentuale di giovani fra 0 e 14 anni presente sul proprio territorio.

Tabella 5. Distribuzione della popolazione per classi di età. Anno 2005

classi di età	Andria		Provincia di Bari		Regione Puglia	
	n.	%	n.	%	n.	%
0-14	18.553	19,05%	261.705	16,42%	649.421	15,96%
15-24	13.415	13,78%	203.961	12,79%	520.213	12,79%
25-64	52.602	54,02%	877.264	55,03%	2.209.728	54,32%
15-64	66.017	67,79%	1.081.225	67,83%	2.729.941	67,10%
>65	12.812	13,16%	251.179	15,76%	688.805	16,93%
popolazione	97.382	100,00%	1.594.109	100,00%	4.068.167	100,00%

Fonte: Puglia in cifre, ed. 2006

La tabella 6 riporta, infine, gli indicatori di vecchiaia della popolazione di Andria, della provincia di Bari e della Regione Puglia accanto ad una stima della popolazione anziana non autosufficiente. Come previsto, l'indice di vecchiaia risulta nel confronto molto più

basso ad Andria (meno del 70% rispetto al 106% della Regione) con allo stesso tempo una minore presenza fra la popolazione anziana di ultraottantenni.

Tabella 6. Indici di vecchiaia e stima della popolazione anziana non autosufficiente. Anno 2005

	indice di vecchiaia	pop>80/pop>65	stima non autosufficienti (ISTAT)	stima non autosufficienti (ASSR)
Andria	69,1	22,7	2.409	1.397
Provincia di Bari	96,0	24,0	47.222	27.379
Regione Puglia	106,1	24,0	129.495	75.080

Il numero di anziani non autosufficienti stimato varia da 1.397, prendendo come riferimento la valutazione dell'ASSR (la percentuale di disabili gravi al 10,9% della popolazione anziana), a 2.409, secondo i criteri utilizzati dall'ISTAT (il 18,8% della popolazione anziana a livello nazionale presenta almeno una forma di grave disabilità). Poiché il fenomeno della disabilità fra le persone anziane è più diffuso, come abbiamo sottolineato, nelle regioni meridionali una valutazione corretta del fenomeno della non autosufficienza sul territorio di Andria si colloca più vicino alle indicazioni dell'ISTAT che a quelle dell'ASSR.

5. *Cronicità e non autosufficienza*

Le informazioni su questa importante relazione, soprattutto in ambito sanitario, sono ancora piuttosto carenti e raramente sono utilizzati dati di tipo epidemiologico. Tuttavia, in assenza di altre informazioni, può essere utile considerare quanto i dati ufficiali mettono a disposizione.

Tabella 7. Percentuale della popolazione per presenza di malattie croniche – Anni 1993-2000

Anno	Con una malattia cronica	Con due malattie croniche o più	Cronici in buona salute
1993	35,4	18,2	44,0
1994	35,4	18,1	47,1
1995	36,0	18,1	46,3
1996	36,9	18,8	47,8
1997	35,6	17,8	47,9
1998	33,5	16,6	47,0
1999	34,9	16,8	46,0
2000	36,1	18,7	45,8

Fonte:elaborazione Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici-Cittadinanzattiva su dati Istat, Indagine multiscopo, vari anni

Come si può verificare un italiano su tre è affetto almeno da una patologia cronica e un malato cronico su due dichiara di godere, comunque, di buona salute. Dal 1998 in poi sembra emergere una vera e propria inversione di tendenza, con una crescita tendenziale netta di quanti dichiarano di essere affetti da almeno una patologia cronica (+7,8%), e da due malattie croniche o più (+12,6%), e il decremento della percentuale di quanti, affetti da una patologia cronica, dichiarano di godere comunque di buona salute (-2,5%).

Tabella 8. Percentuale della popolazione con presenza di alcune malattie croniche – Anni 1993-2000

Anni	Diabete	Ipertensione	Bronchite cronica	Artrosi Artrite	Osteoporosi	Malattie del cuore	Malattie allergiche
1993	3,4	10,0	7,4	20,5	4,6	3,7	6,0
1994	3,4	9,7	6,9	19,7	4,6	4,0	6,3
1995	3,4	10,2	6,9	20,3	4,8	3,8	6,8
1996	3,4	10,3	6,9	20,6	5,2	3,8	7,2
1997	3,4	10,3	6,3	19,5	5,3	3,8	7,1
1998	3,5	10,3	6,0	17,8	5,0	3,7	6,6
1999	3,5	11,1	6,0	18,1	5,3	3,8	7,7
2000	3,8	12,1	6,4	19,0	6,4	3,9	8,1

Fonte: idem

Se consideriamo i dati relativi agli ultimi tre anni rilevati, tutte le patologie croniche sembrano essere interessate ad una crescita tendenziale della loro incidenza. Gli scarti percentuali sono, peraltro, tutti di un certo rilievo, anche se corre una differenza significativa tra quanto rilevato per le malattie del cuore, di poco superiore al 5%, e quanto rilevato per l'osteoporosi, che fa registrare una variazione del 28%.

Tabella 9. Popolazione con presenza di alcune malattie croniche. Anni 1993-2000. Incrementi percentuali rilevati nel corso degli ultimi tre anni

Patologia cronica	Incremento (%)
Diabete	8,5
Ipertensione	17,4
Bronchite cronica	6,0
Artrosi/artrite	6,7
Osteoporosi	28,0
Malattie del cuore	5,4
Malattie allergiche	22,7
Disturbi nervosi	13,1
Ulcera gastrica o duodenale	20,0

Fonte: idem

Altre informazioni si possono ricavare da una elaborazione del CENSIS sulla base di dati ISTAT, Ministero della sanità, Istituto Auxologico Italiano, Associazione italiana Malattia di Alzheimer, Associazione Italiana Sclerosi Multipla.

Tabella 10. Malattie a forte impatto assistenziale

Patologia	Soggetti coinvolti (anni 1998-2000)
Alzheimer	500.000
Nefropatie croniche	39.000
Sclerosi multipla	50.000
Soggetti gravemente disabili	923.000
Anziani (oltre 65 anni) disabili	1.874.000

Fonte: elaborazione Censis 2000 su dati Indagini Multiscopo, ISTAT, Ministero della sanità, Istituto Auxologico Italiano, Associazione italiana Malattia di Alzheimer (Aima), Associazione Italiana Sclerosi Multipla (Aism)

Particolarmente significativi appaiono, ancora una volta, i dati relativi all'Alzheimer e alle disabilità. Per quanto riguarda quest'ultima area, la tabella successiva fornisce ulteriori e preziose informazioni sul legame tra le stesse disabilità e le patologie croniche.

Tabella 11. Malattie croniche e disabilità in persone di 65 anni e più. Anni 1999-2000

Malattie croniche presenti	Disabilità (%)
Nessuna malattia cronica	5,6
Almeno una malattia cronica grave	64,5
Tre o più malattie croniche	69,9

Fonte:elaborazione Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici-Cittadinanzattiva su dati Istat, Indagine multiscopo, 1999-2000

L'impatto delle disabilità sulla vita degli individui cambia, come è ovvio, anche in relazione alla età. La tabella successiva rende conto della situazione per persone che abbiano superato i 65 anni di età. Al di là della disarticolazione delle diverse forme di disabilità, con il ruolo prevalente di quelle che riguardano le funzioni e il movimento, colpisce il dato relativo al confinamento dell'individuo presso il proprio domicilio, cioè le disabilità che impediscono, di fatto, all'individuo che ne è vittima di lasciare la propria abitazione. Nel 43% dei casi queste situazioni si traducono in anni di vita trascorsi a letto o su una sedia.

Tabella 12. Presenza e tipo di disabilità in persone di 65 anni e più. Anni 1999-2000

Tipo di disabilità	%
Confinamento individuale	8,9
• a letto	1,9
• su una sedia	2,0
• a casa	5,0
Disabilità nelle funzioni	12,4
Difficoltà nel movimento	9,5
Difficoltà di vista, udito, parola	4,4

Fonte: idem

Di seguito sono sintetizzate le caratteristiche delle principali patologie croniche e la valutazione della loro prevalenza sul territorio nazionale.

A. Alzheimer

La malattia di Alzheimer è una malattia organica dovuta alla morte progressiva e irreversibile di cellule cerebrali, che perdono la capacità di comunicare tra loro. Viene limitata, cioè, la capacità associativa delle diverse aree della corteccia cerebrale. Nelle fasi terminali della malattia, la progressiva povertà cellulare si traduce in atrofia. La causa della malattia è ancora sconosciuta. La malattia di Alzheimer non ha nulla a che fare con l'arteriosclerosi del cervello, anche se l'arteriosclerosi può essere causa di un'altra forma di demenza (la demenza vascolare), e non è un tumore. Nella maggioranza dei casi, è una malattia sporadica (cioè non a carattere familiare).

La malattia di Alzheimer è la demenza più comune, costituendo circa il 50-70% di tutte le forme di demenza; in Italia si stima che esistano circa 600.000 malati di Alzheimer, essendone colpiti l'1% dei 65enni e il 30% degli 80enni. Tra i malati, le donne sono in maggior numero essendo più elevata la loro attesa di vita.

La prevalenza della demenza in Italia è pari al 6,4%, inferiore nel mondo solo a quella del Giappone (6,7%); non a caso in Italia l'età media è la più alta del mondo, con il 25% dell'intera popolazione di età superiore ai 60 anni.

Si stima che ogni anno compaiano in Italia 60/80.000 nuovi casi di malattia di Alzheimer.

Nella terza fase evolutiva della malattia il malato è completamente dipendente dagli altri. Le funzioni intellettive sono gravemente compromesse, compaiono difficoltà nel camminare, rigidità degli arti, incontinenza urinaria e fecale, le espressioni verbali sono

ridotte a ripetizioni di parole dette da altri, o ripetizione continua di suoni o gemiti, o addirittura compare mutismo. Possono manifestarsi comportamenti infantili, come portare ogni cosa alla bocca o afferrare qualunque oggetto a portata di mano. Spesso il malato si riduce all'immobilità, e la continua costrizione al letto fa insorgere piaghe da decubito e contratture muscolari.

Il decorso della malattia causa una progressiva compromissione della qualità della vita della persona malata e dell'intero nucleo familiare.

Il quadro italiano su questa malattia è sintetizzabile nei seguenti aspetti:

- più dell'80% dei pazienti vive al domicilio, accudito prevalentemente dai familiari;
- secondo stime recenti il costo annuo (diretto) per paziente assistito in famiglia si aggira sui 40.000 euro;
- il caregiver (nella maggior parte donne tra i 50 e i 60 anni) se occupato è costretto a lasciare il mondo del lavoro per accudire il malato, e perde la salute nel 60% dei casi, diventando a causa di ciò un "costo" (sociale) indiretto della malattia;
- risulta chiaro che la malattia di Alzheimer è un grave, reale problema sociale.

Per quanto riguarda i servizi, in alcune regioni, molto faticosamente, si prosegue nella costruzione della rete (come in Toscana ed in Emilia Romagna): piccoli passi verso un percorso di cura e assistenza dignitoso e rispettoso dei bisogni del malato e della famiglia. In altre, come la Lombardia, si punta a sostituire la rete dei servizi con i voucher, e in altre, soprattutto le regioni del sud, i servizi di assistenza sono inesistenti, le famiglie lasciate completamente sole nell'affrontare il problema non solo dal punto di vista assistenziale, ma anche sotto il profilo medico-scientifico.

B. Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva

La BPCO (BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva) è una malattia che consiste in un'ostruzione irreversibile delle vie aeree che si manifesta clinicamente con tosse e catarro cronici e progressiva mancanza di respiro, prima da sforzo poi, nei casi gravi, anche a riposo. La BPCO è una malattia multifattoriale, determinata da elementi genetici, comportamentali e ambientali. Il più importante fattore di rischio è il fumo di sigaretta. Notevole importanza è inoltre assunta dall'inquinamento ambientale.

Nonostante la sua gravità, risulta essere una malattia poco visibile e quasi sconosciuta. Eppure:

- la mortalità da BPCO è pesante: rappresenta la quarta causa di morte a livello mondiale e, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, salirà al terzo posto entro il 2020;
- oggi, in Italia, la BPCO uccide almeno 50 persone al giorno, circa 18.000 l'anno;
- secondo un'indagine Eurisko (giugno 2004), la BPCO colpisce 4 milioni di persone;
- secondo l'Istat la BPCO è la quarta causa di malattia cronica in Italia;
- solo il 25% delle persone con BPCO dispone di una diagnosi corretta, spesso questa arriva con grave ritardo, allontanando nel tempo le possibilità di terapia e prevenzione delle complicanze;
- la BPCO è al quarto posto nella graduatoria delle cause di ricovero ospedaliero (130.000 ricoveri ogni anno, con una degenza media di 10 giorni);

Le difficoltà respiratorie causano limiti significativi in molti campi della normale vita quotidiana. La mancanza di respiro interferisce con i più semplici gesti giornalieri, come vestirsi, lavarsi, parlare, può causare disturbi del sonno e può indurre un progressivo stato di invalidità.

Il limite più importante posto dalla malattia riguarda l'esercizio fisico, che influisce sulle normali attività quotidiane lavorative o di svago, sui rapporti sociali e familiari, ecc.

La BPCO ha un forte impatto socio-economico a causa del fatto che è una malattia cronica progressiva ed invalidante.

C. Diabete

Il diabete mellito è una condizione cronica caratterizzata da un aumento permanente o intermittente della glicemia al di sopra dei valori normali. La diagnosi di diabete attualmente è basata su una glicemia venosa a digiuno uguale o superiore a 126 mg/dl, o uguale o superiore a 200 mg/dl a due ore da un carico orale di glucosio (75 g.).

La causa del diabete continua ad essere sconosciuta, anche se l'attenzione degli studiosi è sempre più attratta da una serie di fattori: l'aumento dei casi di obesità, l'aumento dell'età media e dell'aspettativa di vita, uno stile di vita più sedentario.

Esistono due forme principali di diabete:

1. il diabete di tipo 1 (conosciuto come diabete insulino-dipendente): il pancreas non produce l'ormone insulina, essenziale per la sopravvivenza, e il paziente si vede costretto a introdurre dall'esterno tale ormone. Questa forma è più comune nei bambini e negli adolescenti, anche se nuovi studi epidemiologici dimostrano che tale forma è ora in aumento anche in età più avanzata;
2. il diabete di tipo 2 (conosciuto come diabete non insulino-indipendente): causato da una inadeguata capacità corporea a rispondere adeguatamente all'azione dell'insulina prodotta dal pancreas. Colpisce prevalentemente gli adulti ma, secondo i più recenti studi, a causa di fattori quali l'obesità infantile questa forma sembra in aumento anche negli adolescenti.

Il diabete è una malattia frequente, interessa circa il 4% della popolazione e si stima che a fronte di un 2% noto ve ne sia almeno un altro 2% non diagnosticato.

Secondo stime e proiezioni recenti sul periodo 1994-2010, l'OMS parla di triplicazione a livello mondiale dei casi di diabete mellito di tipo 2. In Italia, nel 2030, si stima che i malati di diabete saranno 5 milioni e 400 mila.

D L'osteoporosi

L'osteoporosi è una malattia delle ossa, caratterizzata da una bassa massa ossea, provocata dalla riduzione della componente minerale dell'osso (essenzialmente sali di calcio), e da un'alterazione strutturale del tessuto osseo, con assottigliamento e perdita delle trabecole dell'osso spugnoso e con la conseguente formazione di spazi vuoti anormalmente ampi (da cui il nome della malattia, che significa appunto "osso poroso").

L'osteoporosi si sviluppa lentamente, spesso senza dare segno di sé fino all'improvvisa comparsa di una frattura. La principale conseguenza dell'osteoporosi è la fragilità ossea e quindi la maggior suscettibilità alle fratture - tipicamente di polso, vertebre o femore - anche per traumi di minima entità.

La forma più grave di osteoporosi è quella in cui si siano verificate fratture da fragilità ossea, sia per le inevitabili conseguenze che queste comportano, sia perché numerosi studi hanno messo in evidenza che l'avvenuta frattura espone ad un rischio maggiore di nuove fratture (soprattutto a livello vertebrale). Le fratture di vertebra, di cui solo una su due viene diagnosticata, provocano dolore cronico, incurvamento della colonna

(cifosi) e perdita di altezza. Le fratture di femore si accompagnano anche ad una aumentata mortalità.

L'osteoporosi colpisce soprattutto le donne dopo la menopausa. Tuttavia anche gli uomini sono colpiti da osteoporosi. Si calcola che dal 20 al 30% degli uomini dopo i 65 anni abbia una frattura vertebrale.

Infine, va sfatato il concetto “osteoporosi = terza età”, in quanto anche persone giovani, ragazzi e bambini possono essere colpiti da questa malattia. Infatti, l'osteoporosi può complicare molte malattie che si manifestano proprio dall'infanzia (artrite reumatoide giovanile, fibrosi cistica, distrofia muscolare, leucemie) e si accompagna all'uso di alcuni farmaci anche nei giovani (steroidi, immunosoppressori).

In Italia, ogni anno, si verificano circa 250.000 fratture da osteoporosi, di cui circa 70.000 del femore (le fratture di femore sono state circa 78.000 nel 2001).

Oggi una donna europea di 50 anni presenta un rischio di frattura di femore, nel resto della sua vita, del 17,5%.

L'osteoporosi è una malattia cronica che colpisce ben più delle ossa. Infatti, essa modifica le capacità fisiche, la percezione del proprio corpo, la salute psicologica, e la qualità della vita di una persona.

E. Il Parkinson

Il Parkinson è una malattia neurologica cronica degenerativa progressiva di origine sconosciuta che determina degenerazione e morte cellulare di particolari cellule del sistema nervoso, che secernono dopamina, neurotrasmettitore che regola numerosissime attività motorie e non motorie. La malattia diventa conclamata quando è distrutto più dell'80% delle cellule dopaminergiche.

La Sintomatologia motoria è costituita da bradicinesia, cioè rallentamento di tutti i movimenti, accompagnata, in proporzione differente per ogni paziente, da rigidità, tremore, instabilità dell'equilibrio, disturbi della postura; la sintomatologia non motoria, altrettanto variabile da persona a persona, è costituita da disturbi di diversi apparati (gastrointestinale, urinario, respiratorio), dolori diffusi e alterazioni sensitive, disturbi del sonno, talora disturbi dell'umore o della memoria....Il decorso naturale della malattia porterebbe a una progressiva e irreversibile acinesia (arresto totale dei movimenti automatici e volontari).

La fascia di età maggiormente colpita è quella di età compresa tra i 55 e i 70 anni; circa il 20% è al di sotto dei 50 anni. Sono numerosi gli anziani parkinsoniani, a causa dell'aumento della durata della vita media e alle migliori conoscenze diagnostiche.

In Italia: si valutano 250.000-300.000 persone colpite.

6. Il Piano Strategico Nazionale per la Salute degli Anziani

Il “Piano strategico nazionale per la salute degli anziani” è in corso di definizione a livello di Ministero della Salute e dovrebbe essere presentato entro il 2007. Secondo le indicazioni del Ministero, il Piano conterrà interventi a tutto campo per assicurare una vita migliore nell'età avanzata: “azioni per la casa, la mobilità e i trasporti, una migliore gestione dell'uscita dal lavoro, l'organizzazione dei quartieri in modo che le persone possano parlare e non sentirsi sole e il riordino dell'assistenza socio-sanitaria”.

Il Ministero della Salute e il Ministero delle Politiche Sociali stanno inoltre predisponendo un progetto obiettivo per la non autosufficienza, che verrà presentato nella prossima Legge Finanziaria e che definirà i livelli essenziali di assistenza per la non autosufficienza.

Dai materiali preparatori al Piano Nazionale ci sembra utile riprendere alcuni elementi di analisi.

1. A livello territoriale, le regioni più longeve nel 2006 sono:

- per gli uomini, le Marche (79,3 anni) la Toscana (79,1), l'Umbria (79,0 e la Puglia (78,8);
- per le donne, le Marche (85,0 anni), il Veneto (84,9), la Toscana (84,8) e la Sardegna (84,7).

Sui livelli minimi si trova:

- per gli uomini, la Campania (76,9 anni) con un divario superiore all'anno nei confronti delle regioni che immediatamente la precedono, la Sicilia e la Sardegna (78,0 per entrambe).
- per le donne, solo la Campania (82,6) e la Sicilia (82,9) detengono una speranza di vita alla nascita inferiore agli 83 anni, valore tuttavia ben superiore alla media riscontrabile tra i Paesi dell'Ue (81,9 nel 2005), a testimonianza dell'elevato livello di longevità conseguito in ogni parte del Paese.

A metà del 2006 gli individui con 65 anni e più rappresentano il 20% della popolazione (erano il 17% nel 1996), mentre i minorenni sono soltanto il 17% (18% nel 1996). I giovani fino a 14 anni sono il 14% (15% nel 1996), la popolazione in età attiva, 15-64 anni, è pari ai due terzi del totale (68% nel 1996).

Mentre l'età media della popolazione sfiora i 43 anni, aumentando di due anni rispetto al 1996, il rapporto tra le vecchie e le giovani generazioni raggiunge il 141% contro il 117% del 1996

Cresce il rapporto tra generazioni in età non attiva (minori fino a 14 anni e anziani di 65 anni e più) e generazioni in età attiva (15-64 anni), che passa dal 46% al 51%. Il carico strutturale dei soli ultrasessantaquattrenni sulla popolazione in età attiva passa dal 25% al 30%.

La regione dove risiede il maggior numero di anziani ultrasessantaquattrenni in rapporto al totale è la Liguria, con il 27%, quella dove risiede il maggior numero di minorenni è la Campania con il 21%.

Il progressivo invecchiamento della popolazione è comunque caratteristica comune a tutto il territorio nazionale, pur in presenza di una discreta variabilità interna.

2. Con gli anni la struttura per età italiana è destinata a modificarsi gradualmente in direzione di un ulteriore invecchiamento secondo le seguenti previsioni. Entro il 2030 la proporzione di giovani fino a 14 anni passa dal 14,2% al 12,2% mentre parallelamente aumenta sensibilmente, dal 20 % al 27%, il peso delle classi di età sopra i 65 anni e, all'interno di questa grande classe di età, quello degli 85enni e più (i cosiddetti grandi vecchi), dal 2% al 4,7%. In termini pratici, il rapporto tra anziani con più di 65 anni e popolazione complessiva passa da 1 ogni 5 del 2005 a 1 ogni 4 nel 2030. Nello stesso periodo, per quel che riguarda gli 85enni e più, il medesimo rapporto passa da 1 ogni 50 a 1 ogni 20 individui. Entro il 2050 il peso delle classi di età sopra i 65 anni aumenterà ulteriormente raggiungendo in percentuale il valore del 33,6% e, all'interno di questa grande classe di età, quello degli 85enni e più (i cosiddetti grandi vecchi), passerà dal 4,7% al 7,8% . Questo vuol dire che 1 italiano su tre avrà più di 65 anni.

3. La nostra società e l'insieme delle sue infrastrutture è stata costruita, spesso o troppo spesso, in modo caotico ed incoerente, per rispondere a bisogni ed esigenze oggi radicalmente mutati. Lo stesso modello di welfare, realizzato nel nostro paese con significativi ritardi rispetto ad altri paesi europei e dopo aspre lotte condotte dalle forze sociali e sindacali, è stato progettato avendo per riferimento un quadro societario ormai scomparso. Alla produzione seriale di tipo fordista è subentrata una nuova economia in

cui il valore aggiunto è dato sempre di più dalla produzione di beni immateriali. Alla progressiva specializzazione e automazione del ciclo produttivo si è inevitabilmente accompagnata una fortissima contrazione della forza lavoro impiegata che, insieme alla introduzione della flessibilità del rapporto lavorativo, ha radicalmente mutato l'ambiente di lavoro e di vita delle generazioni appartenenti alla seconda modernità.

Il tramonto del fordismo ha reso obsolescenti le stesse strutture societarie che su di esso si erano in gran parte modellate a partire dalla famiglia tradizionale che a quel sistema era funzionalmente e strettamente correlata.

La “famiglia estesa” tipica del mondo contadino e successivamente “riadattata” dal fordismo a cellula di riproduzione sociale, è ora un ricordo del passato e la sua fine ha inciso fortemente sui rapporti tra generazioni. Gli anziani in coppia o ancora più spesso singoli, si ritrovano, al termine della loro vita, nella triste e paradossale condizione o di essere assistiti da stranieri privi di adeguata preparazione e regolamentazione o a dover aspirare a convivere con i propri discendenti nel ruolo frustrante di “ausiliari domestici sentendosi spesso in colpa in quanto “inutili” o quel che peggio “di troppo”.

Parimenti problematica la condizione di coloro che vivono in solitudine per scelta o per mancanza di alternative possibili. La progressiva contrazione della loro autonomia indebolisce le reti sociali di sostegno e rende complessivamente “fragile” la loro condizione esistenziale. Se vissuta in solitudine, la fragilità richiede la presenza di una figura di care giver che sappia valorizzare tutte le risorse attivabili presenti nel territorio in cui vive l'anziano.

Alla solitudine si accompagna dunque il disagio e l'insicurezza generate da una società ostile, perchè indifferente ai bisogni degli anziani e strutturalmente inadeguata a soddisfare anche le più basilari necessità come il potere camminare in sicurezza per le vie del quartiere; riuscire ad utilizzare mezzi pubblici privi di barriere; risiedere in case che dispongano di tecnologie di supporto (case intelligenti) e con spazi e servizi comuni; intrattenere relazioni sociali in spazi pubblici come piazze, giardini, mercati rionali, luoghi di incontro. L'esatto contrario di quanto avviene ora dove: i quartieri sono invasi dalle macchine e sono privi di spazi meso (piazze, mercati rionali o stanze urbane) che facilitino e rendano possibile la socializzazione; i trasporti pubblici sono progettati e realizzati senza nessuna attenzione per gli anziani con il risultato che è spesso impossibile salirvi o trovarvi posto a sedere; le case sono antiquate dal punto di

vista strutturale e totalmente prive di alcuni presidi tecnologici che potrebbero facilitare enormemente la vita al loro interno: emblematica la mancanza degli impianti di climatizzazione negli appartamenti dei centri storici delle vecchie città la cui presenza avrebbe potuto impedire le stragi da ondate di caldo recentemente registrate.

4. L'isolamento e la povertà relazionale tuttavia non sono gli unici determinanti di quella condizione di fragilità che è attualmente caratteristica costitutiva e direi universale delle persone anziane. A questo si accompagna infatti una situazione altrettanto importante di deprivazione economica e di povertà relativa i cui effetti si sommano ai precedenti in una relazione quasi esponenziale.

Se dunque la media delle famiglie in condizioni di povertà relativa è pari nel 2004 all'11,7% delle famiglie residenti, quella delle famiglie costituite da un solo anziano over 65 è del 13,9% e quella con due anziani è del 17,3%. Lo stesso dicasi per le famiglie costituite da genitori soli e anziani che presentano povertà relativa nel 15% dei casi. Tale condizione è ancora più accentuata nel sud del paese dove le precedenti percentuali si elevano rispettivamente al 27,5% al 34,1% e al 29,7% con un andamento crescente rispetto all'anno precedente.

5. Il Ministero sottolinea che “la sfida maggiore che si presenta per i prossimi anni alle società civili è essenzialmente la riduzione del divario oggi esistente tra aspettativa di vita totale e aspettativa di vita attiva, priva di disabilità. Gli ultimi 5-7 anni di vita sono, infatti, caratterizzati da un rischio molto elevato di comorbidità e dipendenza”. Seppur è difficile trovare una definizione condivisa di non autosufficienza o di disabilità a livello europeo, la letteratura sull'argomento è concorde nel ritenere che ci si trovi di fronte ad una crescita della popolazione interessata dal fenomeno.

Secondo L'ISTAT nel 2005 il numero di persone disabili maggiori di 6 anni che vivono in famiglia sono 2.600.000 unità di cui 2/3 over 65 anni . Essi corrispondono al 4,8% della popolazione. Le differenze di genere mettono in luce uno svantaggio a carico del sesso femminile con un tasso del 6,1% rispetto al 3,3% del genere maschile e un incremento del fenomeno con l'aumento dell'età delle persone: 9,7% nella fascia di età tra 70-74 anni; 17,8% nella fascia tra 75-79 e infine 44,5% in quella over 80. Per quanto riguarda invece i disabili che non vivono in famiglia ma che risultano ospiti dei diversi

presidi residenziali, l'indagine più aggiornata è quella del 2000 condotta sempre dall'ISTAT sui presidi socio assistenziali, che indica in 169.000 il loro numero. In totale, dunque, il numero di disabili istituzionalizzati e non del nostro paese ammonterebbe a oltre 2 milioni e 800.000 unità.

Il problema della non autosufficienza può essere inserito all'interno di un fenomeno di più ampia portata, che è quello dell'aumento dei bisogni di cura socio-sanitari derivanti da situazioni di cronicità. Nel campo sanitario così come in quello assistenziale il sistema degli interventi pubblici è stato realizzato nel corso del tempo ipotizzando in genere situazioni di criticità di varia natura (malattie, bisogni sociali, etc.) in via di risoluzione in tempi medio-brevi o comunque, quando non risolvibili che in tempi più lunghi, numericamente limitati e contenuti. Si pensi alle modalità di azione nel campo sanitario, incentrate ancora in buona parte sulle strutture ospedaliere, in cui l'obiettivo primario è quello di affrontare le situazioni di crisi acuta. Ugualmente nel campo sociale l'assistenza ai non autosufficienti è stata in passato un problema relativamente più contenuto visto il limitato numero di persone coinvolte.

Negli ultimi decenni ed in particolare negli ultimi anni stiamo assistendo invece sempre più all'emergere di tutta una nuova serie di bisogni socio-sanitari che si caratterizzano proprio per la loro cronicità e durata prolungata, a cui un sistema sanitario basato su strutture ospedaliere, così come un sistema assistenziale basato sulla residenzialità o su trasferimenti alle famiglie, non è spesso in grado di rispondere in maniera soddisfacente. La generale diminuzione della mortalità e l'aumento della morbosità per principali tipi di malattie (tumori e cardiovascolari) spiegano in buona parte l'incidenza crescente di malati cronici e persone con disabilità. Nella sua analisi del 1999-2000 l'Istat stima che oltre un sesto della popolazione italiana sopra i sei anni sia affetta da almeno tre malattie croniche (17,7%) e oltre un decimo (12,4%) da almeno una malattia cronica grave. Seppur diffusa in diversi stadi della vita, la presenza di bisogni di cura da cronicità risulta infine più accentuata nelle fasce di età più adulte e nella terza e quarta età, facendo sì che all'interno della stessa popolazione vengano a sovrapporsi tipi differenti di bisogno.

Di fronte a questa analisi il Piano Nazionale assume alcune linee di intervento strategico, partendo dall'assunzione che "il processo dell'invecchiamento non può

essere lasciato al suo naturale divenire” e che “se opportunamente governato, potrà rappresentare non una minaccia alla nostra stabilità ma un momento di crescita del Paese.”

Per ottenere questa inversione di tendenza è assolutamente necessario un “investimento progettuale complessivo” da parte delle policies con la definizione di un agire politico orientato secondo precise direttrici:

- ridefinire il contesto urbanistico–abitativo: ristrutturando gli spazi di vita pubblici e privati in modo da favorire il mantenimento dell'autonomia individuale e la socializzazione; progettando nuove tipologie di abitazioni aggregate con un diverso rapporto tra spazi pubblici e privati e rendendo disponibili una serie di servizi personalizzati e diversificati in grado di facilitare la permanenza dell'anziano nel suo ambiente di vita domestico: pulizia della casa e aiuto domestico, cura della persona, fornitura di pasti attraverso apposite mense di condominio o di quartiere, strumentazione tecnologica di supporto e di demotica ecc. Una serie di misure che dovrà essere calibrata in funzione delle diverse caratteristiche dei luoghi di residenza a partire dalle dimensioni dei comuni. Soluzioni ottimali per le città o per i grandi quartieri urbani infatti potrebbero essere totalmente inadeguate per i piccoli centri o per i comuni con meno di dieci mila abitanti che sono in percentuale sul totale i più numerosi
- ristrutturare la rete dei trasporti in modo da favorire la mobilità urbana e il collegamento di eventuali insediamenti per gli anziani al centro città, progettando mezzi pubblici privi di barriere di accesso e di utilizzo per la terza età;
- ridefinire le regole del mercato del lavoro favorendo la permanenza nel lavoro e la trasmissione dei saperi alle nuove generazione attraverso la istituzione della figura del tutor e incentivando la partecipazione attiva degli anziani alle attività socialmente utili (Università della III età compresa) e di volontariato;
- riordinare il sistema sanitario nazionale attraverso azioni mirate: potenziando la prevenzione primaria, secondaria e terziaria (autogestione della malattie croniche, telemedicina, telesoccorso, family learning); promuovendo fin dalla giovinezza e dal periodo scolastico corretti stili di vita (contrasto alla denutrizione e all'obesità, lotta la tabagismo, all'alcolismo e al sedentarismo) favorendo lo sviluppo di una adeguato sistema di cure primarie in grado di realizzare una effettiva integrazione

tra attività sociali e sanitarie (valorizzazione del Medico di Medicina Generale, potenziamento dei distretti, istituzione delle Case della Salute, potenziamento delle strutture per la riabilitazione); adeguando l'attuale legislazione al fine di conferire effettivo potere agli enti locali (comuni e province) nella programmazione sanitaria e nella valutazione degli outcome di salute e rendere possibile la partecipazione dei cittadini alle scelte pubbliche;

- riordinare il sistema di assistenza sociale attraverso una nuova disciplina della materia a iniziare dall'elaborazione di uno specifico "Progetto obiettivo per la non autosufficienza" che definisca le diverse tipologie di servizi da garantire ai cittadini e gli standard da raggiungere sui diversi territori (RSA, Centri diurni, case famiglie, assistenza domiciliare, contributi economici) nonché una adeguata preparazione delle persone a cui è affidata in maniera più o meno esclusiva l'assistenza (badanti, familiari, personale di prossimità). A questo si deve aggiungere l'istituzione del Fondo per la non – autosufficienza e la definizione dei Livelli delle prestazioni sociali (LIVEAS) di competenza dello Stato;
- ri-concettualizzare il termine "anziano" attraverso politiche attive anche sul piano culturale ed informatico procedendo a una sorta di revisione della sequenza dei cicli di vita: l'età senza ruoli (corrispondente all'infanzia e alla giovinezza), l'età lunga dei ruoli (ovvero quella fase della vita definita, in particolare, dallo status socialmente riconosciuto in virtù degli impegni socio-economici) e, infine, l'età della seconda giovinezza (il cosiddetto tempo della realizzazione dei progetti di vita, possibile soltanto in un contesto di "liberazione" dal lavoro e dagli obblighi sociali).

7. Le politiche di contrasto alla non autosufficienza.

Le risposte pubbliche nell'ambito della non autosufficienza si caratterizzano da una frammentazione degli interventi ed una complessità negli assetti istituzionali. Gli interventi in campo socio-assistenziale sono infatti di competenza comunale (Legge 328/2000), mentre quelli socio-sanitari risultano condivisi a livello locale fra comuni ed ASL. Questo intreccio di competenze, fra singoli comuni e fra comuni e ASL, ha fatto sì che spesso in Italia le caratteristiche del modello istituzionale di programmazione e di gestione dei servizi sociali e socio-sanitari siano state:

- una forte dispersione sul territorio dei soggetti responsabili di tale gestione, essendo estremamente elevati in genere nelle singole regioni sia il numero di enti locali che la presenza di comuni di ridotte dimensioni demografiche;
- - tale dispersione, accompagnata da una incapacità storica di collaborare fra comuni, ha creato le basi per un fenomeno di frammentazione delle risposte pubbliche, soprattutto a seguito del ritiro delle deleghe alle ASL da parte dei municipi durante gli anni '90;
- - una difficoltà ad agire collettivamente non solo fra comuni, ma anche fra questi ultimi con altre istituzioni pubbliche e private. I

A fronte di tale situazione il sistema di protezione sociosanitario e socio-assistenziale italiano si è retto fino ad oggi su tre tipi di intervento:

- trasferimenti monetari, in particolare l'indennità di accompagnamento;
- forme di assistenza domiciliare o residenziale di tipo sociale;
- forme di assistenza domiciliare o residenziale di tipo sociosanitario.

Il modello di intervento a livello italiano rimane fortemente concentrato attorno all'indennità di accompagnamento. Nel 2000 erano circa 667.000 i beneficiari anziani di tale trasferimento monetario, per un importo mensile medio di poco superiore ai 400 euro, a cui era stata appunto riconosciuta una invalidità civile totale. I servizi territoriali, sia domiciliari che residenziali, erano utilizzati da meno di 500 mila anziani pari al 4,5% degli ultra sessantacinquenni.

In secondo luogo, in Italia, il numero e la percentuale di anziani coinvolti tramite i servizi territoriali e anche attraverso l'indennità di accompagnamento, rimane ben al di sotto dei bisogni della popolazione anziana con problemi di non autosufficienza. Sia che

si utilizzino le stime sulla disabilità offerte dall'ISTAT o quelle dell'ASSR, vi è una percentuale di anziani compresa fra circa il 6% ed il 15% che necessiterebbe di interventi e che non riceve invece alcun servizio sul territorio.

In particolare, il costante aumento delle condizioni di invalidità cronica e delle situazioni di non autosufficienza pone ai servizi sociali degli Enti Locali problemi di natura economica e gestionale molto gravi. Le famiglie che hanno al loro interno una familiare non autosufficiente diventano a loro volta “famiglie non autosufficienti”, per non parlare della situazione di chi è solo, senza famiglia.

Accanto agli interventi tradizionali di assistenza domiciliare e di trasferimenti monetari attraverso l'indennità di accompagnamento gli enti locali hanno sviluppato una serie di servizi per affrontare il problema della non autosufficienza. In questa sede si ricordano, ad esempio:

- servizi per l'igiene della casa;
- la diffusione degli “Assegni di cura”
- servizi di ginnastica a domicilio
- telesoccorso
- servizi di consegna dei farmaci a domicilio

8. L'analisi preparatoria al Piano di Zona di Andria

Dal 31/12/2000 al 17/12/2003 gli abitanti di Andria con oltre sessantacinque anni sono passati da 10.636 a 16.009 con un incremento di 5.373 anziani nel giro di soli tre anni. In particolare se nel 2000 la differenza fra le donne e gli uomini era di appena 568 (5.602 donne e 5.034 uomini) nel 2003 le differenze a favore delle donne si sono triplicate diventando 1749 (8.879 donne e 7.130 uomini).

Dai dati invece riferiti al 17/12/2003 dell'Ufficio statistico del Comune di Andria per fasce d'età si evince che gli anziani da:

- 60 ai 69 anni sono 8.264
- 70 ai 79 anni sono 5.770

con una disparità di 610 unità fra maschi e femmine sempre a favore delle donne

- 80 agli 89 anni sono 2.401

con una disparità tra maschi e femmine di 615 unità a favore delle donne

- 90 ai 105 anni sono 389

con una disparità fra maschi e femmine di 125 unità sempre a favore delle donne.

Da questi dati emerge la presenza di un numero rilevante di anziani con un'alta prospettiva di vita. Anche se la prospettiva d'età è elevata, molti sono gli anziani che vivono in solitudine e tanti coloro che soffrono una condizione di non autosufficienza: precisamente sono n. 280 gli utenti che hanno richiesto l'intervento dell'Assistenza Domiciliare Integrata, di questi però solo n. 80 beneficiano del suddetto servizio offerto dal Comune di Andria e dall'Azienda Sanitaria Locale BA/1.

L'analisi preparatoria al Piano di Zona di Andria sottolinea i seguenti aspetti:

- le numerose possibilità per gli andriesi di occupare il tempo libero (cinema, teatro, musica e lettura);
- la presenza di un volontariato molto attivo, collegato anche con le Parrocchie presenti in ogni quartiere, che conta attualmente 30 Associazioni dislocate su tutto il territorio delle quali numerose sono iscritte al Registro Regionale per le Associazioni di Volontariato;
- la presenza di un vivace tessuto di associazioni di categoria (17), sindacali (26) e combattentistiche (12);

- il Comune di Andria ha stipulato convenzioni con strutture operanti sul territorio per l'assistenza ai minori (Legge 285/97) ai disabili, (Legge 104/92), agli immigrati, agli anziani (Legge 49/81 e seguenti);
- per gli anziani, il Comune di Andria ha avviato già dal 1997 l'assistenza domiciliare per 40 anziani per poi passare al 2000 con il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata per 60 anziani in collaborazione con l'A.S.L. BA/1;
- nel 1995 è stato inaugurato il Polivalente Anziani, situato nella Villa Comunale gestita dalla Caritas di Andria;
- nel 2000 è iniziata la sperimentazione del servizio di Telesoccorso e Teleassistenza, in collaborazione con l'ASL BA/1 e il Comune di Andria gestito dalla Cooperativa Sociale Villa Gaia;
- nel novembre 2000 l'immobile di Piazza Augusto Murri è stato destinato al Centro sociale per anziani gestito dal Club d'Argento di Andria;
- l'Amministrazione è convenzionata con la Casa di Riposo "San Giuseppe" che ospita numerosi anziani;
- sono organizzati dal Comune di Andria soggiorni estivi per anziani in località montane, marine e termali;
- nel gennaio 2004 è stata attivata la Residenza Sanitaria Assistita.

Oltre alle iniziative dell'Amministrazione comunale si segnalavano gli interventi di:

- CLUB ETA' LIBERA;
- CLUB D'ARGENTO;
- CENTRO ANZIANI-FROBEL.

Le proposte di intervento venivano sintetizzate nei seguenti aspetti:

- creare nuovi luoghi di incontri in cui poter socializzare tra il gruppo dei pari valorizzando maggiormente anche le realtà esistenti sul territorio andriese;
- il telefono amico: rappresenta uno degli strumenti importanti che danno la possibilità agli anziani di sentirsi meno soli;
- creare lo sportello informativo dove gli anziani possano trovare personale competente che dia loro tutte le informazioni di cui necessitano ma che fondamentalmente "abbiano la pazienza" di ascoltare;
- istituire un contributo alle famiglie che hanno un anziano nel proprio nucleo affinché limitino il più possibile l'istituzionalizzazione. Questa proposta limiterebbe

i contributi alle varie case di riposo ma allo stesso tempo lascerebbe l'anziano in un contesto familiare con un affetto diverso da quello che possono offrire le persone estranee.

9. Le risposte del Piano di Zona

La priorità assunta dal Piano di Zona per la città di Andria per quanto riguarda i servizi per gli anziani è quella di consolidare i servizi domiciliari offerti alle persone anziane. Il tavolo di co-progettazione ha ritenuto altresì utile supportare i servizi domiciliari attraverso il potenziamento del ruolo dei 2 Centri Aperti Polivalenti per Anziani e delle attività offerte da questi ultimi ai cittadini anziani. A questi interventi si affianca anche il servizio di telesoccorso e teleassistenza.

Per quegli anziani soli e particolarmente bisognosi di cure e assistenza fisica si conferma l'impegno dell'Ente Locale nella compartecipazione alle rette di ricovero presso strutture residenziali e/o semiresidenziali secondo il Regolamento di accesso ai servizi e agli interventi sociali locali e il Disciplinare del servizio in oggetto e compatibilmente con le risorse disponibili e riportate nella relativa scheda di dettaglio.

Per quanto riguarda gli specifici servizi predisposti dal Comune per il 2007 si riportano le loro principali caratteristiche.

A. Servizio di Assistenza domiciliare sociale (A.D.A.)

Il soggetto titolare della azione è il Comune di Andria comune monoambito.

Per la gestione socio-assistenziale in carico al Comune, questo servizio sarà realizzato da soggetti privati con e senza finalità di lucro operanti nell'ambito dei servizi alla persona e alla comunità, ed aventi organizzazione d'impresa.

Obiettivi del servizio

- Limitare l'ospedalizzazione dell'anziano (per i tempi necessari alla cura dell'acuzie).
- Mantenere l'anziano nel suo ambiente familiare e sociale, evitando l'istituzionalizzazione.
- Ottenere il recupero dell'autosufficienza della persona anziana.
- Evitare e prevenire la perdita totale dell'autosufficienza.

Risultati attesi (qualitativi e quantitativi)

- Aumento del livello di autonomia nello svolgimento delle elementari azioni della vita quotidiana (cura della persona, cura dell'ambiente domestico e della vita familiare).
- Aumento delle domande di accesso al servizio.
- Riduzione del ricorso alle ospedalizzazioni in riferimento alla tipologia di utenza a cui è destinato il servizio in oggetto
- Riduzione del ricorso ai ricoveri in strutture residenziali (RSA, Case protette, Case di riposo ecc.) in riferimento alla tipologia di utenza a cui è destinato il servizio in oggetto
- Riduzione degli interventi sanitari e sociali di emergenza in riferimento alla tipologia di utenza a cui è destinato il servizio in oggetto.

Tipologia di utenza

- Anziani autosufficienti e non **20 al giorno/40 utenti seguiti in un anno**

Principali attività previste

- Attività di tipo domestico: governo della casa; pulizia; spesa e commissioni varie; preparazione pasti caldi; lavaggio biancheria ecc.
- Attività di tipo socio – assistenziale: igiene personale di base, disbrigo pratiche amministrative, mutualistiche, ecc.; sostegno alla cura dei rapporti familiari, amicali e sociali e comunitari; accompagnamento con mezzi di trasporto pubblici e/o a piedi presso Enti ed Amministrazioni.

Costo totale annuale: Euro 140.311,24

- di cui Risorse FNPS Euro 27.590,63
- di cui Risorse Fondo Regionale Euro 00,00
- di cui Risorse proprie dei Comuni Euro 108.039,71
- di cui altre Risorse (compartecipazione utenti) Euro 4.680,90

Indicatori previsti per la valutazione del Progetto

Indicatori compresi nel manuale per la riabilitazione psicosociale V.A.D.O. (Valutazione - Abilità - Definizione - Obiettivi)

n.ro ore di assistenza domiciliare erogate

n.ro di persone sole seguite

n.ro di beneficiari indiretti dell'intervento (persone che compongono il nucleo familiare dell'assistito)

n.ro di richieste di accesso al servizio

n.ro di utenti che fruiscono del servizio/n.ro di richieste di accesso al servizio

n.ro di partecipazioni a eventi della vita sociale offerte dal territorio ai cittadini

N.ro di ospedalizzazioni/totale delle persone seguite

N.ro di ricoveri in strutture residenziali/totale delle persone seguite

N.ro di interventi sanitari e sociali di emergenza/ totale delle persone seguite

B. Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata per anziani (A.D.I.)

Il soggetto titolare della azione è il Comune di Andria in quanto comune monoambito

Il servizio sarà erogato dall'Ente Locale in regime di esternalizzazione e da AUSL BAT/1 con personale proprio.

Per la gestione socio-assistenziale in carico al Comune, questo servizio sarà realizzato da soggetti privati con e senza finalità di lucro operanti nell'ambito dei servizi alla persona e alla comunità, ed aventi organizzazione d'impresa.

Obiettivi del servizio

- Limitare l'ospedalizzazione dell'anziano per i tempi necessari alla cura dell'acuzie.
- Mantenere l'anziano nel suo ambiente familiare e sociale, evitando l'istituzionalizzazione.
- Favorire il recupero dell'autosufficienza della persona anziana.
- Evitare e prevenire la perdita totale dell'autosufficienza
- Garantire l'intervento globale con l'impiego di strumenti efficaci
- Contribuire all'autonomia della persona anziana migliorandone il benessere nel proprio contesto.
- Agevolare il rapporto tra le persone anziane e la "rete sociale" delle Istituzioni Pubbliche e Private presenti sul territorio.

Risultati attesi (qualitativi e quantitativi)

- Aumento del livello di autonomia nello svolgimento delle elementari azioni della vita quotidiana (cura della persona, cura dell'ambiente domestico e della vita familiare).
- Aumento delle domande di accesso al servizio.

- Riduzione del ricorso alle ospedalizzazioni in riferimento alla tipologia di utenza a cui è destinato il servizio in oggetto
- Riduzione del ricorso ai ricoveri in strutture residenziali (RSA, Case protette, Case di riposo ecc.) in riferimento alla tipologia di utenza a cui è destinato il servizio in oggetto.
- Riduzione degli interventi sanitari e sociali di emergenza in riferimento alla tipologia di utenza a cui è destinato il servizio in oggetto.

Tipologia di utenza

- Anziani non autosufficienti **40 utenti al giorno/120 utenti seguiti in un anno**

Principali attività previste

- Attività di tipo domestico: governo della casa; pulizia; spesa e commissioni varie; preparazione pasti caldi; lavaggio biancheria ecc.
- Attività di tipo socio – assistenziale: igiene personale di base, disbrigo pratiche amministrative, mutualistiche, ecc.; sostegno alla cura dei rapporti con familiari, amicali sociali e comunitari. Accompagnamento con mezzi di trasporto pubblici e/o a piedi presso Enti ed Amministrazioni, eventi e attività di vita sociale e associativa offerti dal territorio ecc.
- Attività sanitaria: terapia medica e riabilitativa; cura della persona e prestazioni infermieristiche .

Costo totale annuale : Euro 519.516,64

- di cui Risorse FNPS Euro 53.213,10
- di cui Risorse Fondo Regionale Euro 00
- di cui Risorse proprie dei Comuni Euro 208.372,44
- di cui altre Risorse (AUSL Euro 253.000,00
- di cui altre Risorse (compartecipazione utenti) Euro 4.931,10

Indicatori previsti per la valutazione del Progetto

Indicatori compresi nel manuale per la riabilitazione psicosociale V.A.D.O.
(Valutazione - Abilità - Definizione - Obiettivi)

n.ro ore di assistenza domiciliare erogate

n.ro di persone sole seguite

n.ro di beneficiari indiretti dell'intervento (persone che compongono il nucleo familiare dell'assistito)

n.ro di richieste di accesso al servizio

n.ro di utenti che fruiscono del servizio/n.ro di richieste di accesso al servizio

n.ro di partecipazioni a eventi della vita sociale offerte dal territorio ai cittadini

N.ro di ospedalizzazioni/totale delle persone seguite

N.ro di ricoveri in strutture residenziali/totale delle persone seguite

N.ro di interventi sanitari e sociali di emergenza/ totale delle persone seguite.

C. Servizio di Contributi economici per inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali

Il soggetto titolare della azione è il Comune di Andria in quanto Comune monoambito.

Questo servizio sarà realizzato dall'Ente Locale con personale proprio.

Per la gestione operativa di tale servizio l'ente locale, per i casi di cui riterrà necessario, si interfacerà con la ASL BAT/1. Il Comune si avvarrà di strutture residenziali e/o semiresidenziali che rispondono a requisiti strutturali e professionali ritenuti idonei alla accoglienza e alla presa in carico di persone anziane che necessitano di assistenza intensiva e continuativa.

Obiettivi del servizio

- Garantire il diritto di assistenza alle persone anziane in difficoltà socio-economiche e che vivono in situazioni di isolamento.
- Accogliere gli anziani, impossibilitati a permanere c/o il proprio domicilio in ambienti idonei alla vita personale e relazionale.
- Assistere gli anziani congruentemente al grado di bisogno socio-assistenziale e sanitario.
- Stimolare le persone anziane alla vita relazionale e al mantenimento delle relazioni familiari.
- Stimolare l'autonomia sociale e individuale.

Risultati attesi (qualitativi e quantitativi)

- Recupero di una dimensione di vita più vicina ai bisogni sociali e sanitari.
- Recupero dimensione fisica e funzionale della persona anziana.
- Recupero di una dimensione relazionale ed affettiva significativa.

Tipologia di utenza

- Anziani non quantificabili.

Principali attività previste

- Accoglienza e cura degli anziani in tutto il percorso della vita di comunità.
- Coinvolgimento e supporto delle persone anziane in tutte le attività della vita quotidiana.
- Favorire la partecipazione dell'anziano a progetti di animazione socio culturale e attività ricreative orientate allo sviluppo della socializzazione.

Costo totale (IVA inclusa): Euro 52.019,48

- di cui Risorse FNPS Euro 10.582,07
- di cui Risorse Fondo Regionale Euro 00
- di cui Risorse proprie dei Comuni Euro 41.437,41
- di cui altre Risorse Euro 00

Indicatori previsti per la valutazione del Progetto

- Rapporto operatori/anziani inseriti complessivamente;
- Percorsi di animazione socio – culturale e di tipo ricreativo predisposti per l'accoglienza e la presa in carico degli anziani inviati.

D. Servizio di Telesoccorso e Teleassistenza per Anziani

Il soggetto titolare della azione è il Comune di Andria in quanto comune monoambito. Questo servizio sarà realizzato da soggetti privati con e senza finalità di lucro operanti nell'ambito dei servizi alla persona e alla comunità, ed aventi organizzazione d'impresa. Questo servizio potrà essere operativamente collegato ai servizi di assistenza domiciliare in favore di anziani.

Obiettivi del servizio

- Limitare la condizione di isolamento delle persone anziane.
- Sostenere dal punto di vista emotivo le persone anziane.
- Assicurare l'intervento immediato dei presidi territoriali in caso di malessere.
- Acquisire informazioni sulla salute psico – fisica della persona anziana.
- Informare e orientare le persone anziane ai servizi socio assistenziali e sanitari.

Risultati attesi (qualitativi e quantitativi)

- Sollievo dalle situazioni di solitudine e isolamento sociale degli anziani.
- Miglioramento della qualità della vita della persona anziana.
- Aumento della autonomia della persona anziana.
- Riduzione del numero delle ospedalizzazioni.
- Attivazione e stimolo della rete sociale e parentale della persona anziana.

Tipologia di utenza

- Anziani soli **45**
- Anziani con patologia individuati dalla ASL BAT/1 **15**

Principali attività previste

- Contatti e colloqui telefonici periodici e sistematici per il controllo delle condizioni psico-sociali e di salute delle persone anziane in assistenza, visite domiciliari settimanali (per i 45 anziani soli).
- Contatti e colloqui telefonici periodici e sistematici per il controllo delle condizioni di salute delle persone anziane con patologie in assistenza anche con l'Unità Operativa dell'Ospedale (15 anziani).

Costo totale annuale (IVA inclusa): Euro 22.500,00

- di cui Risorse FNPS Euro 3.051,38
- di cui Risorse Fondo Regionale Euro 00
- di cui Risorse proprie dei Comuni Euro 11.948,62
- di cui altre Risorse (ASL) Euro 7.500,00

Indicatori previsti per la valutazione del Progetto

n.ro di richieste di accesso al servizio;

n.ro di utenti che fruiscono del servizio/n.ro di richieste di accesso al servizio;

n.ro di grandi anziani seguiti;

n.ro di anziani soli seguiti;

n.ro di ospedalizzazioni//totale anziani in assistenza;

N.ro di interventi sanitari e sociali di emergenza/ /totale anziani in assistenza.

n.ro di ore di visite domiciliari erogate;

n.ro di fruitori delle visite domiciliari erogate.

E. Servizio di Assistenza Domiciliare Sanitaria per anziani (A.D.S.)

Il soggetto titolare della azione è la AUSL BAT/1 e realizzato da AUSL BAT/1 con personale qualificato sanitario dipendente della azienda

Obiettivi del servizio

- Limitare l'ospedalizzazione dell'anziano (per i tempi necessari alla cura dell'acuzie).
- Mantenere l'anziano nel suo ambiente familiare e sociale, evitando l'istituzionalizzazione.
- Ottenere il recupero dell'autosufficienza della persona anziana.
- Evitare e prevenire la perdita totale dell'autosufficienza
- Garantire l'intervento globale con l'impiego di strumenti valutati efficaci
- Contribuire all'autonomia della persona anziana migliorandone il benessere nel proprio contesto
- Agevolare il rapporto tra le persone anziane e la "rete sociale" delle Istituzioni Pubbliche e Private presenti sul territorio

Risultati attesi (qualitativi e quantitativi)

- Aumento del livello di autonomia nello svolgimento delle elementari azioni della vita quotidiana (cura della persona, cura dell'ambiente domestico e della vita familiare)
- Aumento delle domande di accesso al servizio
- Fruizione del servizio dal 90% dei richiedenti lo stesso
- Riduzione del ricorso alle ospedalizzazioni in riferimento alla tipologia di utenza a cui è destinato il servizio in oggetto
- Riduzione del ricorso ai ricoveri in strutture residenziali (RSA, Case protette, Case di riposo ecc.) in riferimento alla tipologia di utenza a cui è destinato il servizio in oggetto
- Riduzione degli interventi sanitari e sociali di emergenza in riferimento alla tipologia di utenza a cui è destinato il servizio in oggetto

Tipologia di utenza

- Anziani non autosufficienti **20 al giorno /60 utenti seguiti in un anno**

Principali attività previste

- Assistenza infermieristico - riabilitativa
- Monitoraggio delle condizioni cliniche

Costo totale annuale (IVA inclusa): Euro 133.500,00

- di cui Risorse FNPS Euro 00
- di cui Risorse Fondo Regionale 00
- di cui Risorse proprie dei Comuni Euro 00
- di cui altre Risorse – ASL Euro 133.500,00

Indicatori previsti per la valutazione del Progetto

Indicatori compresi nel manuale per la riabilitazione psicosociale V.A.D.O.
(Valutazione - Abilità - Definizione - Obiettivi)

n.ro ore di assistenza domiciliare erogate

n.ro di persone sole seguite

n.ro di beneficiari indiretti dell'intervento (persone che compongono il nucleo familiare dell'assistito)

n.ro di richieste di accesso al servizio

n.ro di utenti che fruiscono del servizio/n.ro di richieste di accesso al servizio

N.ro di ospedalizzazioni/totale delle persone seguite

N.ro di ricoveri in strutture residenziali/totale delle persone seguite

N.ro di interventi sanitari e sociali di emergenza/ totale delle persone seguite