

Aprile 2012

Veniamo a trovarvi
Il contesto, l'esperienza, i risultati
e le prospettive

*Progetto sperimentale di assistenza alla domiciliarità
degli anziani*



**FONDAZIONE
CASSA DI RISPARMIO
DI CUNEO**

CENTRO STUDI

“Veniamo a trovarvi”

Il presente Rapporto si inserisce nell'ambito delle ricerche socio-economiche promosse dal Centro Studi e finanziate dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo.

© Anno Fondazione CRC
Via Roma 17, 12100 Cuneo
www.fondazionecrc.it

E' vietata la riproduzione dei testi, anche parziale, senza autorizzazione.

INDICE

Introduzione, a cura del Centro Studi della Fondazione CRC	5
--	---

PARTE I

ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E SERVIZI: DALLA RESIDENZIALITÀ ALLA DOMICILIARITÀ, *Guido Lazzarini*

1. Limiti del welfare e ipotesi di superamento	9
--	---

PARTE II

STUDIO SUI COSTI E I BENEFICI DELLA DOMICILIARITÀ NELLA PROVINCIA DI CUNEO. I DATI GENERALI DI CONTESTO SULLE CURE DOMICILIARI, *Gabriella Viberti*

Premessa generale	13
1. Profili di salute in provincia di Cuneo	16
Premessa: gli obiettivi del capitolo e le caratteristiche delle due ASL della provincia	16
1.1 Le peculiarità demografiche della provincia di Cuneo.....	20
1.2 Lo stato di salute dei cuneesi e i comportamenti salutari.....	23
1.3 Qualche dato di contesto sul servizio sanitario in provincia di Cuneo	25
1.4 La non autosufficienza	27
2. I percorsi di cura degli anziani non autosufficienti e l'assistenza domiciliare.....	28
2.1 La tutela della salute nel servizio sanitario nazionale e in Piemonte, i soggetti preposti e i livelli di assistenza erogati.....	28
2.2 I percorsi di cura degli anziani cronici non autosufficienti	29
2.2.1 L'accesso	29
2.2.2 La valutazione dello stato di non autosufficienza.....	30
2.2.3 Il progetto assistenziale e il piano Assistenziale Individuale, PAI.....	30
2.2.4 Il ventaglio dei servizi: Le diverse tipologie di cure domiciliari presenti in Piemonte e gli interventi a supporto di queste	31
2.2.5 Il ventaglio dei servizi: l'assistenza semiresidenziale.....	33
2.2.6 Il ventaglio dei servizi: l'assistenza residenziale	33
2.2.7 La continuità delle cure nella rete dei servizi: il percorso di continuità assistenziale	34
3. La risposta ai bisogni di cura degli anziani non autosufficienti in provincia di Cuneo: analisi quantitativa.....	35
3.1 Il quadro d'insieme	36
3.1.1 Più interventi di cure domiciliari, più spesa destinata all'assistenza residenziale	39
3.2 I dati delle prestazioni domiciliari in provincia di Cuneo	39
3.3 L'analisi, nel dettaglio, delle diverse tipologie di cure domiciliari.....	41
3.4 Le diverse tipologie di Cure domiciliari nei distretti delle due ASL cuneesi	44
3.5 Gli interventi economici a sostegno della domiciliarità.....	45
3.6 Gli interventi domiciliari erogati dagli Enti gestori dei servizi socio assistenziali.....	48
3.7 I dati relativi alle prestazioni residenziali.....	49
3.8 Le tappe del percorso di cura degli anziani non autosufficienti: confronti tra le due ASL della provincia di Cuneo	52
3.9 Gli utenti.....	56
4. I costi delle prestazioni.....	57
4.1 La spesa sostenuta per le cure domiciliari e il posizionamento delle due ASL cuneesi	57
4.2 I fattori produttivi utilizzati nell'erogazione delle cure domiciliari	58
4.3 I confronti con le altre ASL del Piemonte: le due ASL cuneesi destinano risorse adeguate alle Cure Domiciliari, risorse in crescita per l'Assistenza Residenziale.....	59
4.4 I costi unitari delle cure domiciliari risultano sensibilmente inferiori ai costi unitari delle cure residenziali (e i dati rilevati nella provincia di Cuneo sono confermati dalla letteratura).....	60
4.5 ...E se si diminuissero di un decimo i ricoveri non appropriati si recupererebbero.....	62
Conclusioni	63
Bibliografia e sitografia.....	65
Descrizione degli acronimi e dei termini tecnici utilizzati	66

PARTE III

IL PROGETTO “VENIAMO A TROVARVI”: L'INTERVENTO E LA SUA VALUTAZIONE

1. Il progetto: perché e come accogliere il desiderio della persona di restare a casa sua, a cura della Fondazione CRC e dell'Associazione Bottega del Possibile.....	68
1.1 Il progetto <i>Veniamo a Trovarvi</i> : dall'idea alla sperimentazione	68
1.2 Gli interventi realizzati e i servizi fruiti.....	69
2. La valutazione: analisi degli effetti sulla spesa sanitaria e assistenziale e sostenibilità dell'iniziativa, a cura di CIS, Centro di Iniziativa Sociale	72
2.1 Premessa. obiettivi e impostazione dell'analisi	72
2.1.1 Le domande di ricerca	72
2.1.2 Metodologia di analisi	72
2.2 La spesa farmaceutica: andamenti e stime degli effetti	75
2.3 La spesa per prestazioni specialistiche: andamenti e stime degli effetti	79
2.4 La spesa per interventi di Pronto soccorso: andamenti e stime degli effetti	82
2.5 La spesa ospedaliera: andamenti e stime degli effetti	86
2.6 La spesa per interventi sociosanitari domiciliari: andamenti e stime degli effetti.....	91
2.7 In sintesi.....	96
2.8 L'analisi relativa all'utilizzo delle strutture residenziali.....	97
2.8.1 Il profilo socio-demografico e sanitario degli utenti dei servizi specifici di “Veniamo a trovarvi”	97
2.8.2 La stima degli effetti sulla spesa per l'istituzionalizzazione in strutture residenziali.....	102
ALLEGATO. Scheda rilevazione caratteristiche utente	106

CONCLUSIONI, *Andrea Silvestri, Fondazione CRC*

1. Le Fondazioni di origine bancaria (F.O.B.) e il nuovo Welfare	110
2. I risultati e gli effetti del progetto	111
3. La sostenibilità del progetto.....	112
4. Le condizioni per l'estensione del progetto ad altri ambiti territoriali	114
Indice delle figure	115
Indice delle tabelle	116

Introduzione

La Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo da sempre risponde a una vocazione di servizio alla persona, in un contesto territoriale del quale promuove lo sviluppo non solo economico ma anche culturale e sociale. Questa vocazione la impegna in particolare a operare in favore delle fasce di popolazione che soffrono maggiori disagi a causa di dinamiche di marginalità sociale, di condizioni di difficoltà fisica o psichica. Per la Fondazione le fasce deboli meritano un'attenzione particolare e la inducono a promuovere proprie iniziative e sostenere progetti di terzi che abbiano come obiettivo la maggiore autonomia possibile delle persone interessate e un loro coinvolgimento attivo nella comunità.

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno in costante aumento. La provincia di Cuneo è una delle aree in cui a livello nazionale si vive più a lungo e l'Italia è uno dei Paesi caratterizzati da più alti tassi di longevità. In un quadro che prevede una progressiva riduzione delle risorse in campo sociale e sanitario, a fronte di un aumento dei bisogni della popolazione anziana, la Fondazione ha negli ultimi anni esplorato nuove forme di intervento alternative alla sola realizzazione e ristrutturazione delle case di riposo.

Nel periodo 2006-2010 la Fondazione ha destinato risorse pari a 15,3 milioni di euro nell'area della solidarietà e coesione sociale, con interventi cospicui in particolare nel campo dell'assistenza agli anziani e alle persone con disabilità. Nelle linee programmatiche del nuovo mandato 2011-2016 le persone in difficoltà, insieme ai giovani, sono confermate come una priorità assoluta della Fondazione, anche alla luce delle tendenze generali in atto, collegate al trend demografico, alle conseguenze sociali della crisi economica, alle ricadute dei tagli della spesa sociale e sanitaria.

La riflessione su nuove possibili modalità di intervento nei confronti degli anziani in difficoltà ha preso avvio in passato dalla realizzazione di un lavoro di indagine, pubblicato nel 2008 nella collana Quaderni della Fondazione CRC, dal titolo *Senectus ipsa morbus. Ricerca sui servizi socio assistenziali per gli anziani nell'area di Cuneo, Mondovì e Alba/Bra*, finalizzato a presentare un quadro esaustivo dei servizi alla popolazione anziana offerti nel cuneese e a offrire spunti di riflessione per orientare gli stanziamenti futuri della Fondazione, partendo da una considerazione: promuovere la valorizzazione personale e sociale degli anziani è non solo auspicabile ma anche necessario per un invecchiamento sereno e dignitoso.

Nel corso di tale esplorazione, nell'autunno del 2007 il Centro Studi della Fondazione incontra l'Associazione di promozione sociale La Bottega del Possibile per approfondire il tema della cultura del sostegno alla domiciliarità nei confronti delle persone anziane, a cui seguono alcuni incontri e confronti anche con il Consiglio di Amministrazione e il Consiglio Generale della Fondazione.

L'incontro con l'Associazione aiuta a mettere a fuoco come obiettivo strategico una forte attenzione al tema della domiciliarità, intesa come l'attuazione di tutte quelle azioni necessarie a consentire agli anziani che lo desiderano di restare a casa propria il più a lungo possibile. Non solo assistenza domiciliare vera e propria, ma anche centri diurni aperti al territorio, trasporti compatibili, pasti in struttura e a domicilio, e così via. Alla luce di queste considerazioni, la Fondazione inserisce, nel Documento Programmatico Previsionale triennale 2008-2010, la volontà di dare *“priorità a nuove forme di assistenza che si vanno delineando, sensibilmente diverse rispetto a quelle tradizionalmente utilizzate tramite ricovero in case di riposo (...) con particolare riguardo a quelle che consentano di preservarne la dignità e la vita quanto più possibile autonoma nel proprio ambiente”*.

Dopo l'introduzione nella propria programmazione triennale dell'attenzione al sostegno alla domiciliarità degli anziani, viene avviata una fase di predisposizione di un progetto proprio della Fondazione, di carattere innovativo, finalizzato a sperimentare concretamente la fattibilità e sostenibilità di un intervento nuovo sul territorio locale.

Il progetto *Veniamo a Trovarvi* viene elaborato dalla Fondazione con l'Associazione La Bottega del Possibile, a partire dal coinvolgimento della struttura residenziale Casa Don Dalmasso

“Veniamo a trovarvi”

sita nel Comune di Bernezzo, e della collaborazione dei vari soggetti pubblici e privati della comunità locale (Comune di Bernezzo, Consorzio per i servizi socio assistenziali valli Grana e Maira, Distretto sanitario locale, medici di base, volontariato e associazionismo).

Obiettivo del progetto è di valutare l'efficacia della "apertura" della casa di riposo al territorio come sostegno alla domiciliarità e di sperimentare un modello operativo che possa proseguire nel tempo, divenendo auto-sostenibile, ed essere replicato in altre località della provincia di Cuneo. Il progetto prevede il potenziamento dei servizi offerti dalla Casa Don Dalmasso di Bernezzo agli anziani che rimangono nelle proprie abitazioni attraverso l'incremento di interventi quali il numero di pasti a domicilio, la mensa a pranzo e a cena, il bagno protetto e l'animazione diurna. I destinatari di tali servizi sono segnalati dal "visitatore itinerante", elemento particolarmente innovativo dell'iniziativa, il cui scopo è di entrare in contatto e visitare periodicamente tutti gli anziani, offrendo un sostegno affettivo e riuscendo a prevenire le situazioni a rischio, informando in tali casi i soggetti interessati, per esigenze di un intervento medico o semplicemente di servizi dedicati.

L'iniziativa è attualmente giunta alla quarta annualità: nel 2009 il costo è stato interamente sostenuto dalla Fondazione con 116 mila euro; per l'anno 2010 il sostegno si è ridotto del 50%, mentre per il 2011 e il 2012 l'intervento è proseguito con i costi completamente a carico delle famiglie che usufruiscono dei servizi.

Il Documento Programmatico Previsionale 2012 della Fondazione prevede, per l'anno in corso, di favorire l'eventuale avvio di servizi a sostegno della domiciliarità – che coinvolgano enti socio-sanitari, enti locali, case di riposo, privato sociale – che si possano configurare come un trasferimento e un adattamento del progetto sperimentato in altri contesti che abbiano le caratteristiche idonee e soggetti locali interessati a sviluppare un intervento analogo.

Il progetto *Veniamo a Trovarvi* rappresenta un esempio concreto dell'obiettivo generale della Fondazione di indirizzare la propria attività sulla strada dell'innovazione, percorribile a partire dall'ideazione di nuove soluzioni in vari campi di azione, la loro sperimentazione in una scala contenuta, la valutazione dei risultati ottenuti, al fine di esplorare l'ipotesi del trasferimento degli interventi che hanno funzionato in altri contesti, o - quando possibile - l'adozione delle soluzioni sperimentate su una più larga scala, da parte degli enti pubblici preposti o dei soggetti del terzo settore e del mondo economico attivi in quell'ambito.

In quest'ottica, il Centro Studi – che si occupa di promuovere e coordinare ricerche socio-economiche su temi emergenti e prioritari per la Fondazione e il territorio locale –, nell'ambito del proprio programma di ricerche 2009-2010 ha sostenuto la realizzazione di due studi connessi all'iniziativa, sia di tipo conoscitivo sia di tipo valutativo: da una parte, è stata promossa un'indagine sui servizi di sostegno alla domiciliarità erogati dal servizio socio sanitario regionale in provincia di Cuneo, e sui loro costi e benefici, al fine di contestualizzare l'iniziativa nel quadro più ampio delle politiche e azioni esistenti; dall'altra, è stata realizzata una valutazione esterna del progetto *Veniamo a Trovarvi*, in particolare finalizzata ad analizzare gli effetti dell'intervento sperimentale sulla spesa sanitaria e assistenziale, e a valutarne la sua eventuale sostenibilità in assenza del finanziamento della Fondazione.

A conclusione della fase di sperimentazione del progetto e dei lavori di ricerca, è stato promosso lo scorso 22 marzo 2011, presso lo Spazio Incontri della Fondazione, un incontro sul tema del modello di welfare dedicato agli anziani, alla luce dei risultati della sperimentazione realizzata, finalizzato a un confronto con tutti i soggetti pubblici, del privato sociale e dell'associazionismo a vario titolo coinvolti.

Il presente Quaderno ricalca la struttura e gli interventi del convegno finale di presentazione dei risultati del progetto e delle ricerche citate.

Nella parte I è presentata una riflessione introduttiva, a cura di Guido Lazzarini, professore di Sociologia del Terzo Settore dell'Università di Torino, studioso di welfare e politiche rivolte agli anziani, sul tema della crisi del tradizionale sistema di welfare e delle necessità di costruire un welfare di comunità, che ponga l'anziano non autosufficiente al centro di una rete di sostegno alla domiciliarità.

“Veniamo a trovarvi”

Nella parte II è riportato integralmente lo studio realizzato da Gabriella Viberti, esperta di programmazione socio-sanitaria, sui costi e benefici delle cure domiciliari erogate dal sistema socio-sanitario regionale nella provincia di Cuneo.

La parte III è dedicata al progetto *Veniamo a Trovarvi*: nel primo capitolo, a cura della Fondazione e dell'Associazione La Bottega del Possibile, è riassunto il percorso di ideazione e realizzazione del progetto e i suoi principali risultati; nel secondo capitolo è presentato lo studio di valutazione, a cura del CIS – Centro di Iniziativa Sociale – con il coordinamento scientifico di Augusto Vino, esperto di valutazione di politiche pubbliche, del progetto *Veniamo a Trovarvi*, con un'analisi dettagliata degli effetti dell'iniziativa sulla spesa sociale e sanitaria.

Nelle conclusioni Andrea Silvestri, responsabile del Settore Attività Istituzionale della Fondazione, sviluppa una riflessione sull'esperienza maturata a partire dalla realizzazione del progetto, in relazione al ruolo che le fondazioni di origine bancaria possono giocare sul piano della sperimentazione e innovazione, e in vista della sostenibilità dell'intervento e di una sua estensione in altri contesti territoriali.

Il Centro Studi della Fondazione CRC

“Veniamo a trovarvi”

PARTE I

**ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E SERVIZI: DALLA
RESIDENZIALITÀ ALLA DOMICILIARITÀ**

Guido Lazzarini

1. Limiti del welfare e ipotesi di superamento

Se, da un lato, non si può immaginare che il *Welfare* domestico possa da solo risolvere i problemi delle persone anziane e delle loro famiglie e che l'intervento pubblico possa limitarsi a qualche forma di sovvenzione, all'essere garante della stipula e del rispetto del contratto con l'assistente familiare - sia nelle parti economiche che nei tempi di riposo - e alla tutela della famiglia da eventuali rivendicazioni e all'impegnare il proprio personale specializzato nell'assistenza medico/infermieristica domiciliare fornendo le strutture adeguate - anche permettendo le modifiche strutturali che si rendessero necessarie nell'abitazione -, dall'altro si è consapevoli del fatto che la condizione di disagio degli anziani e delle loro famiglie costituisce uno snodo della realtà sociale che non potrà essere risolto con soluzioni che prevedono alcuni aiuti diretti alla famiglia¹.

Si rende sempre più necessario immaginare una progettualità che coinvolga la comunità locale non solo perché la dimensione del numero degli anziani sta via via crescendo, e quindi diventa impossibile trovare soluzioni di *Welfare* per tutti, sia perché la società stessa ha bisogno dei suoi elementi più deboli per una consapevolezza della realtà relazionale così come si presenta nella sua autenticità: gli anziani non possono essere isolati dalla società in quanto l'isolamento porta a uno stato di sradicamento, e quindi, di ripiegamento su se stessi e a una percezione di inutilità, trasformando i propri bisogni di relazione in richiesta esasperata, quasi di tipo patologico, di ricevere attenzione.

Per affrontare una situazione così complessa pare necessario riflettere su un modello di intervento che si orienti verso un'elevata flessibilità dei servizi, un'efficienza e una economicità degli interventi praticati, un protagonismo della comunità locale e dei soggetti sociali coinvolti per passare dal *Welfare* al *well being*, al benessere, allo star bene, riappropriandosi dei legami di solidarietà, comunicazione e partecipazione orientati alla riproduzione del legame comunitario che trova nelle forze del volontariato, della cooperazione, dell'associazionismo e della famiglia i principali soggetti della trasformazione sociale secondo i principi di sussidiarietà e delle buone pratiche in atto².

Appare necessario promuovere una solidarietà comunitaria che crei senso di appartenenza e condizioni di vicinanza: la solidarietà tra persone che abitano in uno stesso luogo o condominio può consentire la costruzione di forme nuove di vicinanza responsabile in cui l'Ente pubblico potrebbe svolgere un ruolo di promotore e di garante di una rete di sostegno. Non si tratta di ipotizzare forme di solidarietà svincolate dal contesto, ma di rinforzare e potenziare quelle “tracce di comunità” che la società continua a portare al proprio interno, sapendo che, procedendo in

¹Le relazioni interne della famiglia sono, oggi, in forte cambiamento e di questo è necessario tener conto. Di Nicola P., (2008), *La famiglia: sostantivo plurale*, FrancoAngeli, Milano, pp.113-152.

²Non si tratta di smantellare lo Stato sociale, ma di ri-orientare il ruolo delle strutture pubbliche proponendosi come soggetti dei processi di solidarietà e di coesione sociale attivando risorse e forme di organizzazione autonoma. Lo Stato deve conservare alcuni ruoli: coordinare, integrare e pianificare gli interventi, garantire un livello standard nella qualità delle prestazioni e regolamentare i controlli sull'affidabilità delle agenzie del privato sociale. Donati P., Colozzi I., (2005), *La sussidiarietà*, Carocci, Roma, pp. 137-164.

questa direzione, si potrà ricreare una realtà umana e sociale vivibile anche per gli anziani non autosufficienti³.

Occorre ipotizzare un'organizzazione “a rete”, capace di collegare le diverse unità operative, i diversi servizi ed Enti, per sviluppare processi, formulare scelte strategiche in rapporto alle dinamiche dei bisogni, permettere ai fruitori di essere protagonisti perché nessuno conosce le soluzioni più adatte a rispondere adeguatamente ai bisogni di quanti sono titolari dei bisogni stessi⁴. La rete può essere costituita da più entità organizzate, ciascuna dotata di una propria autonomia e ciò che la caratterizza sono le connessioni esistenti tra le varie unità: legami che consentono di aumentare i vantaggi della propria attività e di ridurre i rischi. Nella configurazione a rete le competenze dei servizi non possono essere rigide, ogni servizio può allargare o restringere la propria competenza a seconda della situazione particolare; nel rispondere alle esigenze dell'anziano ogni organizzazione potrà andare ad intersecare gli spazi delle altre, ma, nello stesso tempo, dovrà lasciare intersecare il proprio da altre unità assistenziali. Il sistema a rete che ne deriva è un'organizzazione flessibile che permette di rispondere in maniera adeguata alle esigenze degli anziani, esigenze sempre più differenziate e che l'anziano stesso è l'unico a conoscere e quindi autorizzato a orientare gli interventi anche in nome della dignità della persona⁵.

Condizione indispensabile per un buon esito della rete è la presenza di obiettivi comuni a tutti gli operatori che intervengono. È necessario un obiettivo generale, ritenuto valido da quanti formano la rete e certamente l'obiettivo primario è il ben-essere dell'anziano⁶, alla cui tutela concorrono: la famiglia, l'eventuale casa di riposo locale col proprio sistema di servizi domiciliari, l'associazionismo, il volontariato, i servizi sociali e sanitari e l'assistente familiare. È necessario che i servizi concorrano, senza alcuna priorità gerarchica, al raggiungimento degli obiettivi prefissati: nessun servizio può considerarsi responsabile esclusivo del ben-essere dell'anziano, anche se il peso delle varie dimensioni, di cui la cura della persona necessita, non è costante e uniforme. Il concorso di soggetti così diversi al conseguimento di obiettivi comuni permette di raggiungere finalità del servizio così ampie che nessuno di essi, singolarmente, potrebbe conseguire.

Occorre promuovere reti capillari – all'interno di quartieri, città e tra città – di microiniziative capaci di responsabilizzare i cittadini e le famiglie nell'esercizio di mobilitare le risorse per avviare processi di interazione tra loro, a riconoscersi pari dignità, ad identificarsi in alcune linee progettuali perché al suo interno abbia senso parlare dell'etica della responsabilità condivisa⁷. L'attenzione al locale e alla sua cultura, all'intensificarsi degli scambi di reciprocità, permette alle persone di

³Il rapporto anziani-società civile è di particolare interesse per entrambi i soggetti: da un lato i cittadini hanno bisogno di prendersi cura dei propri anziani come dimensione naturale della vita, dall'altro gli anziani ricevono aiuto e sicurezza in un momento delicato della propria esistenza. In linea di massima nella visione del *welfare state* gli anziani sono considerati soprattutto destinatari dei servizi, ma si può considerare anche il percorso inverso: gli anziani attivi possono essere protagonisti di iniziative e di attività volontarie.

⁴Cfr., Pasquinelli S., (2007), a cura di, *Nuovi strumenti di sostegno alla famiglia*, Carocci, Roma.

⁵Per un approfondimento, confronta, tra l'altro, Folgheraiter F., (2006), *La cura delle reti . Nel welfare delle relazioni (oltre i Piani di zona)*, Erickson, Trento, pp. 29-38.

⁶Il diritto di cittadinanza non comprende solo la salute degli anziani (problema comunque molto sentito dallo Stato sociale), ma anche l'inclusione nella vita sociale, l'emancipazione, l'uguaglianza, il miglioramento della qualità della vita.

⁷Lo sviluppo di Comunità si propone di ritessere reti e di qualificarne la competenza effettiva, cognitiva e di potere, in modo che gli individui possano disporre delle risorse per far fronte alle loro sfide e divenire, a loro volta, risorse per una progettualità di Comunità.

sentirsi accomunate nell'opera di ridestare le risorse sopite, senza le quali nessun cambiamento è realizzabile o duraturo.

Quando una comunità locale prende consapevolezza di un proprio problema, quale, per esempio, la presenza di anziani non autosufficienti, e accetta di prendersene cura, avvia un processo che può portare a riscoprire al proprio interno risorse fino a quel momento inesplorate, a condizione che il prendersi cura non sia “prendersi cura di”, ma “prendersi cura con”, purché, fin dall'inizio, il portatore di problemi sia inteso anche come portatore di risorse per la comunità proprio perché è fattore di provocazioni atte a “riaccendere” la solidarietà per dare risposte adeguate ai bisogni⁸. L'affermazione di relazioni di reciprocità arricchisce la coesione sociale e avvia processi di sviluppo di capitale sociale per l'interazione di fiducia tra più persone e istituzioni.

È compito della società civile generare iniziative di impegno civico, attività di aiuto volontario e cooperativo, movimenti e associazioni di tutela, gruppi di rappresentanza di condizioni deboli, organizzazioni del terzo settore che producono servizi alla persona: un arcipelago di operatori in formazione permanente che chiedono autonomia e sostegno, libertà di movimento e interazione costruttiva con le istituzioni, lasciando loro la funzione di indirizzo e regolazione degli obiettivi da raggiungere⁹.

La nuova fisionomia del *welfare* dovrà, pertanto, considerare il territorio non tanto come integrazione dei servizi, ma come realtà vitale, segnata da legami di solidarietà, cui concorrono parallelamente la società civile e le istituzioni. Potrebbe essere questo il primo passo concreto verso la realizzazione di un *welfare* locale che si caratterizzi non solo per un *mix* tra pubblico e privato, tra vecchi e nuovi profili istituzionali riguardanti non solo il versante dei servizi, ma costituito da istituzioni e società civile in un'integrazione costante nel fornire risposte ai bisogni¹⁰.

⁸Cfr., Folgheraiter F., (2007), *La logica sociale dell'aiuto*, Erickson, Trento, pp.365-464; Donati P., Tronca L., (2008), *Il capitale sociale degli italiani*, FrancoAngeli, Milano, pp. 111-128.

⁹Cfr. Lazzarini G., (2006) *Etica e scenari di responsabilità sociale*, FrancoAngeli, Milano.

¹⁰Paci M., (2008), *Welfare locale e democrazia partecipativa*, Il Mulino, Bologna, pp.47-65.

“Veniamo a trovarvi”

PARTE II

STUDIO SUI COSTI E I BENEFICI DELLA DOMICILIARITA' NELLA PROVINCIA DI CUNEO. I DATI GENERALI DI CONTESTO SULLE CURE DOMICILIARI

Gabriella Viberti

PREMESSA GENERALE

Il Piemonte è una delle regioni italiane in cui si vive più a lungo, all'interno di uno dei paesi, l'Italia, nei quali si invecchia di più.

L'allungamento della vita rappresenta un'importante conquista e, insieme, una sfida, anche in considerazione del rilevante impatto delle risorse socio sanitarie destinate alla popolazione anziana; su questo versante la predisposizione di politiche efficaci richiede la conoscenza di un quadro conoscitivo e interpretativo analiticamente fondato, che ci si propone di ricostruire in questa seconda parte del lavoro.

I dati analizzati di seguito evidenziano come il servizio socio sanitario regionale già oggi garantisca, in provincia di Cuneo, agli anziani non autosufficienti, un ampio ventaglio di servizi, con una varietà di soluzioni superiore a quella osservabile nella gran parte delle regioni italiane.

All'interno di questi le varie tipologie di assistenza domiciliare e di interventi a sostegno della domiciliarità rappresentano elemento qualificante dell'obiettivo del mantenimento degli anziani fragili nel proprio ambiente abituale di vita, con a fianco le persone più care.

Le cure domiciliari, secondo le linee guida predisposte già nel 2004 dalla regione Piemonte, rappresentano una modalità di assistenza sanitaria e sociale erogata al domicilio del paziente in modo continuo e integrato, al fine di fornire cure appropriate, da parte degli operatori sanitari e sociali, all'interno dei percorsi di assistenza degli anziani cronici non autosufficienti, che si sviluppano come illustrato nel prospetto 1 che segue.

Nel ventaglio dei servizi oggi offerti agli anziani cronici non autosufficienti è possibile individuare tre macro-tipologie di cure domiciliari:

- gli interventi per i pazienti acuti e in via di stabilizzazione: assistenza domiciliare integrata, assistenza infermieristica e assistenza programmata dei medici di famiglia, erogati dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL);
- gli interventi di lungo assistenza per i pazienti cronici, erogati dagli assistenti tutelari delle ASL o degli Enti Gestori dei Servizi Socio Assistenziali (EEGG);
- gli interventi a sostegno della domiciliarità: interventi economici quali erogazioni di assegni di cura o buoni servizio, telesoccorso, pasti a domicilio, interventi di qualificazione delle assistenti familiari, erogati dalle ASL o dagli EEGG, tesi a favorire il mantenimento degli anziani nel proprio contesto di vita.

“Veniamo a trovarvi”

Prospetto 1 - I percorsi di assistenza degli anziani cronici non autosufficienti



Ma come si distribuiscono la consistenza e la tipologia dei servizi socio sanitari oggi erogati agli anziani cronici non autosufficienti in provincia di Cuneo? Sono già oggi adeguati al fabbisogno della popolazione afferente ai servizi? Qual è il quadro delle due ASL della provincia in relazione alla diffusione e all'appropriatezza dei servizi erogati?

“Veniamo a trovarvi”

In questa seconda parte del lavoro si cercherà di fornire risposte a tali interrogativi illustrando i servizi che compongono i percorsi di cura integrati degli anziani cronici non autosufficienti (assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale) e riferendoli alle dinamiche complessive dell'erogazione dei servizi socio sanitari in provincia di Cuneo, attraverso un'analisi che, in una dinamica comparata, mette a confronto le realtà delle due ASL della provincia, analizzandone le attività erogate e i costi sostenuti.

Tutti i dati utilizzati provengono dalle banche dati della regione Piemonte, Assessorato tutela salute e assistenza, dalle due direzioni politiche sanitarie e politiche sociali: questo per consentire gli opportuni confronti tra le due ASL della provincia di Cuneo e la realtà regionale complessiva.

Sono stati utilizzati i dati definitivi relativi al 2009 contenuti nei piani di attività delle ASL, inviati dalle ASL piemontesi agli uffici regionali nel giugno 2010. Nonostante un'ulteriore verifica condotta sulla loro coerenza, è possibile che alcuni di questi non coincidano perfettamente con gli archivi a disposizione nelle singole ASL, causa i differenti periodi di aggiornamento e di estrazione dei dati e le diverse possibili aggregazioni effettuabili.

Il primo capitolo di questa seconda parte ricostruisce il profilo demografico e il profilo epidemiologico della provincia di Cuneo, insieme a valutazioni di contesto del territorio delle due ASL e della performance del servizio socio sanitario provinciale.

Il secondo capitolo illustra i percorsi di cura degli anziani cronici non autosufficienti nella nostra regione e in provincia di Cuneo, dal momento dell'accesso e della valutazione delle condizioni degli anziani allo sviluppo dei servizi erogati, suddivisi nelle tre macrotipologie: domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

Il terzo capitolo sviluppa un'analisi quantitativa delle prestazioni erogate all'interno dei percorsi di cura per anziani cronici non autosufficienti e della spesa per queste sostenuta, mettendo a confronto, per quanto i dati disponibili lo consentano, le cure domiciliari con altre alternative di intervento.

Nel quarto capitolo vengono analizzate le informazioni disponibili relative ai costi sostenuti per le diverse alternative di intervento, complessivi e unitari, insieme ai fattori produttivi utilizzati per la produzione dei servizi.

Il lavoro si concentra sulle attività e le spese sostenute attraverso interventi specificamente riservati agli anziani non autosufficienti; l'analisi non considera, se non per brevi accenni, le attività disponibili per la generalità dei cittadini e quindi anche per le persone anziane prive di autonomia (assistenza medica, ricoveri ospedalieri, ecc.)

Il livello di disaggregazione dei dati utilizzato è di volta in volta, a seconda delle caratteristiche dei dati disponibili, l'ASL o il distretto.

1. Profili di salute in provincia di Cuneo

Premessa: gli obiettivi del capitolo e le caratteristiche due ASL della provincia

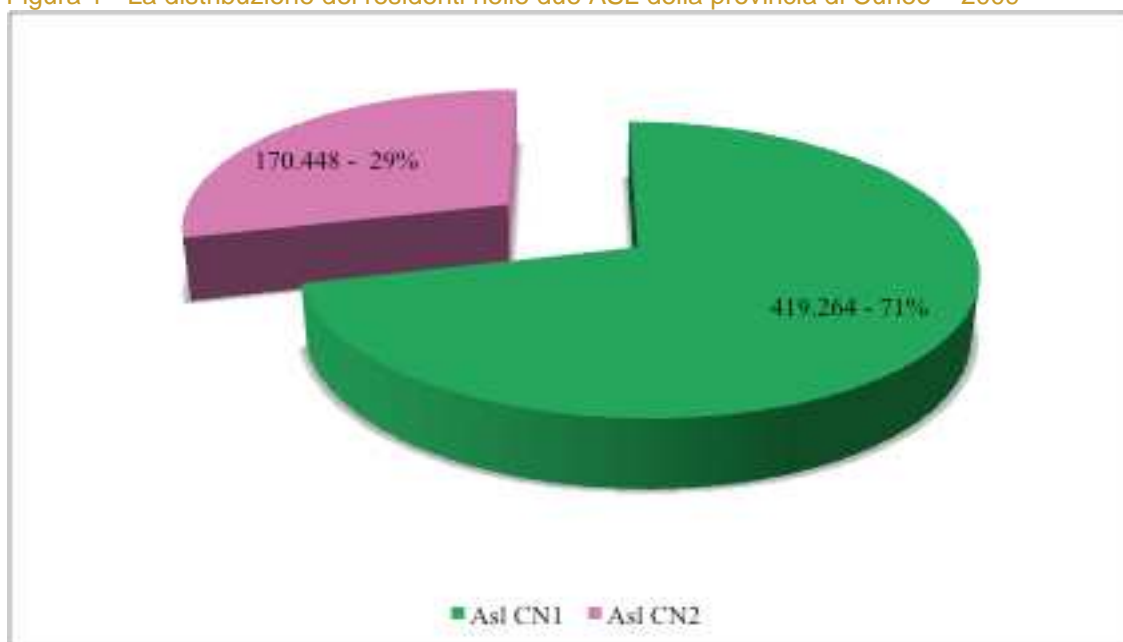
Il presente capitolo si propone di ricostruire, in sintesi, il fabbisogno di salute e le principali caratteristiche del servizio sanitario nelle ASL CN1 e CN2, attraverso l'utilizzo dei principali indici demografici (classi di età) epidemiologici (mortalità) e di attività, effettuando confronti con la realtà regionale, con particolare attenzione alle caratteristiche e al fabbisogno della popolazione anziana.

I dati disponibili, acquisiti presso fonti aziendali e regionali, sono stati elaborati e messi a confronto utilizzando indicatori demografici ed epidemiologici tratti, quando non specificato altrimenti, dal sistema di indicatori predisposto dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, adottato dal Ministero della Salute per le valutazioni interregionali e da un network di regioni, tra le quali il Piemonte, per le valutazioni infraregionali.

Nella provincia di Cuneo vivono 589.712 abitanti, il 13,2% della popolazione complessiva residente in Piemonte, e 130.445 anziani, il 12,8% del totale dei residenti nella regione.

Di questi abitanti, 419.264, il 71,1% del totale provinciale, vivono nell'ASL CN1 e 170.448, il 28,9% del totale, vivono nell'ASL CN2.

Figura 1 - La distribuzione dei residenti nelle due ASL della provincia di Cuneo – 2009



Fonte: Regione Piemonte, banca dati demografico evolutiva

“Veniamo a trovarvi”

Le tabelle che seguono delineano le caratteristiche del territorio delle due ASL della provincia e dei relativi distretti.

Tabella 1 - Le due ASL della provincia di Cuneo – Caratteristiche del territorio

	ASL CN1	ASL CN2	Provincia di Cuneo
Residenti	419.264	170.448	589.712
Superficie in kmq	5.790,86	1.117,81	6.908,67
Residenti per kmq	72,40	152,48	224,88
Numero di comuni – pianura (val. ass. -% su totale)	38 (24,7%)	3 (3,96%)	41 (17,8%)
Numero di comuni – collina (val. ass. -% su totale)	40 (25,9%)	73 (96,2%)	113 (49,1%)
Numero di comuni – montagna (val. ass. -% su totale)	76 (49,3%)	0	76 (33,1%)

Fonte: Regione Piemonte

L'ASL CN1 è caratterizzata da un numero di residenti più che doppio rispetto all'ASL CN2 (419.264 a fronte di 170.448) e da una superficie di cinque volte superiore (5.790,86 Km² a fronte di 1.117,81). Di conseguenza i residenti per Km² sono molto più numerosi nell'ASL CN2, 152,48 a fronte dei 72,40 dell'ASL CN1.

Nell'ASL CN1 prevalgono i comuni montani, ben 76 (il 49,3% del totale) sui 154 comuni complessivi, seguiti dai comuni collinari (40, il 25,9% del totale) e di pianura (38, 24,7% del totale dei comuni dell'ASL). Nell'ASL CN2, per contro, non sono presenti comuni montani e i comuni presenti sono per la maggior parte collinari (73 su 76, il 96,2%). Tre comuni (il 3,96%) sono di pianura.

Tabella 2 - I distretti dell'ASL CN1 – Caratteristiche del territorio

	Ceva	Cuneo	Borgo - Dronero
Residenti	23.785	72.930	88.198
Superficie in kmq	769,64	253,44	2.208,93
Residenti per kmq	30,90	287,66	39,92
Numero di comuni – pianura (val. ass. -% su totale)	0	8 (100%)	2 (4,4%)
Numero di comuni – collina (val. ass. -% su totale)	18 (52,9%)	0	0
Numero di comuni – montagna (val. ass. -% su totale)	16 (47,1%)	0	43 (95,6%)

Fonte: Regione Piemonte

Dei sei distretti dell'ASL CN1 quattro (Cuneo, Borgo, Fossano e Saluzzo) hanno più di 70.000 abitanti, uno, Mondovì, si colloca attorno ai 65.000 abitanti mentre uno, Ceva, ha meno di 30.000 abitanti (per l'esattezza 23.785).

I due distretti più grandi dell'ASL CN1 in termini di superficie sono il distretto di Borgo (con una superficie di 2.208,93 Km²), e di Saluzzo (superficie 1.173,77 Km²).

La densità di popolazione per Km² è molto bassa nei due distretti Borgo (39,92) e Ceva (30,90); nel distretto di Cuneo raggiunge i 253,44 abitanti per Km².

Molto diversi tra loro per caratteristiche orografiche i sei distretti della provincia di Cuneo: due distretti, Cuneo e Fossano, sono caratterizzati dal 100% dei Comuni in pianura, due distretti, Ceva e Saluzzo, hanno caratteristiche miste, con i comuni che si distribuiscono pressoché equamente tra pianura-collina e montagna, mentre i due distretti di Mondovì e Borgo hanno una prevalenza di comuni montani (18 su 30 a Mondovì, il 60% del totale e 43 su 45 a Borgo, il 95,6% del totale).

Tabella 3 - I distretti dell'ASL CN1 – Caratteristiche del territorio

	Mondovì	Fossano	Saluzzo
Residenti	64.681	88.366	81.304
Superficie in kmq	729,07	656,01	1.173,77
Residenti per kmq	88,72	134,7	69,26
Numero di comuni – pianura (val. ass. -% su totale)	4 (13,3%)	19 (100%)	5 (27,8%)
Numero di comuni – collina (val. ass. -% su totale)	8 (26,7%)	0	4 (22,2%)
Numero di comuni – montagna (val. ass. -% su totale)	18 (60%)	0	9 (50%)

Fonte: Regione Piemonte

I due distretti dell'ASL CN2 sono differenti per dimensione (105.199 abitanti ad Alba e 65.249 a Bra) superficie (786,09 Km² per Alba e 331,72, meno della metà, per Bra) e densità della popolazione (133,82 ad Alba e 196,69 a Bra, più densamente popolata).

Nell'ASL CN2 prevalgono i comuni collinari, che rappresentano il 100% del totale (65 comuni) nel distretto di Alba e il 72,7% del totale (8 Comuni su 11) nel distretto di Bra. Gli altri 3 comuni del distretto di Bra (il 27,3% del totale) sono di pianura.

Tabella 4 - I distretti dell'ASL CN2 – Caratteristiche del territorio

	Alba	Bra
Residenti	105.199	65.249
Superficie in kmq	786,09	331,72
Residenti per kmq	133,82	196,69
Numero di comuni – pianura (val. ass. -% su totale)	0	3 (27,3%)
Numero di comuni – collina (val. ass. -% su totale)	65 (100%)	8 (72,7%)
Numero di comuni – montagna (val. ass. -% su totale)	0	0

Fonte: Regione Piemonte

1.1 Le peculiarità demografiche della provincia di Cuneo

L’analisi di un gruppo di indici demografici, che tiene conto dell’incidenza delle diverse classi di età della popolazione evidenzia:

- per quanto riguarda l’indice di invecchiamento (residenti over 65/ totale residenti) la provincia di Cuneo nel complesso, con i suoi 135.445 ultra sessantacinquenni, si attesta su un valore del 22,1%, leggermente inferiore al valore medio regionale di 22,8, ma tre distretti delle due ASL superano il 23% di anziani (Mondovì nell’ASL CN1 e Alba nell’ASL CN2 si attestano attorno al 23% e Ceva raggiunge la percentuale del 28,9% di anziani).

Tabella 5 – Residenti in provincia di Cuneo e in Piemonte – Valori assoluti – 2009

Provincia	ASL	Distretto	Ente/i Gestori Servizi Socio Assistenziali	Totale residenti	Over 65	Over 75
	CN1	Ceva	CM Mongia Cevetta Langa Cebana Alta Val Tanaro	23.785	6.879	3.816
		Cuneo	CSA Cuneese	72.930	16.337	8.139
		Borgo- Dronero	CSA Valli Grana e Maira	88.198	18.387	9.113
		Mondovì	CISA Monregalese	64.681	15.362	7.979
		Fossano	Consorzio Monviso Solidale	88.366	18.180	8.703
		Saluzzo		81.304	18.024	9.070
	Totale ASL CN1			419.264	93.169	46.820
	CN2	Alba	CSA Alba-Langhe- Roero /CM Alta Langa	105.199	24.166	12.501
		Bra	CISA Intesa	65.249	13.110	6.455
	Totale ASL CN2			170.448	37.276	18.956
Cuneo				589.712	130.445	65.776
Torino				2.320.216	515.674	245.400
Vercelli				177.268	44.146	23.002
Biella				177.656	44.359	22.402
Novara				346.482	72.674	36.110
VCO				173.988	40.666	19.864
Asti				208.673	49.832	26.392
Alessandria				452.235	116.583	60.810
Piemonte				4.446.230	1.014.379	499.756
Bernezzo				3.663	557	275

Fonte: Regione Piemonte, banca dati demografico evolutiva - 2009

Per quanto riguarda l’indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione anziana e quella più “giovane” qui individuata con la popolazione inferiore a 18 anni), il cui valore elevato denota un basso ricambio della popolazione, la provincia di Cuneo fa rilevare un valore sensibilmente più basso rispetto a quello regionale (134 a fronte di 149): l’incidenza della popolazione con meno di diciotto anni è più elevata in provincia di Cuneo; particolarmente elevato il tasso di ricambio nel

“Veniamo a trovarvi”

distretto di Fossano dell'ASL CN1 (indice di vecchiaia 118,1) e nel distretto di Bra dell'ASL CN2 (indice di vecchiaia 116,3).

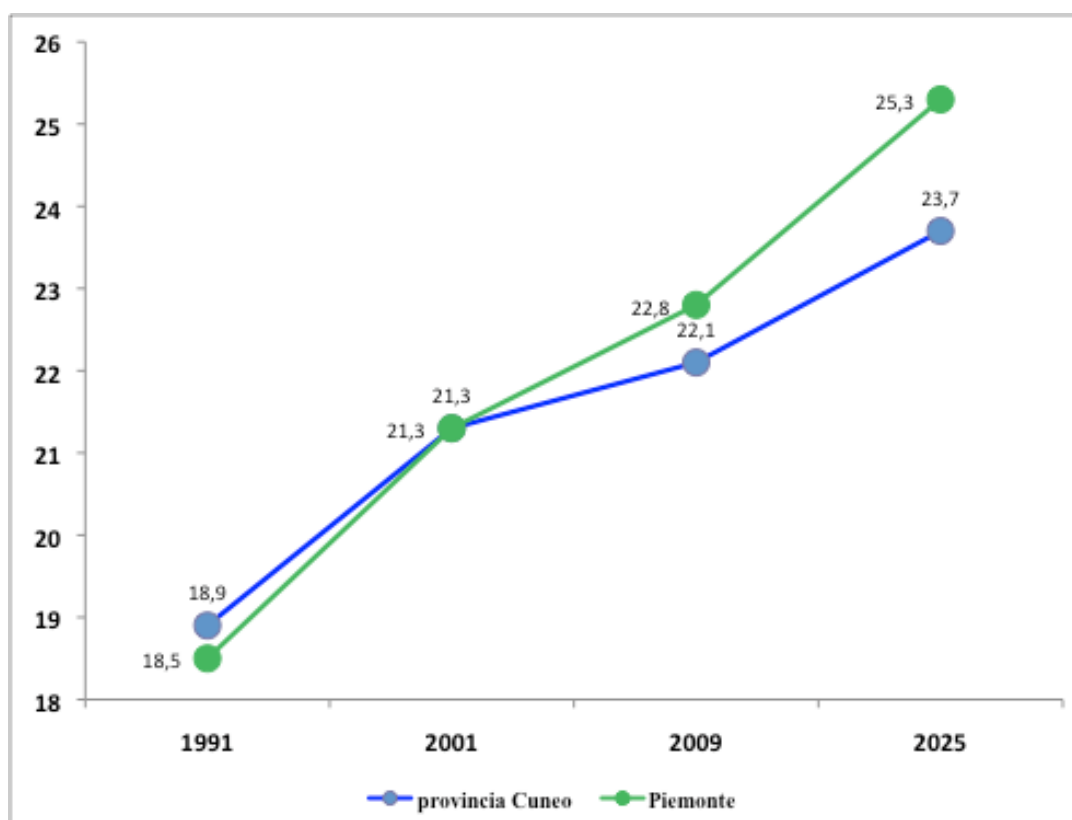
Tabella 6 – Residenti e indici demografici in provincia di Cuneo e in Piemonte – 2009

Provincia	ASL	Distretto	Ente/i Gestori Servizi Socio Assistenziali	Indice di invecchiamento > 65/ pop	Indice di vecchiaia (> 65/< 18)	Rapporto quarta/terza età (>75/(65-74))
	CN1	Ceva	CM Mongia Cevetta Langa Cebana Alta Val Tanaro	28,9	212,4	124,6
		Cuneo	CSA Cuneese	22,4	135,9	99,3
		Borgo-Dronero	CSA Valli Grana e Maira	20,8	122,6	98,3
		Mondovì	CISA Monregalese	23,8	144,9	108,1
		Fossano	Consorzio	20,6	118,1	91,8
		Saluzzo	Monviso Solidale	22,2	135,8	101,3
	Totale ASL CN1			22,2	134,0	101,0
	CN2	Alba	CSA Alba-Langhe-Roero /CM Alta Langa	23,0	146,1	107,2
		Bra	CISA Intesa	20,1	116,3	97,0
	Totale ASL CN2			21,9	134,0	103,5
		Cuneo		22,1	134,0	101,7
		Torino		22,2	144,2	90,8
		Vercelli		24,9	177,3	108,8
		Biella		25,0	173,2	102,0
		Novara		21,0	132,5	98,8
		VCO		23,4	160,6	95,5
		Asti		23,9	158,1	112,6
		Alessandria		25,8	188,9	109,0
		Piemonte		22,8	149,4	97,1
		Bernezzo		15,2	76,0	97,5

Fonte: Regione Piemonte, banca dati demografico evolutiva - 2009

Con riferimento, invece, al rapporto tra la quarta e la terza età, che evidenzia la percentuale di ultra settantacinquenni sulla popolazione nella fascia di età compresa tra 65 e 75 anni, si rileva che i “grandi anziani”, con più di 75 anni, in provincia di Cuneo sono percentualmente più numerosi rispetto alla media regionale (valore indice 103,5 a fronte di 97,1 regionale), con conseguenti maggiori oneri nell'assistenza ai non autosufficienti, più numerosi nella classe di età con più di 75 anni. Tra i distretti delle due ASL della provincia di Cuneo, solo quello di Fossano è caratterizzato da un rapporto sensibilmente inferiore a quello medio regionale (91,8 a fronte di 97,1).

Figura 2 – Percentuale di anziani – Piemonte e provincia di Cuneo – 1991 – 2025



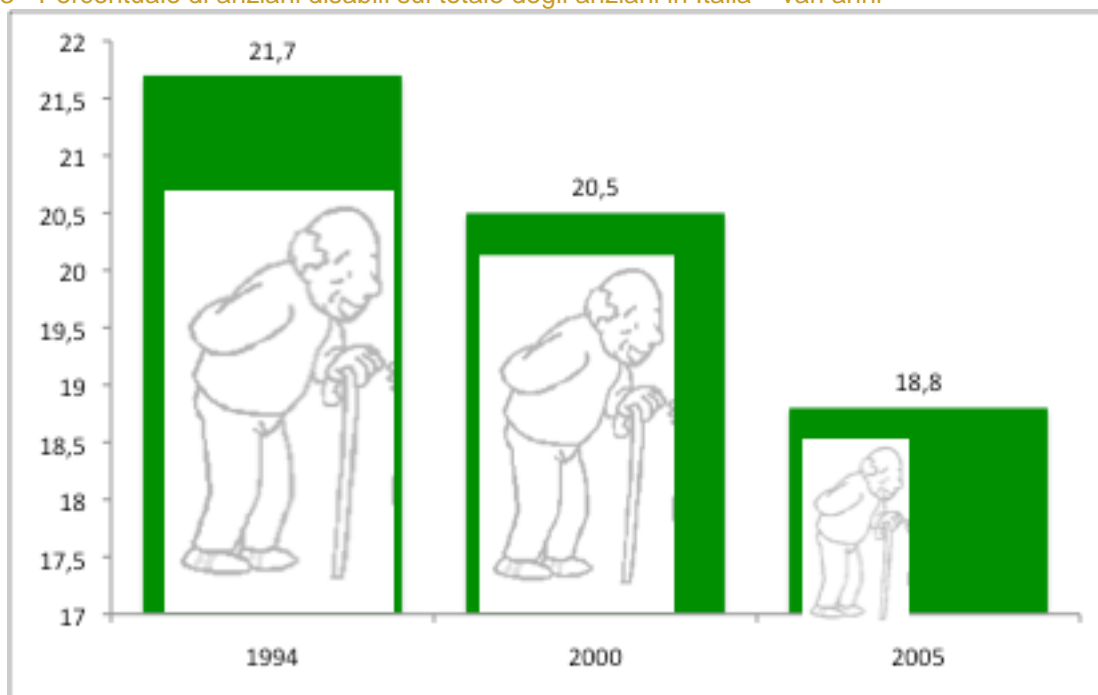
Fonte: Regione Piemonte, banca dati demografico evolutiva – vari anni – proiezioni al 2025 Ires Piemonte

Se si analizzano negli anni i dati relativi alla consistenza della popolazione per classi di età, la provincia di Cuneo fa registrare un tasso di crescita della popolazione anziana leggermente inferiore rispetto a quello medio regionale (presumibilmente a causa del più elevato tasso di natalità): nella figura 2 l'indicatore relativo alla percentuale di popolazione anziana per il 2009 è stato messo a confronto con i valori dello stesso indicatore nel 1991 e nel 2001 e con le proiezioni (effettuate dall'Ires Piemonte) al 2025: all'interno di un trend gradualmente crescente dell'incidenza della popolazione anziana sul totale, la provincia di Cuneo passa da una percentuale di anziani leggermente superiore a quella media regionale ad una percentuale leggermente inferiore nell'ultimo ventennio; la forbice, secondo le previsioni, sembra destinata ad allargarsi.

I “grandi anziani”, con più di 75 anni, 65.776 nel 2009, saranno 86.046 nel 2025, secondo le proiezioni effettuate dall'Ires Piemonte.

A fronte di un invecchiamento progressivo della popolazione, gli anziani invecchiano in migliore salute: i dati della figura che segue, tratti dalle indagini Multiscopo Istat condotte nel 1994, 2000 e 2005, evidenziano come la percentuale di malattie croniche, tra gli ultrasessantacinquenni, sia passata, in Italia, dal 21,7% del 1994 al 20,5% del 2000, al 18,8% del 2005 (figura 3).

Figura 3 - Percentuale di anziani disabili sul totale degli anziani in Italia – vari anni



Fonte: indagini Multiscopo Istat, vari anni

1.2 Lo stato di salute dei cuneesi e i comportamenti salutari

Per delineare un quadro della salute e degli stili di vita dei residenti nelle due ASL della provincia di Cuneo è stato utilizzato un gruppo di indicatori diffusi dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa nell'ambito del sistema di valutazione della performance dei servizi sanitari regionali ¹¹.

Nelle tabelle che seguono gli indicatori evidenziati in verde indicano, per le due ASL della provincia di Cuneo, performance migliori rispetto ai valori medi regionali, mentre quelli evidenziati in rosso delineano performance peggiori.

¹¹ La fonte dei dati è rappresentata dai flussi di mortalità e dall'indagine PASSI (indagine telefonica promossa dal Ministero della Salute e condotta nelle ASL delle regioni italiane sugli stili di vita e le condizioni di salute della popolazione).

Tabella 7 – Profili di salute in provincia di Cuneo (mortalità 2006, speranza di vita e comportamenti a rischio 2009)

	ASL CN1	ASL CN2	Piemonte
Mortalità per tumori - tasso per 100.000 ab.	262,47	255,76	273,09
Mortalità per malattie circolatorie - tasso per 100.000 ab.	352,93	320,81	334,34
Mortalità evitabile (tasso per 100.000 abitanti)	136,69	117,6	150,34
Speranza di vita alla nascita - uomini	78,03	78,22	78,51
Speranza di vita alla nascita - donne	83,65	84,5	83,88
Percentuale di persone obese	9,04	9,8	9,1
Percentuale di bevitori a rischio	21,9	23,4	20,8
Percentuale di fumatori	25,5	36	28,8
Percentuale di sedentari	28,45	22,9	27,17

Fonte: indicatori Sant’Anna Pisa

Rispetto alle due principali cause di mortalità della popolazione piemontese, tumori e malattie circolatorie, le due ASL della provincia di Cuneo si comportano in modo differente: inferiore per entrambe il tasso di mortalità per tumori, su versanti opposti rispetto alla media regionale la mortalità per malattie circolatorie (per le quali l’ASL CN1, con 353 morti osservati ogni 100.000 abitanti, si colloca sensibilmente al di sopra del valore medio regionale di 334).

Per quanto riguarda l’indicatore relativo alla mortalità evitabile, invece, che misura gli anni di vita potenzialmente vivibili¹² e persi per cause prevenibili, si evidenziano per le due ASL della provincia valori inferiori a quelli medi regionali (non si registrano quindi elevati margini di mortalità evitabile).

La speranza di vita, per uomini e donne, si assesta sui livelli medi regionali: un poco più alta la speranza di vita delle donne nell’ASL CN2 (84,5 anni a fronte di una media regionale di 83,9).

Con riferimento agli stili di vita dei residenti nella provincia di Cuneo, i dati dell’indagine PASSI relativi ad alcuni dei comportamenti a rischio più diffusi rilevano una percentuale di persone obese in linea con i valori medi regionali, una percentuale di bevitori a rischio un poco più elevata, un comportamento differenziato per le due ASL per quanto riguarda l’abitudine al fumo (pochi fumatori nell’ASL CN1, 25,5% e molti nell’ASL CN2, 36%, a fronte di un valore medio regionale di 28,8) e la sedentarietà (questa volta pochi sedentari nell’ASL CN2 e molti nell’ASL CN1 – rispettivamente 22,9 e 28,4% a fronte di un valore medio regionale di 22,17).

¹² L’indicatore si calcola sommando i tassi di mortalità specifici per età ponderati per la differenza tra l’età della morte e l’età presa come riferimento (generalmente 75 anni: ad es., per un bambino deceduto all’età di 5 anni si considerano 70 anni di vita potenzialmente persi).

1.3 Qualche dato di contesto sul servizio sanitario in provincia di Cuneo

Con riferimento agli indicatori relativi alle attività erogate e alla performance, le due ASL cuneesi evidenziano comportamenti efficienti, come emerge dalla tabella 3 che segue (nella quale i valori evidenziati in verde indicano performance migliori rispetto a quelle regionali e i valori evidenziati in rosso performance peggiori): entrambe spendono una cifra decisamente inferiore al valore medio regionale per i servizi sanitari erogati ai propri cittadini, mentre il tasso di ricovero dei residenti è leggermente più elevato dei valori medi regionali nell'ASL CN1 (160 a fronte di 159). Buona la performance relativa alla degenza media (durata media dei ricoveri) nell'ASL CN1, un poco più alta rispetto al valore medio regionale (1,29 rispetto a 1,21) nell'ASL CN2.

I ricoveri considerati inappropriati dalla normativa¹³, per episodi di malattia curabili in modo più appropriato al domicilio, sono un buon indicatore per considerare la capacità di risposta dei servizi territoriali. All'interno di una regione “virtuosa” rispetto ai valori medi nazionali come il Piemonte, le due ASL della provincia di Cuneo evidenziano tassi di ricovero discordanti rispetto alla media regionale:

- per scompenso cardiaco (rispettivamente 283,2 ricoveri ogni 100.00 abitanti nell'ASL CN1 e 191 nell'ASL CN2 rispetto a 210,9 media regionale);
- per polmonite (rispettivamente 154,5 ricoveri ogni 100.00 abitanti e 105,8 rispetto a 115,2 media regionale);
- più alti per diabete (rispettivamente 67,6 ricoveri ogni 100.00 abitanti nell'ASL CN1 e 50,8 nell'ASL CN2 rispetto a 38,7 media regionale);
- per BPCO (rispettivamente 100,5 ricoveri ogni 100.00 abitanti nell'ASL CN1 e 103,5 nell'ASL CN2 rispetto a 79 media regionale).

I dati sembrerebbero insomma evidenziare l'esigenza di lavorare ancora sui servizi territoriali delle due ASL cuneesi finalizzati a prevenire il ricovero per patologie croniche.

Il ricorso alle prestazioni specialistiche dei residenti nelle due ASL della provincia evidenzia un tasso di ricorso più contenuto rispetto ai valori medi regionali sia per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali, le prestazioni RX, TAC e RMN, con riferimento alle prestazioni consumate in strutture della regione e a quelle consumate in strutture al di fuori della regione.

¹³Si tratta di casi di casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio del paziente e minore impiego di risorse (D.P.C.M. 29.11.2001 istitutivo dei Livelli Essenziali di Assistenza - Allegato 2c - e Patto per la Salute 2010-2012).

Tabella 8 – Dati di contesto del servizio sanitario in provincia di Cuneo – 2009

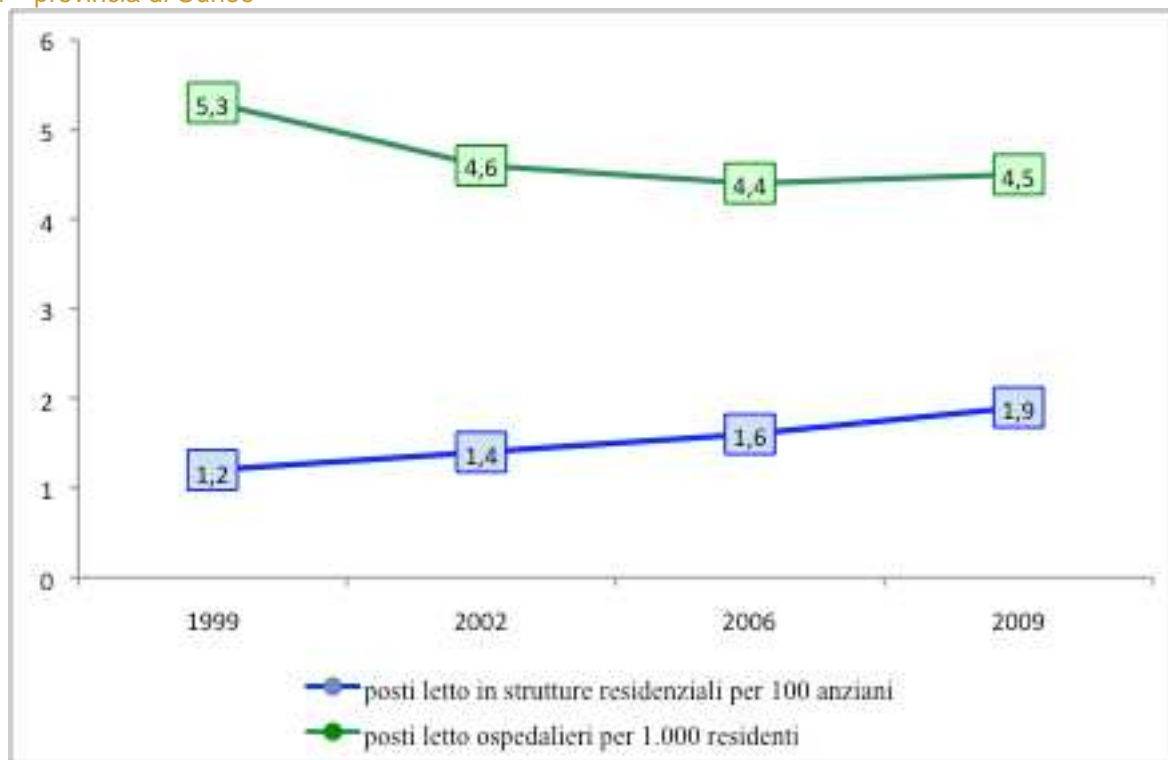
	ASL CN1	ASL CN2	Piemonte
Spesa pro capite per i servizi sanitari ponderata per età	1.724,68	1.626,70	1.959,48
Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	160,06	156,63	158,62
Indice di performance degenza media per acuti	0,59	1,29	1,21
Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)	283,18	191,05	210,90
Tasso di ricovero per diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)	67,59	50,82	38,77
Tasso di ricovero per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	100,46	103,49	79,05
Tasso di ricovero per polmonite per 100.000 residenti (20-74 anni)	154,54	105,80	115,80
Prestazioni ambulatoriali in strutture della regione per 1.000 residenti standardizzati per età	3.548,95	4.212,83	4.893,84
Prestazioni ambulatoriali in strutture fuori regione per 1.000 residenti standardizzati per età	125,54	127,26	261,32
Prestazioni RX tradizionale in strutture della regione per 1.000 residenti standardizzati per età	291,21	296,55	348,39
Prestazioni RX tradizionale in strutture fuori regione per 1.000 residenti standardizzati per età	4,81	3,86	7,48
Prestazioni TAC in strutture della regione per 1.000 residenti standardizzati per età	38,55	28,99	41,38
Prestazioni TAC in strutture fuori regione per 1.000 residenti standardizzati per età	0,61	0,47	1,25
Prestazioni RMN in strutture della regione per 1.000 residenti standardizzati per età	48,84	54,50	61,37
Prestazioni RMN in strutture fuori regione per 1.000 residenti standardizzati per età	0,73	0,71	1,62

Fonte: indicatori Sant'Anna Pisa

“Veniamo a trovarvi”

In termini di dotazione di strutture destinate all'erogazione di servizi socio sanitari in provincia di Cuneo, è interessante osservare l'andamento delle due linee riportate nella figura 4 che segue, che evidenziano la diminuzione negli anni dei posti letto ospedalieri, ridottisi dai 5,3 ogni 1.000 residenti del 1999 ai 4,5 del 2009 e, per contro, la crescita dei posti letto nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti, passati dagli 1,2 del 1999 agli 1,9 del 2009.

Figura 4 - Posti letto ospedalieri e posti letto in strutture residenziali socio sanitarie per anziani negli ultimi 20 anni – provincia di Cuneo



Fonte: sistema informativo socio sanitario - Regione Piemonte

1.4 La non autosufficienza

Una parte della popolazione anziana, i non autosufficienti, ha bisogno della rete di servizi sociali e sanitari.

Come si può definire, innanzitutto, la non autosufficienza?

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità una persona è considerata non autosufficiente quando presenta una riduzione delle capacità funzionali tale da non poter condurre in autonomia la propria esistenza. La condizione di non autosufficienza viene pertanto valutata misurando le capacità dell'individuo di svolgere o meno le funzioni essenziali della vita quotidiana, distinguibili in attività per la cura del sé (Activities of Daily Living, ADL) e attività strumentali (Instrumental Activities of Daily Living, IADL).

Ma quanti sono gli anziani non autosufficienti o disabili?

Una ricerca sui livelli di disabilità negli anziani condotta dall'Istat con l'indagine Multiscopo del 2004-2005, che considera non autosufficienti coloro che dichiarano il massimo grado di difficoltà, non temporanea, in almeno una delle funzioni individuate nelle sue indagini:

- funzioni della vita quotidiana¹⁴ che comprendono le attività di cura alla persona (lavarsi, vestirsi, mangiare...);

¹⁴ ADL: vestirsi/spogliarsi, lavarsi, mangiare e bere, muoversi nella propria abitazione, recarsi in bagno e spostarsi dalla sedia a rotelle al letto e viceversa e IADL: prepararsi i pasti, pulire l'abitazione, lavare il proprio abbigliamento,

“Veniamo a trovarvi”

- le funzioni della mobilità e della locomozione (camminare, salire e scendere le scale...);
- le funzioni della comunicazione, comprensive della parola, della vista e dell'udito;

ha evidenziato come gli anziani non autosufficienti in Italia siano il 18,7% del totale (16,9% in Piemonte). Tale percentuale sale al 47% oltre gli 80 anni e di questi gli anziani confinati a letto o in una poltrona rappresentano il 3,7% del totale.

In realtà tale percentuale non pare rappresentativa della percentuale di anziani bisognosi di assistenza: ad esempio in Germania la necessità di assistenza (riconosciuta dall'assicurazione sulla non autosufficienza) deve essere relativa ad almeno due funzioni della vita quotidiana ADL e gli anziani che rientrano in questa categoria rappresentano l'11% del totale.

Se applicassimo tali percentuali agli anziani ultrasessantacinquenni residenti in provincia di Cuneo gli anziani bisognosi di assistenza risulterebbero:

- secondo l'indagine Istat 22.045 (15.746 nell'ASL CN1 e 6.300 nell'ASL CN2);
- secondo le percentuali stimate in Germania 14.349 (10.249 nell'ASL CN1 e 4.100 nell'ASL CN2).

2. I percorsi di cura degli anziani non autosufficienti e l'assistenza domiciliare

2.1 La tutela della salute nel servizio sanitario nazionale e in Piemonte, i soggetti preposti e i livelli di assistenza erogati

La tutela della salute delle persone, e in particolar modo di quelle più fragili, viene assicurata, all'interno del Servizio Sanitario Nazionale e in Piemonte, con l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, LEA, introdotti con il D.P.C.M. 29.11.2001, ovvero le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione con l'utente.

I soggetti deputati all'erogazione dei livelli di assistenza sono i servizi delle ASL della regione.

Attualmente tutti i cittadini, quindi anche gli anziani non autosufficienti, possono usufruire delle prestazioni appartenenti a tre grandi aree:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività e ai singoli;
- l'assistenza distrettuale, le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio: medicina di base, assistenza farmaceutica, assistenza specialistica e diagnostica ambulatoriale, fornitura di ausili protesici, servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi, servizi territoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);
- l'assistenza ospedaliera, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per acuti, per la lungodegenza e la riabilitazione.

All'interno del macrolivello assistenza distrettuale i livelli specificamente definiti dalla normativa per gli anziani non autosufficienti sono quelli descritti nel Prospetto 2 che segue.

prendere i medicinali, visitare i luoghi oltre la distanza di passeggio, fare acquisti, gestire i propri risparmi, usare il telefono/internet e comunicazione.

Prospetto 2 - Macrolivello assistenza distrettuale - Area integrazione socio sanitaria (D.P.C.M. 29.11.01)

Livelli	Microlivelli	Prestazioni	Percentuale di spesa a carico utente o comune
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	Assistenza programmata a domicilio	a) Prestazioni a domicilio dei mmg b) Prestazioni a domicilio di medicina specialistica c) Prestazioni infermieristiche a domicilio d) Prestazioni riabilitative a domicilio e) Prestazioni aiuto infermieristico e ass. tutelare f) Prestazioni ass. farmaceutica, protesica integrativa	50%
Assistenza territoriale semiresidenziale	Attività sanitaria e socio sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani	Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo	50%
Assistenza territoriale residenziale	Attività sanitaria e socio sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani	a) Prestazioni di cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti in fase intensiva e estensiva b) Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo	50%

A questi si aggiungono i servizi, domiciliari, semiresidenziali e residenziali erogati dagli Enti gestori dei servizi socio assistenziali.

2.2 I percorsi di cura degli anziani cronici non autosufficienti

2.2.1 L'accesso

La prima tappa del percorso di assistenza e cura di un anziano non autosufficiente consiste nella presentazione di una domanda per la valutazione delle condizioni di non autosufficienza (da parte del diretto interessato - o da un suo rappresentante legale – o di una terza persona, convivente, parente, ecc.), direttamente alla segreteria della Unità di valutazione geriatria (UVG), dell'ASL di residenza o, laddove avviato, allo Sportello unico di accesso ai servizi socio-sanitari. Lo sportello unico, istituito nel 2008, è stato pensato per sostenere le funzioni di accesso generale al sistema dei servizi, con compiti di prima accoglienza e semplificazione.

Il medico curante, gli operatori del servizio di cure domiciliari o dei servizi sociali sono tenuti a fornire le indicazioni necessarie all'inoltro della domanda.

La segreteria dell'UVG raccoglie la richiesta di valutazione del cittadino e provvede a fissare la data della visita entro 60 giorni dalla presentazione della domanda, comunicandola al medico che ha in carico l'anziano (al quale sarà tenuta a comunicare successivamente anche l'esito della valutazione con il relativo progetto).

L'unità di valutazione geriatrica, istituita, in Piemonte, nel 1992/1993, in attuazione del progetto obiettivo nazionale “Tutela della salute degli anziani” quale “luogo per la valutazione multidimensionale e globale del singolo caso e di definizione del relativo programma preventivo, curativo e riabilitativo diretto a garantire la continuità assistenziale”, rappresenta il nucleo centrale del coordinamento per accedere ai diversi servizi rivolti agli anziani e ha competenza per tutti i tipi di progettualità (progetti domiciliari, semiresidenziali o residenziali).

“Veniamo a trovarvi”

Si tratta di una commissione multidisciplinare composta da medici, infermieri professionali, assistenti sociali ed eventuali altre figure professionali ritenute opportune per la valutazione di ogni singolo caso, integrando al proprio interno la componente sanitaria con quella sociale.

Al momento della valutazione, l'interessato può richiedere la presenza del proprio medico di fiducia. Nel caso in cui il paziente non possa recarsi presso l'ambulatorio (condizione che deve essere certificata dal medico curante) la visita può essere effettuata presso l'abitazione dell'interessato, la struttura residenziale in cui è ospitato o ancora il reparto ospedaliero o la casa di cura in cui è ricoverato.

2.2.2 La valutazione dello stato di non autosufficienza

Il processo di valutazione svolto dall'UVG si sviluppa attraverso un'indagine finalizzata all'acquisizione di elementi relativi alle condizioni sanitarie e sociali dell'anziano.

Al termine della valutazione si procede ad un'osservazione complessiva al fine di pervenire alla definizione del percorso assistenziale, che deve essere concordato e condiviso con il beneficiario e/o con la sua famiglia di riferimento.

Lo strumento utilizzato è la cartella geriatrica, che comprende i seguenti elementi, utili per la definizione di un percorso condiviso:

- scheda anagrafica - informativa;
- scheda di valutazione sociale, che analizza le condizioni abitative, economiche, familiari e assistenziali per valutare la situazione complessiva di bisogno dell'anziano;
- scheda di valutazione sanitaria, valuta lo stato di salute e l'autosufficienza del soggetto anche con il supporto di alcune scale di valutazione scientifico-sanitarie;
- riepilogo della valutazione sociale e sanitaria e tipologia del progetto proposto.

La valutazione porta all'attribuzione di un punteggio, il cui valore massimo è 28 (di cui 14 punti per la parte sanitaria e 14 per quella sociale), utile per l'inclusione in graduatoria, per l'inserimento in struttura o per l'ottenimento di altri interventi.

2.2.3 Il progetto assistenziale e il piano Assistenziale Individuale, PAI

Il passo successivo è quello della predisposizione, da parte dell'UVG, del *progetto assistenziale*, che deve tener conto dei bisogni dell'assistito e dei suoi familiari, riconoscendo le funzioni recuperabili, le abilità perse e quelle residue, tenendo conto dei fattori personali, ambientali e familiari di riferimento.

Il *progetto* può essere domiciliare, semiresidenziale o residenziale, oppure prevedere una combinazione di più tipologie di assistenza.

Il piano Assistenziale Individuale, PAI, è *la trasposizione operativa del progetto*, elaborata da un'équipe interdisciplinare composta da figure professionali sanitarie e sociali, individuate a seconda del percorso scelto (residenziale, semiresidenziale o domiciliare). Dell'équipe fa parte di diritto il medico di medicina generale dell'assistito e è previsto il coinvolgimento del familiare che presta assistenza.

Il PAI rappresenta lo strumento attraverso il quale gli operatori, la persona assistita, la famiglia e/o il *caregiver* condividono le modalità e i tempi con i quali si impegnano a operare per raggiungere gli obiettivi definiti, individuando:

- azioni specifiche, tipologia delle prestazioni e figure professionali interessate;
- frequenza e durata di ogni intervento;
- strumenti per la gestione del PAI;
- valutazione periodica dei risultati (con indicatori e tempi);
- congruità con i bisogni del soggetto e modifiche necessarie.

“Veniamo a trovarvi”

La gestione del PAI prevede la nomina del referente dello stesso, che segue la persona dalla sua presa in carico e per tutto il percorso assistenziale, operatore del settore sociale, o sanitario, a seconda del bisogno considerato prevalente, individuato dall'équipe stessa, che si fa garante dell'intero processo assistenziale, garantendone la continuità assistenziale.

2.2.4 Il ventaglio dei servizi: Le diverse tipologie di cure domiciliari presenti in Piemonte e gli interventi a supporto di queste

In questi anni la regione Piemonte ha cercato, il più possibile, di mantenere gli anziani non autosufficienti al proprio domicilio.

In Piemonte le prestazioni domiciliari a prevalente contenuto sanitario e socio sanitario sono erogate dal Servizio territoriale di cure domiciliari (o da servizi con denominazione simile delle ASL), che ha come obiettivo la realizzazione di un modello unico di assistenza a domicilio, comprendente un insieme di servizi diversificati a seconda della complessità dei bisogni della persona.

Le prestazioni domiciliari a prevalente contenuto sociale sono invece erogate dagli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali.

Di seguito si sintetizza la varietà degli interventi domiciliari in cui si concretizza tale modello, ossia le diverse tipologie di cure domiciliari presenti in Piemonte, suddividendole tra ambito sanitario, socio sanitario e sociale.

Prospetto 3 – Le differenti tipologie di cure domiciliari in Piemonte

Cure domiciliari: ambito sanitario

Assistenza domiciliare integrata, ADI, è un servizio a rilievo sanitario, la cui attivazione richiede l'intervento del medico di medicina generale e l'apertura di una cartella ad *personam* che contiene una breve valutazione del contesto socio familiare, il piano assistenziale e la registrazione degli interventi effettuati al domicilio. Le cure si concretizzano assicurando al domicilio del paziente: prestazioni di medicina generale, medicina specialistica, infermieristiche domiciliari, di riabilitazione, aiuto domestico da parte del competente servizio delle ASL e dei familiari, di assistenza sociale. (*rif. normativi: D.G.R. n. 41 del 7 maggio 2002 e D.G.R. n. 62 del 16 giugno 2003*)

Assistenza domiciliare integrata: interventi erogati dalle Unità operative di cure palliative, ADI+UOCP, servizio a rilievo sanitario, destinato a persone con problemi di salute che richiedono interventi ad alta complessità assistenziale. (*rif. normativi: D.G.R. n. 55 del 3 agosto 2004*)

Assistenza domiciliare programmata, ADP, servizio a rilievo sanitario, la cui attivazione non richiede valutazione multidimensionale preliminare da parte dell'UVG. Consiste in un insieme di visite effettuate dal Medico di medicina generale a casa dell'assistito, previa autorizzazione del Ssr e secondo un programma definito. (*rif. normativi: Accordo collettivo nazionale e regionale della medicina generale vigenti*)

Prestazioni infermieristiche estemporanee, PIE, e Servizio infermieristico domiciliare, SID, servizi a rilievo sanitario, la cui attivazione non richiede valutazione multidimensionale preliminare da parte dell'UVG dell'ASL né la predisposizione di un vero e proprio Progetto personalizzato. Le PIE sono interventi occasionali, erogati su richiesta motivata del medico di medicina generale (ad esempio, per l'esecuzione di un prelievo ematico, un elettrocardiogramma, ecc.) a favore di soggetti per i quali non è prevista una presa in carico continuativa. Il SID, su richiesta del medico di fiducia, garantisce prestazioni infermieristiche (prelievi, medicazioni, terapie iniettive, ecc.) a pazienti che, a causa di limitazioni fisiche e/o ambientali, non sono in grado di recarsi presso gli ambulatori infermieristici del distretto socio-sanitario dell'ASL. (*rif. normativi: D.G.R. n.37 del 28 febbraio 2005*)

Cure domiciliari: ambito socio sanitario

Cure domiciliari in lungo assistenza, LA, servizi a forte integrazione socio-sanitaria, la cui attivazione richiede una valutazione multidimensionale preliminare da parte dell'UVG e la predisposizione di un Progetto assistenziale e relativo PAI. (*rif. normativi: D.G.R. n. 51 del 23 dicembre 2003*)

“Veniamo a trovarvi”

Contributo economico a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza, intervento a rilievo socio-sanitario, prioritariamente rivolto ad anziani non autosufficienti, che si configura come erogazione monetaria riconosciuta al beneficiario di un PAI, per la copertura del costo dei servizi di assistenza tutelare socio sanitaria: prestazioni di cura familiare e affidamento, assunzione di un Assistente Familiare, acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare del profilo professionale ADEST/OSS, presso fornitori accreditati o riconosciuti dalle ASL o gli enti gestori dei servizi socio-assistenziali, acquisto del servizio di telesoccorso. (*rif. normativi: D.G.R. n. 39 del 6 aprile 2009 – si veda di seguito il Prospetto di dettaglio*)

Cure domiciliari: ambito sociale

Servizio di assistenza domiciliare, SAD, è un servizio a prevalente rilievo socio-assistenziale, la cui attivazione non richiede una valutazione multidimensionale preliminare da parte dell'UVG, ma può essere parte di un progetto personalizzato, al fine di sostenere le persone al proprio domicilio, quando ancora non siano completamente non autosufficienti.

La recente D.G.R. n. 39 del 6 aprile 2009 prevede il finanziamento, ai soggetti anziani non autosufficienti o ai loro familiari, di un ventaglio di prestazioni a sostegno della domiciliarità per i pazienti in condizioni di criticità, che vengono analizzate con maggior dettaglio nel Prospetto 4 che segue.

Prospetto 4 - Le prestazioni a sostegno della domiciliarità individuate dalla D.G.R. n. 39 del 6 aprile 2009 (Allegato A)

Prestazioni D.G.R. 39	Caratteristiche	Chi le esegue
Assistenza domiciliare	Interventi di supporto alla persona nella gestione della vita quotidiana e/o con esigenza di tutela, al fine di garantire il recupero/mantenimento dell'autosufficienza residua, per consentire la permanenza al domicilio il più a lungo possibile, attraverso un sostegno diretto nell'ambiente domestico e nel rapporto con l'esterno. Costituiscono ambiti di intervento la cura e igiene della persona, prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione, la cura e l'igiene ambientale, il disbrigo pratiche, l'accompagnamento a visite, la spesa e la preparazione dei pasti, l'aiuto nella vita di relazione ecc	L'Adest/OSS: esercita un ruolo di supporto professionale L'Assistente familiare: figura, impropriamente definita "colf"/"badante", che quotidianamente ha compiti e responsabilità di cura. Si tratta di una figura che gestisce sia il lavoro di cura alla persona sia il lavoro domestico della cura della casa, il lavoro svolto a domicilio in modo continuativo e/o residenziale, in rete con gli altri soggetti coinvolti (familiari, operatori pubblici e privati ecc.).
Cure familiari	Cure prestate ad un congiunto da parte di chi ha con l'interessato legami di tipo familiare, per legami di parentela o di affinità, oppure convive anagraficamente o di fatto con il beneficiario, attraverso un'assistenza diretta e personale.	Il familiare , che risulta parente o affine entro il 4° grado (comprendendo anche i nipoti indiretti) o il componente del nucleo familiare anagrafico o di fatto convivente con il beneficiario (con esclusione dell'assistente familiare convivente per ragioni lavorative), che può dedicare del tempo all'assistenza della persona non autosufficiente.
Affidamento	Intervento di carattere non professionale prestato tramite volontari, singoli o famiglie, che si rendono disponibili a sostenere nel quotidiano anziani singoli o in coppia, nell'intento di mantenerli a	Il/la volontario/a capace di relazionarsi con una persona anziana nella quotidianità in un'ottica di solidarietà e vicinanza affettiva, per offrire un riferimento e un aiuto concreto a quelle persone

“Veniamo a trovarvi”

	<p>domicilio. Si distinguono due tipologie di affidamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diurna a domicilio della persona non autosufficiente; - residenziale, con una maggiore prevalenza del lavoro di cura, che comporta un inserimento della persona all'interno del nucleo affidatario. 	<p>prive di reti parentali o con familiari fragili e/o impossibilitati ad esercitare un ruolo significativo. Per la sua natura volontaristica non richiede competenze professionali specifiche, mentre richiede invece competenze e disponibilità simili a quelle normalmente assicurate da una famiglia presente e capace.</p>
Telesoccorso	<p>Installazione di un terminale sul telefono di casa, che mette in collegamento la persona 24 ore su 24 con una centrale operativa in grado di attivare un intervento immediato in situazioni di necessità.</p>	<p>Il fornitore è riconosciuto da ASL/EEGG, mette a disposizione personale presente 24 ore su 24 presso la sede della centrale operativa, in grado sia di ricevere le telefonate ed attivare gli opportuni interventi sia di effettuare telefonate “monitoraggio” ai soggetti in carico.</p>
Pasti a domicilio	<p>Servizio di consegna pasti espletato direttamente presso l'abitazione dell'anziano.</p>	<p>Il fornitore è riconosciuto da ASL/EEGG, provvede direttamente al confezionamento e alla consegna a domicilio di pasti.</p>

La Regione Piemonte mette a disposizione dei familiari degli assistiti in cure domiciliari interventi di sollievo temporaneo rispetto al quotidiano lavoro di cura.

Il piano assistenziale individuale, PAI, può essere integrato con un ricovero di sollievo, ovvero l'inserimento per un periodo di tempo limitato in strutture residenziali o semiresidenziali.

La residenzialità temporanea può essere utilizzata per fronteggiare situazioni particolari, quali l'assenza dell'assistente familiare (ferie, ecc.), l'assenza temporanea di figure che ricoprono ruoli di assistenza tutelare della persona non autosufficiente, ecc.

2.2.5 Il ventaglio dei servizi: l'assistenza semiresidenziale

Il *Centro Diurno Alzheimer* è una struttura a carattere semiresidenziale, con lo scopo di favorire il recupero o il mantenimento delle capacità psicofisiche residue, al fine di consentire la permanenza della persona con demenza al proprio domicilio il più a lungo possibile, offrendo sostegno al nucleo familiare.

Tali centri diurni coprono una fascia oraria di almeno 8 ore e garantiscono tutte le prestazioni previste dalla normativa vigente per le residenze sanitarie assistenziali. Essi sono presenti, attualmente, solo in alcune realtà territoriali della regione (in provincia di Cuneo sono presenti nell'ASL CN1).

2.2.6 Il ventaglio dei servizi: l'assistenza residenziale

Esaurite le possibilità del mantenimento dal domicilio, il ventaglio dell'offerta dei servizi offre la possibilità di ricovero in strutture residenziali socio assistenziali.

Dopo un percorso pluriennale di messa a punto dell'offerta residenziale, la regione Piemonte è pervenuta, con i provvedimenti più recenti¹⁵, alla definizione di un modello integrato di assistenza residenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti, nel quale gli interventi sono articolabili in tre fasce di intensità assistenziale (bassa, media e alta) considerando il rapporto tra:

- intensità terapeutica e/o riabilitativa dell'intervento, per mantenere l'autonomia funzionale residua della persona e/o rallentare il deterioramento

¹⁵ Il riferimento è rappresentato dalla D.G.R. n. 17 del 30 marzo 2005 “Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti” e successivi aggiornamenti.

“Veniamo a trovarvi”

- intensità socio assistenziale dell'intervento finalizzato a supportare, mantenere e migliorare la vita socio relazionale delle persone anziane non assistibili a domicilio.

I posti letto delle strutture residenziali presenti nelle ASL sono autorizzati al funzionamento e vengono accreditati dal Servizio sanitario regionale. Ogni ASL si convenziona annualmente per un numero determinato di posti letto tenendo conto del fabbisogno e delle risorse a disposizione: per gli anziani inseriti in presidi convenzionati con le ASL queste provvedono al pagamento della quota sanitaria della retta, mentre la restante parte (la quota che paga le prestazioni alberghiere delle strutture) è a carico dell'anziano o, nei casi di indigenza, degli Enti gestori dei servizi socio assistenziali.

Nel caso in cui non siano immediatamente disponibili posti letto, l'ASL provvede alla compilazione di una graduatoria mediante l'attribuzione di un punteggio agli anziani che ne hanno fatto richiesta, che viene attribuito sulla base della valutazione (svolta attraverso le Schede di valutazione multidimensionale già descritte) del grado di salute e di autosufficienza degli anziani, della situazione abitativa e della situazione socio familiare. Sono previsti percorsi di urgenza per casi altamente problematici.

Le tipologie di strutture che oggi offrono assistenza agli anziani non autosufficienti si suddividono in:

Residenze assistenziali flessibili (RAF)

Residenze (o reparti) socio assistenziali di “ospitalità permanente”, che possono realizzare un sufficiente livello di assistenza sanitaria (infermieristica e riabilitativa) integrato da un livello medio di assistenza tutelare e alberghiera. Le RAF forniscono prestazioni sanitarie analoghe a quelle erogabili attraverso l'ADI. I presidi o reparti RAF possono avere una capienza variabile tra i 10 e i 60 posti letto e sono attivi nell'arco delle 24 ore, per l'intera settimana o per tutto l'anno.

Residenze sanitarie assistenziali (RSA)

Presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie non curabili a domicilio, un livello “medio” di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello “alto” di assistenza tutelare e alberghiera.

Le prestazioni erogate in queste strutture si sostanziano in:

- prestazioni di assistenza sanitaria (prestazioni mediche generiche e specialistiche, infermieristiche e riabilitative)
- attività di assistenza infermieristica, riabilitativa e tutelare alle persone e di animazione
- assistenza specialistica, farmaceutica e protesica, nonché ogni altra prestazione diagnostica
- trasferimenti in ambulanza per l'effettuazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche.

Prospetto 5 – Le differenti tipologie di residenzialità per anziani non autosufficienti in Piemonte

Tutte le strutture residenziali, infine, possono erogare *ricoveri temporanei di sollievo*, per alleggerire, temporaneamente, il carico assistenziale delle famiglie che assistono il proprio congiunto a domicilio.

Le strutture con i requisiti necessari possono erogare ricoveri in **Nuclei Alzheimer Temporanei**, destinati a persone affette da demenza che presentano disturbi comportamentali e/o problemi sanitari e assistenziali di elevata complessità.

2.2.7 La continuità delle cure nella rete dei servizi: il percorso di continuità assistenziale

A garanzia della continuità delle cure, non solo nelle 24 ore ma nell'intero arco di vita dei pazienti, in Piemonte è possibile usufruire dei servizi previsti nel **“percorso di continuità assistenziale”**¹⁶, che si pone l'obiettivo di ottenere il massimo recupero possibile dopo la perdita funzionale da malattia acuta e rallentare la malattia cronica, attraverso la possibilità, per i dimessi

¹⁶ D.G.R. 20 dicembre 2004, n. 72-14420, “Percorso di Continuità Assistenziale per anziani ultra65enni non autosufficienti”

“Veniamo a trovarvi”

dalle strutture ospedaliere in condizioni di criticità, di usufruire di 60 giorni di ricovero, a totale carico del Servizio sanitario nazionale, in strutture residenziali (RSA/RAF) e semiresidenziali, Ospedali di comunità, alloggi supportati, strutture dedicate alla riabilitazione e lungodegenza, domicilio con rete parentale o care giver, cure domiciliari e ospedalizzazione a domicilio.

Punto fondamentale del percorso, al quale si accede attraverso pronto soccorso (PS) o reparto ospedaliero, è l'individuazione di una centrale operativa (presente, secondo le indicazioni contenute nei piani di attività, nell'ASL CN1 ma non nell'ASL CN2, in Piemonte è presente in 10 ASL su 13), i cui compiti sono di recepire direttamente richieste e/o segnalazioni da PS e reparti, attivare l'UVG per valutare le condizioni dei pazienti provenienti da PS, individuare con medici ospedalieri e medici di medicina generale il percorso da attuare per garantire continuità assistenziale, gestire il rapporto con i soggetti erogatori territoriali (cure domiciliari, enti gestori, volontariato...), medici di medicina generale e strutture ospedaliere, gestire il sistema informativo al fine di permettere all'ASL controlli di efficacia e efficienza (tra parentesi i servizi presenti che erogano attività a favore di anziani autosufficienti).

3. La risposta ai bisogni di cura degli anziani non autosufficienti in provincia di Cuneo: analisi quantitativa

Il presente capitolo si propone di ricostruire le attività svolte e le risorse impiegate nell'erogazione dell'assistenza territoriale a favore degli anziani non autosufficienti in provincia di Cuneo, confrontate con i valori medi regionali.

I dati fanno riferimento all'ultimo anno disponibile, il 2009; per i confronti temporali sono stati utilizzati i dati relativi all'ultimo decennio. Il prospetto che segue contiene una breve descrizione delle fonti informative dalle quali sono stati tratti i dati.

Prospetto 6 – Precisazioni sui flussi informativi disponibili e sui soggetti detentori dei dati

Le informazioni sulle attività e sulla spesa del Servizio Sanitario Regionale sono desumibili dai PIA, i piani di attività predisposti annualmente dalle aziende sanitarie regionali sulla base delle informazioni di dettaglio disponibili presso le aziende stesse e consolidate a livello regionale.

I PIA contengono informazioni sull'attività svolta a favore dei residenti e il relativo consumo di risorse delle aziende sanitarie territoriali e delle aziende sanitarie ospedaliere del Piemonte.

Sono state considerate le seguenti informazioni:

- cartelle aperte, con riferimento al numero di cartelle di assistenza domiciliare, semiresidenziale o residenziale aperte e seguite durante l'anno (nei PIA sono indicate con la dicitura “numero casi trattati nel periodo”). Il dato non corrisponde al numero di pazienti trattati, perché per uno stesso paziente possono essere aperte più cartelle. La durata della cartella è al massimo di un anno;
- giornate di assistenza, corrispondenti al numero di giorni che intercorrono fra l'apertura e la chiusura di una cartella clinica; non si tratta quindi necessariamente del numero di giorni di effettiva assistenza bensì del numero di giorni di presa in carico;
- spesa totale dell'assistenza, che comprende, secondo quando riportato nei PIA, costi di produzione (personale, altri costi organizzativi, ribaltamenti di altri costi) e costi delle prestazioni acquistate.

I dati relativi agli interventi economici a sostegno della domiciliarità introdotti con la D.G.R. n. 39 del 6 aprile 2009 sono stati ricavati da una rilevazione ad hoc condotta dagli assessorati Tutela Salute e Politiche Sociali nel corso del primo semestre 2010.

Le informazioni relative agli interventi sociali sono desunte da modelli compilati da parte dei comuni o degli Enti gestori, relativi al conto consuntivo, per quel che concerne le voci di spesa, e all'attività socio-assistenziale, per quel che concerne gli utenti e le prestazioni erogate.

Si fa presente che, pur essendo stati i dati validati dagli uffici regionali competenti, potrebbero sussistere non coincidenze con i dati disponibili negli archivi delle ASL, dovute ai differenti aggiornamenti nei dati.

“Veniamo a trovarvi”

In una regione che evidenzia una capacità di presa in carico elevata dei bisogni di cura degli anziani non autosufficienti, la provincia di Cuneo fa rilevare le caratteristiche descritte di seguito.

3.1 Il quadro d'insieme

Tabella 9 – Quadro d'insieme delle prestazioni per anziani – 2009 ¹⁷

		Cure domiciliari	Assistenza residenziale	Totale assistenza anziani non autosufficienti (2)
ASL CN1				
Casi/Posti	Valori assoluti	14.048	1.726	15.800
	Per 100 anziani	15,10	1,86	17,01
Giornate	Valori assoluti	1.984.121	629.990	2.620.732
	Per 100 anziani	2.135,7	679	2.821,0
Spesa (1)	Valori assoluti	7847	34164,8	43.676
	Per 100 anziani	8.446,5	36.775,1	47.013,1
ASL CN2				
Casi/Posti	Valori assoluti	3.856	719	4.575
	Per 100 anziani	10,40	1,94	12,32
Giornate	Valori assoluti	625.457	262.435	887.892
	Per 100 anziani	1.684,3	708	2.391,0
Spesa (1)	Valori assoluti	4.766	10.587	15.353
	Per 100 anziani	12.834,0	28.509,5	41.343,5
provincia Cuneo				
Casi/Posti	Valori assoluti	17.904	2.445	20.375
	Per 100 anziani	13,80	1,88	15,67
Giornate	Valori assoluti	2.609.578	892.425	3.508.624
	Per 100 anziani	2.006,8	686	2.698,2
Spesa (1)	Valori assoluti	12.613	44.752	59.029
	Per 100 anziani	9.699,4	34.414,0	45.393,9
Piemonte				
Casi/Posti	Valori assoluti	114.324	15.456	130.250
	Per 100 anziani	11,30	1,53	12,91
Giornate	Valori assoluti	20.542.819	5.641.399	26.301.795
	Per 100 anziani	2.036,3	559,2	2.607,2
Spesa (1)	Valori assoluti	112.254	303.287	425.997
	Per 100 anziani	11.127,4	30.063,9	42.227,7

Fonte: piani di attività

(1) in migliaia di euro

(2) il totale include casi, giornate e spesa per assistenza semiresidenziale

¹⁷ Include le prestazioni da Piani di Attività; esclude Interventi economici a sostegno della domiciliarità, attivati a metà-fine 2009 e le prestazioni rese nei Servizi di assistenza domiciliare erogate dagli Enti gestori dei servizi socio assistenziali.

In provincia di Cuneo si rilevano, nel 2009, 20.375 prestazioni a favore degli anziani non autosufficienti ¹⁸ e 3.506.624 giornate, rispettivamente il 15,6% e il 13,3% del totale regionale.

I casi seguiti ogni 100 anziani risultano 15,67, valore ben più elevato di quello medio regionale di 12,91 e di quella che può essere considerata la percentuale stimabile di non autosufficienti sul totale della popolazione anziana (11%)

Sono più numerosi i casi seguiti nell'ASL CN1, 17,01 ogni 100 anziani, a fronte di quelli seguiti nell'ASL CN2: 12,32 ogni 100 anziani.

Si fa presente che i dati qui analizzati non tengono conto degli Interventi economici a sostegno della domiciliarità, attivati alla fine del 2009 nell'ASL CN1 e a metà 2009 nell'ASL CN2, e degli interventi del Servizio Assistenza Domiciliare, al fine di garantire l'omogeneità nei confronti temporali.

La tabella e le figure che seguono evidenziano l'evoluzione nell'ultimo decennio delle due tipologie di assistenza cure domiciliari e residenzialità per anziani in Piemonte e in provincia di Cuneo.

Tabella 10 - L'evoluzione dell'assistenza domiciliare e residenziale in provincia di Cuneo e in Piemonte dal 1999 al 2009

	1999		2002		2006		2009	
	valori assoluti	per 100 anziani	valori assoluti	per 100 anziani	valori assoluti	per 100 anziani	valori assoluti	per 100 anziani
Casi in assistenza domiciliare (1)								
provincia Cuneo	1.274	1,1	11.044	9,1	14.646	11,4	17.904	13,8
Piemonte	13.414	1,5	1.274	4,7	107.652	10,9	114.324	11,3
Residenzialità per anziani								
provincia Cuneo	1.385	1,2	1.615	1,4	2.035	1,6	2.445	1,9
Piemonte	8.221	0,9	9.829	1,2	12.506	1,3	15.456	1,5

Fonte: piani di attività e sistema informativo sanitario della regione Piemonte – vari anni

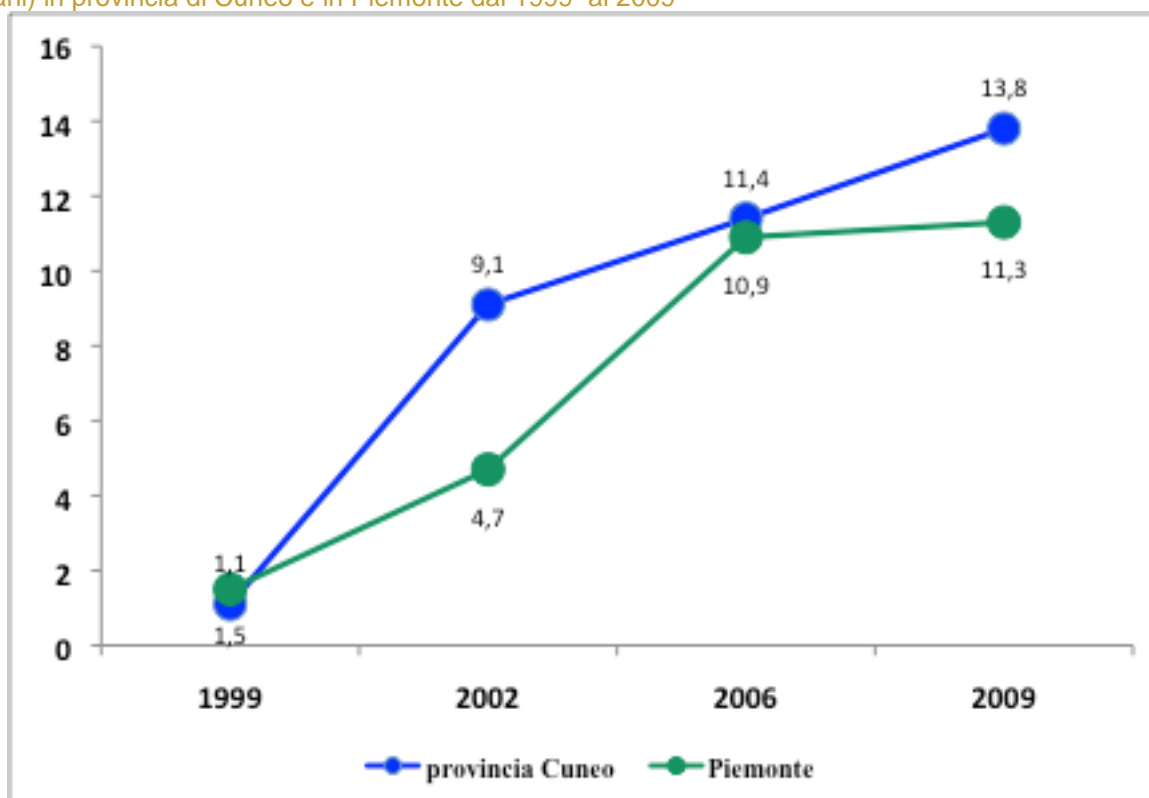
(1) fino al 2006 casi anziani stimati (80% del totale) sul totale interventi domiciliari

Alla fine degli anni '90 le Cure Domiciliari erano più diffuse in Piemonte che in provincia di Cuneo (1,5 casi ogni 100 anziani a fronte di 1,1), la quale ha recuperato negli anni il gap iniziale, passando a 13,8 casi nel 2009 a fronte degli 11,3 regionali.

¹⁸Si tratta di cartelle aperte per le cure domiciliari, con una percentuale stimata – da un'indagine condotta dall'Agenzia per i Servizi Regionali del Piemonte sul flusso informativo relativo - dell'8% di duplicazione di prestazioni sullo stesso utente.

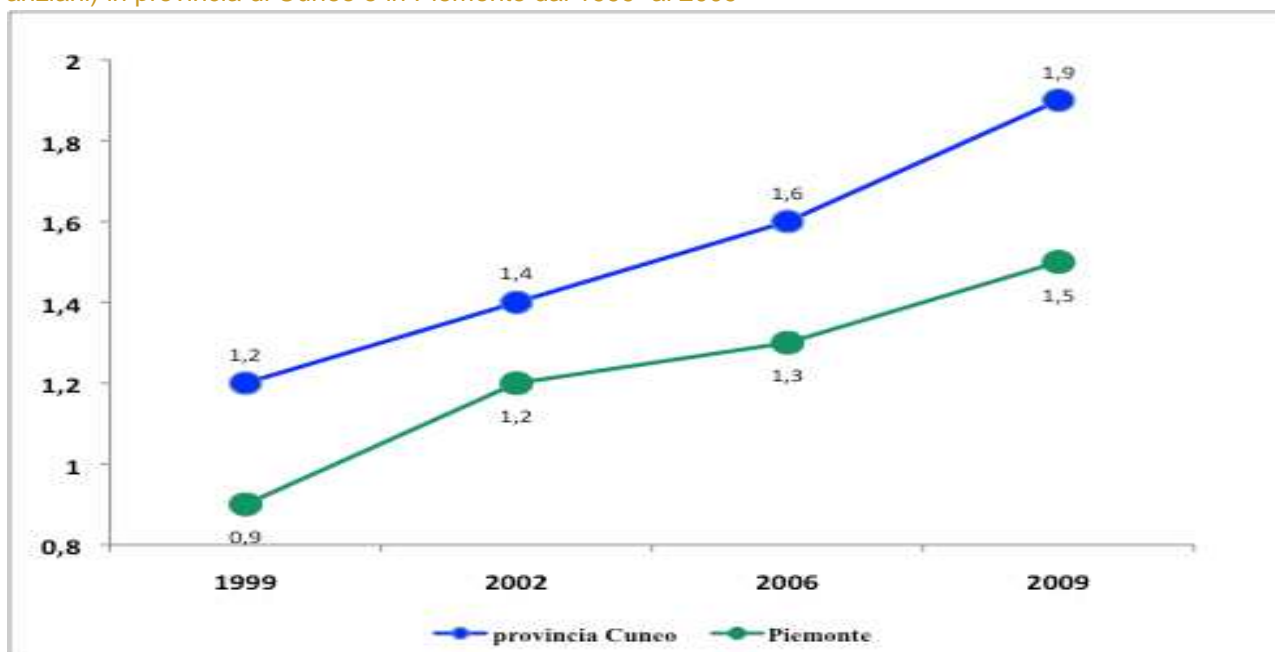
“Veniamo a trovarvi”

Figura 5 - L'evoluzione dell'Assistenza domiciliare per anziani non autosufficienti (numero di casi per 100 anziani) in provincia di Cuneo e in Piemonte dal 1999 al 2009



Fonte: piani di attività e sistema informativo sanitario della regione Piemonte – vari anni

Figura 6 - L'evoluzione dell'Assistenza Residenziale per Anziani non autosufficienti (numero di casi per 100 anziani) in provincia di Cuneo e in Piemonte dal 1999 al 2009



Fonte: piani di attività e sistema informativo sanitario della regione Piemonte – vari anni

Per quanto riguarda la diffusione della residenzialità per anziani, espressa in termini di posti letto in strutture residenziali per anziani non autosufficienti (RSA e RAF) con i quali le ASL si convenzionano annualmente, la provincia di Cuneo ha sempre fatto rilevare, nell'ultimo decennio,

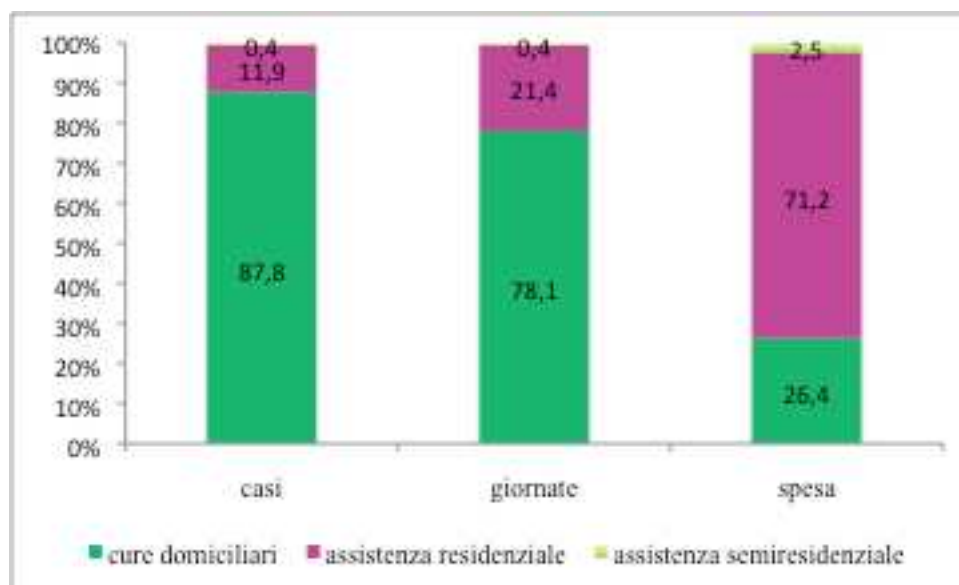
“Veniamo a trovarvi”

valori sensibilmente più elevati rispetto a quelli medi regionali (1,2 posti letto ogni 100 anziani in provincia di Cuneo a fronte di 0,9 regionali nel 1999 e rispettivamente 1,9 e 1,5 nel 2009).

3.1.1 Più interventi di cure domiciliari, più spesa destinata all'assistenza residenziale

E' interessante, ai fini di confrontare i costi delle tipologie di servizi erogate agli anziani non autosufficienti, l'analisi congiunta dei dati relativi alle prestazioni erogate e alla spesa sostenuta nel 2009: la figura 7 che segue, che analizza, nei tre istogrammi, i dati relativi ai casi seguiti, alle prestazioni e alla spesa, evidenzia come le cure domiciliari ricoprano l'88% dei casi assistiti, e il 78,1% delle giornate erogate, mentre l'assistenza residenziale assorbe il 71,2% della spesa. Per tutte e tre le variabili l'assistenza semiresidenziale ricopre un ruolo residuale.

Figura 7 – Cure domiciliari, assistenza residenziale e assistenza semiresidenziale per gli anziani non autosufficienti in provincia di Cuneo – 2009 – valori percentuali



Fonte: piani di attività

3.2 I dati delle prestazioni domiciliari in provincia di Cuneo

L'analisi delle diverse tipologie di cure domiciliari può risultare utile per spiegare la variabilità dei dati complessivi: nel 2009 sono stati erogati, in provincia di Cuneo, 17.904 casi di cure domiciliari, il 15,7% del totale regionale, e 2.609.578 giornate, il 12,7% del totale regionale: interventi, quindi, caratterizzati da una durata più breve rispetto alla media regionale.

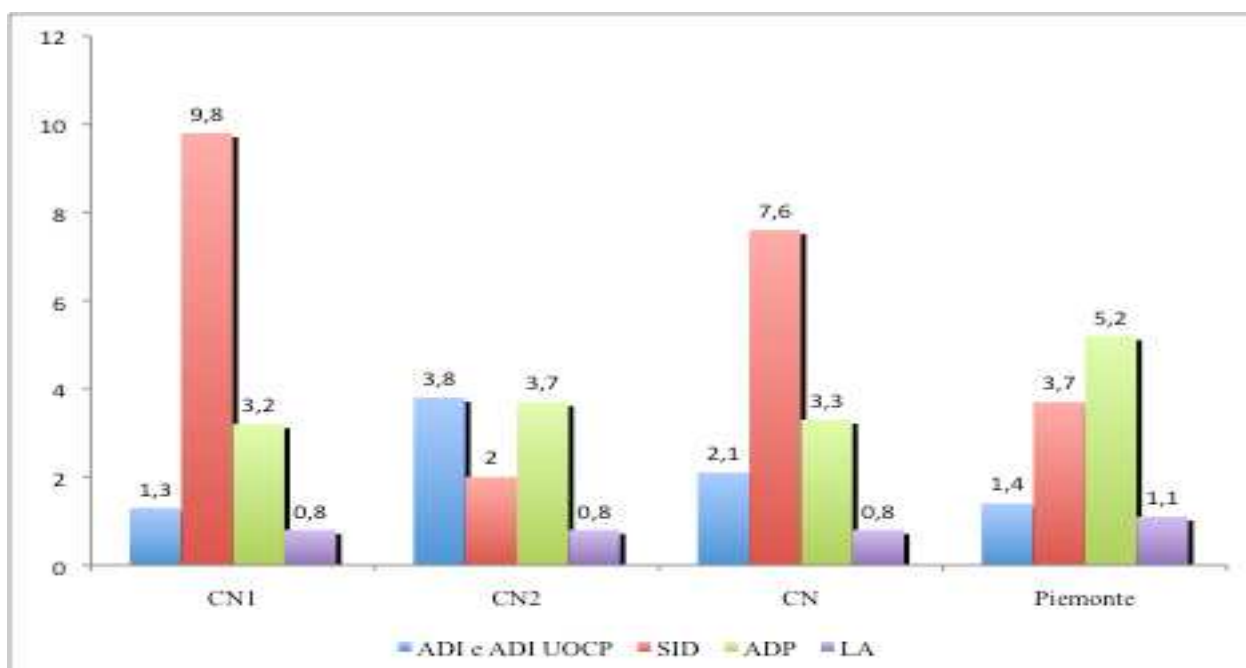
Tabella 11 – Casi e giornate di cure domiciliari – 2007 e 2009 ¹⁹

	Casi di cure domiciliari						Giornate di cure domiciliari					
	2007		2009		/ 100 anz. 09/07	2009 /100 anz. Pie = 100	2007		2009		/ 100 anz. 09/07	2009 /100 anz. Pie = 100
	va	/100 anz.	va	/100 anz.			va	/100 anz.	va	/100 anz.		
ASL CN1	13.280	14,5	14.048	15,1	4,0	133,4	1.781.568	1.950,6	1.984.121	2.135,7	9,5	104,9
ASL CN2	3.316	9,0	3.856	10,4	14,9	91,6	585.789	1.596,4	625.457	1.684,3	5,5	82,7
Prov. CN	16.596	13,0	17.904	13,8	6,2	121,8	2.367.357	1.849,1	2.609.578	2.006,8	8,5	98,5
Piemonte	113.580	11,5	114.324	11,3	-1,6	100,0	17.841.590	1.809,3	20.542.819	2.036,3	12,5	100,0

Fonte: piani di attività

I casi di assistenza domiciliare sono cresciuti del 6,2% nell’ultimo triennio, le giornate dell’8,5%.

Figura 8 – Tipologie di cure domiciliari – Numero di casi ogni 100 anziani – 2009



Fonte: piani di attività

Analizzando nel dettaglio le diverse tipologie di cure domiciliari si evidenzia una preponderanza, sia a livello regionale sia provinciale, in termini di casi erogati, delle prestazioni più leggere, servizio infermieristico domiciliare (cure domiciliari con esclusivo intervento della componente infermieristica) e assistenza domiciliare programmata (anche se si nota un preferenza per gli interventi prevalentemente infermieristici, come il SID, nell’ASL CN1 e degli interventi prevalentemente medici, come ADI e ADP, nell’ASL CN2).

¹⁹Nel totale sono inclusi alcuni casi residuali di Interventi Economici a sostegno della domiciliarità.

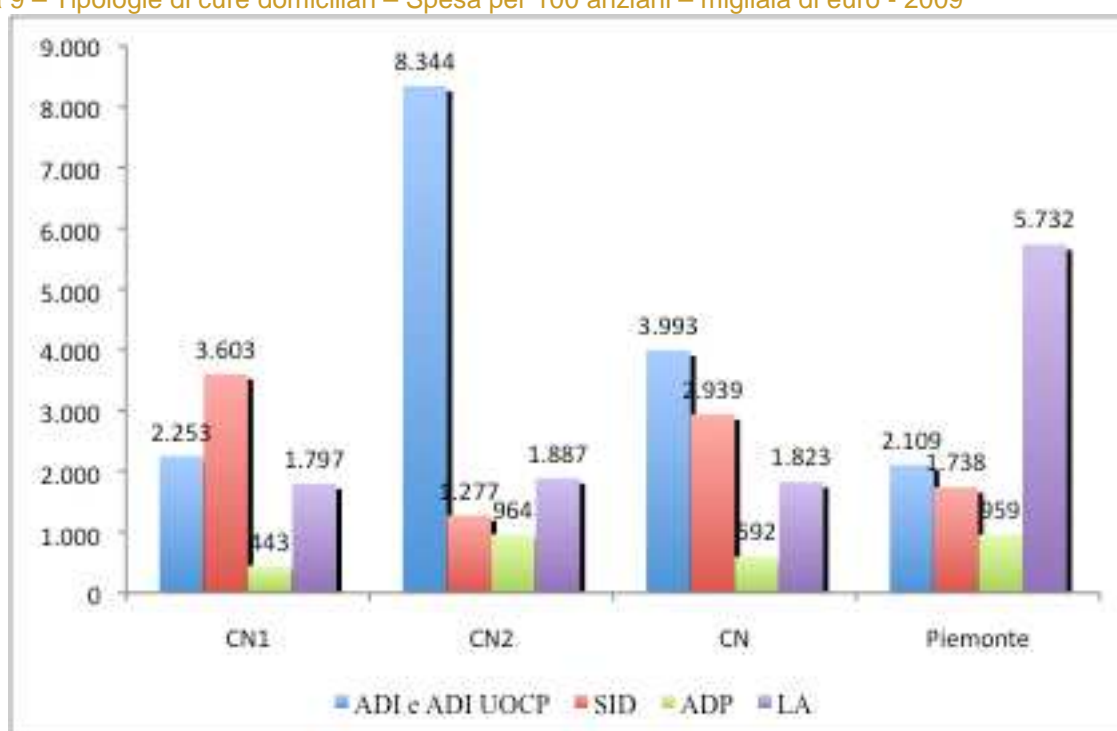
“Veniamo a trovarvi”

La terza tipologia di cure domiciliari in termini di rilevanza, quella più impegnativa dal punto di vista sanitario, l'assistenza domiciliare integrata, che vede la compresenza, al domicilio del paziente, di figure mediche, infermieristiche e specialistiche, è in realtà la più diffusa nell'ASL CN2.

Seguono, a qualche distanza, le cure domiciliari in lungoassistenza, prestazioni che vedono la compresenza di prestazioni sanitarie e sociali.

La situazione si capovolge se si analizza la spesa sostenuta: le due tipologie di cure domiciliari più impegnative dal punto di vista della spesa sono l'ADI (la complessità degli interventi determina un elevato costo unitario) e la lungoassistenza (caratterizzata da un basso costo per giornata erogata ma da una durata elevata degli interventi). Si segnala l'elevata spesa sostenuta per gli interventi di ADI (più ADI UOCP) nell'ASL CN2, che spiega la spesa complessivamente più elevata per cure domiciliari ogni 100 anziani in questa ASL.

Figura 9 – Tipologie di cure domiciliari – Spesa per 100 anziani – migliaia di euro - 2009



Fonte: piani di attività

3.3 L'analisi, nel dettaglio, delle diverse tipologie di cure domiciliari

Si fornisce, nelle pagine che seguono, un'analisi di maggior dettaglio delle diverse tipologie di cure domiciliari erogate, confrontando, in termini fisici e di spesa, la diffusione relativa al 2009 con quella del 2007.

“Veniamo a trovarvi”

Tabella 12 – Casi e giornate di assistenza domiciliare integrata – 2007 e 2009

	Casi di ADI					Giornate di ADI				
	2007		2009		/ 100 anz. 09/07	2007		2009		/ 100 anz. 09/07
	va	/100 anz.	va	/100 anz.		va	/100 anz.	va	/100 anz.	
ASL CN1	1.085	1,2	1.149	1,2	4,1	96.881	106,1	99.972	107,6	3,2
ASL CN2	909	2,5	1.274	3,4	38,5	113.074	308,2	187.303	504,4	65,6
prov. CN	1.994	1,6	2.423	1,9	19,6	209.955	164,0	287.275	220,9	36,8
Piemonte	16.990	1,7	11.268	1,1	-35,2	1.074.351	108,9	1.186.862	117,6	10,5

Fonte: piani di attività

L'ADI, più diffusa, in termini di casi trattati e di giornate erogate nell'ASL CN2, è cresciuta nel triennio 2007-2009 in provincia di Cuneo (più 19,6% i casi e più 36,8% le giornate), a fronte di una flessione consistente delle giornate a livello regionale (meno 35,2%) e di un aumento dei casi (cresciuti del 10,5%). Questa tipologia di assistenza è molto più diffusa nell'ASL CN2, dove ogni 100 anziani 3,43 sono trattati in ADI a fronte di 1,24 nell'ASL CN1.

Tabella 13 – Casi e giornate di assistenza domiciliare integrata cure palliative -2007 e 2009

	Casi di ADI					Giornate di ADI				
	2007		2009		/ 100 anz. 09/07	2007		2009		/ 100 anz. 09/07
	va	/100 anz.	va	/100 anz.		va	/100 anz.	va	/100 anz.	
ASL CN1	1.085	1,2	1.149	1,2	4,1	96.881	106,1	99.972	107,6	3,2
ASL CN2	909	2,5	1.274	3,4	38,5	113.074	308,2	187.303	504,4	65,6
prov. CN	1.994	1,6	2.423	1,9	19,6	209.955	164,0	287.275	220,9	36,8
Piemonte	16.990	1,7	11.268	1,1	-35,2	1.074.351	108,9	1.186.862	117,6	10,5

Fonte: piani di attività

Assistenza domiciliare integrata, ADI: servizio a rilievo sanitario, la cui attivazione richiede l'intervento del medico di medicina generale e l'apertura di una cartella ad *personam*. Assicura al domicilio del paziente: prestazioni di medicina generale, medicina specialistica, infermieristiche domiciliari, di riabilitazione, aiuto domestico da parte del competente servizio delle ASL e dei familiari, di ass. sociale

ADI+UOCP: interventi erogati dalle Unità Operative di Cure Palliative, servizio a rilievo sanitario, destinato a persone con problemi di salute che richiedono interventi ad alta complessità assistenziale.

“Veniamo a trovarvi”

Il Servizio Infermieristico Domiciliare, più diffuso, in termini di casi e di giornate, nell'ASL CN1, è leggermente diminuito nel triennio 2007-2009 in provincia di Cuneo in termini di casi e cresciuto in termini di giornate (la dinamica regionale fa rilevare un maggiore incremento in entrambi i casi).

Tabella 14 – Casi e giornate di SID – 2007 e 2009

	Casi di SID					Giornate di SID				
	2007		2009		/ 100 anz. 09/07	2007		2009		/ 100 anz. 09/07
	va	/100 anz.	va	/100 anz.		Va	/100 anz.	va	/100 anz.	
ASL CN1	8.924	9,8	9.117	9,8	0,4	978.428	1.071,3	1.147.632	1.235,3	17,3
ASL CN2	862	2,3	751	2,0	-13,9	141.002	384,3	161.433	434,7	14,5
prov. CN	9.786	7,6	9.868	7,6	-0,7	1.119.430	874,4	1.309.065	1.006,7	16,9
Piemo nte	35.483	3,6	37.223	3,7	2,5	4.151.669	421,0	5.286.719	524,1	27,3

Fonte: piani di attività

Servizio Infermieristico Domiciliare, SID: su richiesta del medico di fiducia, garantisce prestazioni infermieristiche (prelievi, medicazioni, terapie iniettive, ecc.) a pazienti che, a causa di limitazioni fisiche e/o ambientali, non sono in grado di recarsi presso gli ambulatori dell'ASL.

L'ADP, più diffusa, in termini di casi trattati, nell'ASL CN2, e in termini di giornate erogate, nell'ASL CN1, è decisamente cresciuta, in termini di casi trattati e di giornate erogate, in provincia di Cuneo, nel triennio 2007-2009 (più 21% i primi, più 2,5% le seconde).

Tabella 15 – Casi e giornate di ADP – 2007 e 2009

	Casi di ADP					Giornate di ADP				
	2007		2009		/ 100 anz. 09/07	2007		2009		/ 100 anz. 09/07
	va	/100 anz.	va	/100 anz.		Va	/100 anz.	va	/100 anz.	
ASL CN1	2.254	2,5	2.980	3,2	30,0	444.793	487,0	548.903	590,8	23,4
ASL CN2	1.278	3,5	1.367	3,7	5,7	292.551	797,3	206.924	557,2	-29,3
prov. CN	3.532	2,8	4.347	3,3	21,2	737.344	575,9	755.827	581,2	2,5
Piemo nte	52.214	5,3	52.271	5,2	-2,1	10.445.211	1.059,2	10.917.639	1.082,2	4,5

Fonte: piani di attività

Assistenza Domiciliare Programmata, ADP, servizio a rilievo sanitario, la cui attivazione non richiede valutazione multidimensionale preliminare da parte dell'UVG. Consiste in un insieme di visite effettuate dal Medico di medicina generale a casa dell'assistito, previa autorizzazione del Ssr e secondo un programma definito.

Tabella 16 – Casi e giornate di Lungoassistenza (LA) – 2007 e 2009

	Casi di LA					Giornate di LA				
	2007		2009		/ 100 anz. 09/07	2007		2009		/ 100 anz. 09/07
	va	/100 anz.	va	/100 anz.		Va	/100 anz.	va	/100 anz.	
ASL CN1	923	1,0	700	0,8	-25,4	258.290	282,8	184.194	198,3	-28,7
ASL CN2	137	0,4	300	0,8	116,4	30.980	84,4	81.241	218,8	162,2
prov. CN	1.060	0,8	1.000	0,8	-7,1	289.270	225,9	265.435	204,1	-8,2
Piemonte	6.792	0,7	10.713	1,1	54,2	2.053.556	208,3	2.946.425	292,1	43,5

Fonte: piani di attività

Le cure domiciliari in lungoassistenza, scarsamente diffuse a livello provinciale e regionale in termini di casi trattati, ma fortemente incidenti in termini di giornate erogate causa l'elevata durata della presa in carico per tale tipologia di assistenza, sono fortemente cresciute nel triennio 2007-09 nell'ASL CN2 ma diminuite nell'ASL CN1.

Cure domiciliari LA, servizi a forte integrazione socio-sanitaria, la cui attivazione richiede una valutazione multidimensionale preliminare da parte dell'UVG e la predisposizione di un progetto assistenziale e relativo PAI. programma definito.

Alle prestazioni sopra descritte si aggiungono, nel 2009, in provincia di Cuneo, 25.100 Prestazioni Infermieristiche Estemporanee: di queste, 20.851 sono state erogate nell'ASL CN1, 4.249 nell'ASL CN2.

3.4 Le diverse tipologie di Cure domiciliari nei distretti delle due ASL cuneesi

Si riportano in questo paragrafo, - pur nella consapevolezza della maggior difficoltà di lettura e confronto tra i dati via via che aumenta il livello di disaggregazione e diminuisce il numero di casi osservati - alcuni dati relativi alla diffusione delle diverse tipologie di Cure Domiciliari nei diversi distretti delle due ASL cuneesi.

La distribuzione osservata nei casi di cure domiciliari va dai 9,4 casi ogni 100 anziani del distretto di Alba ai 20,7 casi del distretto di Borgo - Dronero. La maggior parte dei casi è coperta, in tutti i sei distretti dell'ASL CN1, dagli interventi con preponderanza di personale infermieristico, il Servizio Infermieristico Domiciliare (74% del totale dei casi nel distretto di Borgo - Dronero).

“Veniamo a trovarvi”

Nei due distretti dell'ASL CN2 prevalgono invece gli interventi più complessi o comunque nei quali la componente medica risulta preponderante, come l'ADI e l'ADP.

Tabella 17 – Le diverse tipologie di cure domiciliari nei distretti delle ASL cuneesi – valori assoluti

	CN1						CN2	
	Borgo-Dronero	Ceva	Cuneo	Mondovì	Saluzzo	Savigliano	Alba	Bra
ADI	108	55	77	161	315	431	718	576
ADI + UOCP	22	9	21	8	23	19	160	34
SID	2.812	514	1.650	646	1.842	1.449	474	327
ADP	232	277	266	763	809	627	766	499
LA	69	76	62	199	122	172	145	150
non specificato	560	0	329	0	0	0	0	0
TOTALE	3.803	931	2.405	1.777	3.111	2.698	2.264	1.586

Fonte: flussi informativi dei distretti delle ASL CN1 e CN2

Tabella 18 – Le diverse tipologie di Cure Domiciliari nei distretti delle ASL cuneesi – Valori percentuali sul totale delle cure domiciliari

	CN1						CN2	
	Borgo-Dronero	Ceva	Cuneo	Mondovì	Saluzzo	Savigliano	Alba	Bra
ADI	2,8	5,9	3,2	9,1	10,1	16,0	31,7	36,3
ADI + UOCP	0,6	1,0	0,9	0,5	0,7	0,7	7,1	2,2
SID	73,9	55,2	68,6	36,4	59,2	53,7	20,9	20,6
ADP	6,1	29,8	11,1	42,9	26,0	23,2	33,9	31,5
LA	1,8	8,2	2,6	11,2	3,9	6,4	6,4	9,4
Totale Cure domiciliari per 100 anziani	20,7	13,5	14,7	11,6	17,3	14,8	9,4	12,1

Fonte: flussi informativi dei distretti delle ASL CN1 e CN2

I dati evidenziano un'omogeneità dei modelli organizzativi all'interno delle due ASL: ogni ASL utilizza i fattori produttivi maggiormente disponibili nella sua realtà.

3.5 Gli interventi economici a sostegno della domiciliarità

Nel 2009 sono stati introdotti, in Piemonte, gli interventi economici a sostegno della domiciliarità, che prevedono erogazioni finanziarie a favore di anziani non autosufficienti per l'acquisto di servizi di assistenti familiari o operatori sanitari o per il pagamento di servizi di familiari o affidatari.

Una rilevazione recentemente condotta dalla regione Piemonte consente di effettuare preliminari valutazioni sulle modalità di attivazione di questa tipologia di interventi a sostegno della domiciliarità (è stato considerato il primo anno di erogazione, da aprile 2009 a marzo 2010; per questa tipologia di prestazioni sono disponibili i dati disaggregati a livello distrettuale).

La percentuale di anziani presi in carico con gli interventi economici a sostegno della domiciliarità è stata sinora più bassa in provincia di Cuneo rispetto alla media regionale: nel primo anno di attivazione sono stati presi in carico in provincia di Cuneo 520 anziani, 0,40 ogni 100 anziani, a fronte di 1,12 presi in carico a livello regionale. La spiegazione sta presumibilmente nel fatto che gli interventi, nella maggior parte dei distretti dell'ASL CN1, sono partiti solo all'inizio del 2010.

Tabella 19 – Interventi economici a sostegno della domiciliarità – 2009

“Veniamo a trovarvi”

ASL	Distretto	Data avvio	Anziani non autosufficienti che hanno usufruito del contributo economico a sostegno domiciliarità	
			Valori assoluti	Valori per 100 anziani
CN1	Cuneo	gennaio 10	66	0,41
	Dronero-Borgo	gennaio 10	90	0,49
	Mondovì	dicembre 09	72	0,47
	Ceva	novembre 09	31	0,45
	Saluzzo	gennaio 10	58	0,32
	Savigliano	gennaio 10	45	0,25
CN1			362	0,39
CN2	Alba	maggio 09	83	0,34
	Bra	aprile 09	75	0,58
CN2			158	0,43
Prov. Cuneo			520	0,40
Piemonte			11.278	1,12

Fonte: rilevazione regionale

Interventi economici a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza,

interventi a rilievo socio-sanitario, prioritariamente rivolti ad anziani non autosufficienti, che si configurano come erogazione monetaria riconosciuta al beneficiario di un PAI, per la copertura del costo dei servizi di assistenza tutelare socio sanitaria: prestazioni di cura familiare e affidamento, assunzione di un assistente Familiare, acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare del profilo professionale ADEST/OSS, presso fornitori accreditati o riconosciuti dalle ASL o EEGG, acquisto del servizio di telesoccorso

“Veniamo a trovarvi”

Tabella 20 - Numero di anziani non autosufficienti che hanno usufruito di interventi economici a sostegno della domiciliarità per le diverse tipologie di intensità - 2009

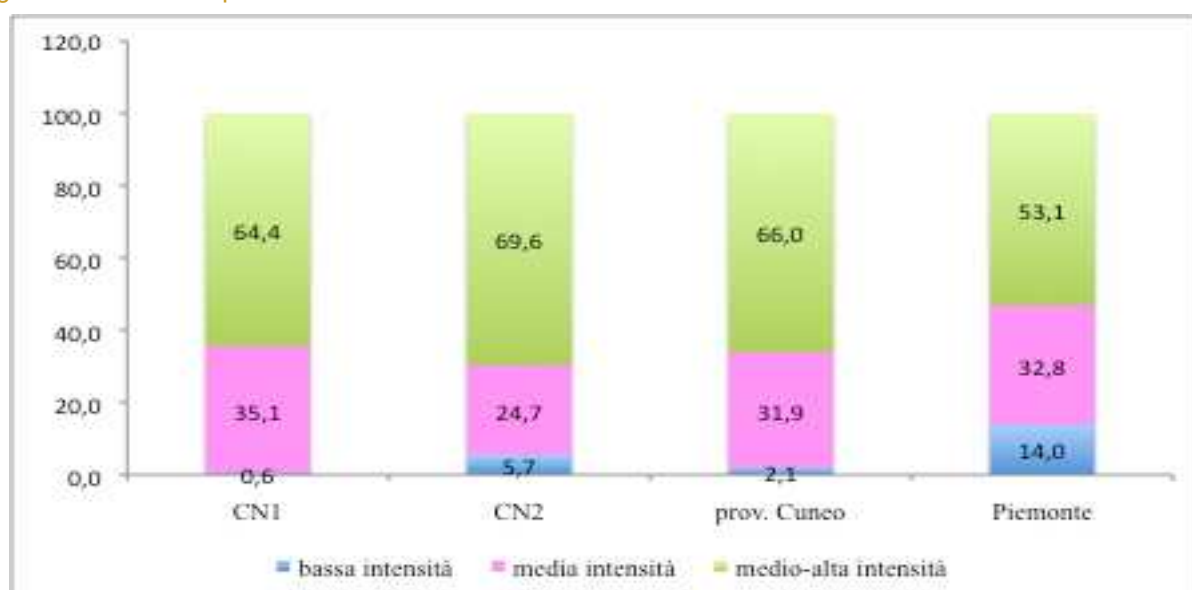
ASL	Distretto	N. anziani non autosufficienti che hanno usufruito del contributo a bassa intensità		N. anziani non autosufficienti che hanno usufruito del contributo a media intensità		N. anziani non autosufficienti che hanno usufruito del contributo a medio-alta intensità		Numero di soggetti in lista di attesa per l'erogazione di interventi
		Valori assoluti	per 100 anziani	Valori assoluti	per 100 anziani	Valori assoluti	per 100 anziani	
CN1	Cuneo	0	0,00	49	0,30	17	0,11	78
	Dronero-Borgo	2	0,01	33	0,18	55	0,30	108
	Mondovì	0	0,00	31	0,20	41	0,27	26
	Ceva	0	0,00	14	0,20	17	0,24	35
	Saluzzo	0	0,00	0	0,00	58	0,32	87
	Savigliano	0	0,00	0	0,00	45	0,25	173
CN1		2	0,00	127	0,14	233	0,25	507
CN2	Alba	0	0,00	8	0,03	75	0,31	101
	Bra	9	0,07	31	0,24	35	0,27	37
CN2		9	0,02	39	0,10	110	0,30	138
Prov. Cuneo		11	0,02	166	0,13	343	0,26	645
Piemonte		1.584	0,16	3.704	0,37	5.990	0,59	10.677

Fonte: rilevazione regionale

Nel primo anno di attivazione sono stati presi in carico 520 casi con gli interventi economici a sostegno della domiciliarità in provincia di Cuneo, altri 645 sono, a tutto il 2010, in lista di attesa.

I casi di interventi economici a sostegno della domiciliarità erogati nel 2009 in provincia di Cuneo sono prevalentemente a medio- alta intensità (66% del totale, 0,26 ogni 100 anziani).

Figura 10– Percentuale di casi che hanno usufruito di interventi economici a sostegno della domiciliarità per tipologia di assistenza – provincia di Cuneo e Piemonte - 2009

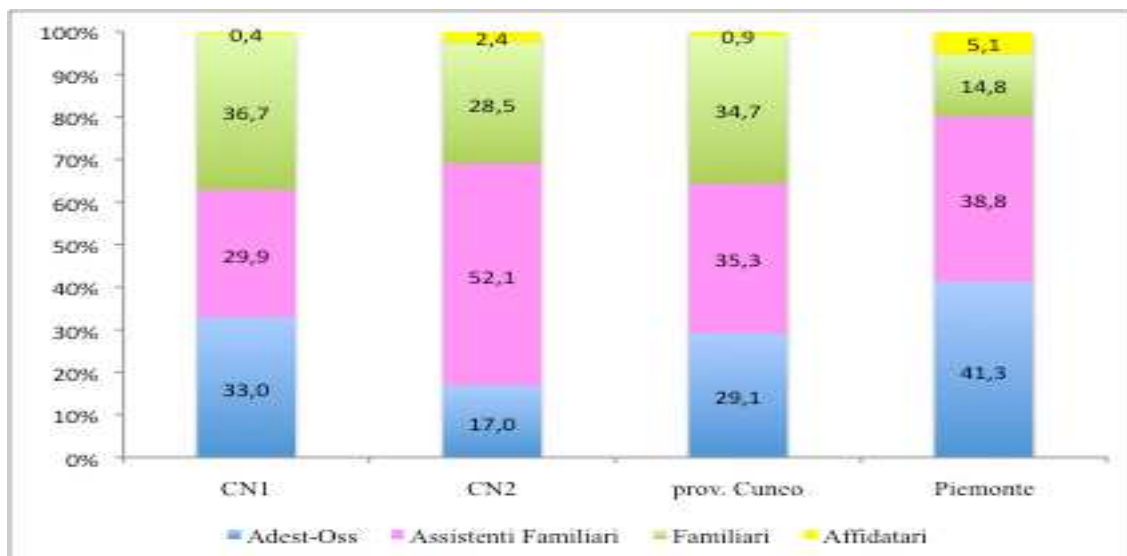


Fonte: rilevazione regionale

“Veniamo a trovarvi”

Hanno uno scarso rilievo, in provincia di Cuneo, gli interventi destinati ad anziani che richiedono una bassa intensità assistenziale: solo il 2,1% del totale, a fronte di 14% media regionale.

Figura 11 – Percentuale di interventi economici a sostegno della domiciliarità –differenti tipologie – provincia di Cuneo e Piemonte - 2009



Fonte: rilevazione regionale

Tra le differenti tipologie di interventi economici a sostegno della domiciliarità previsti dalla normativa regionale, in provincia di Cuneo prevalgono gli interventi erogati da Assistenti familiari (il 35,3% del totale), seguiti da interventi di familiari, che ricoprono il 34,7% del totale degli interventi, particolarmente diffusi nell'ASL CN1, dove la percentuale di interventi erogati dai familiari raggiunge il 36,7%. Gli interventi di familiari sono molto più diffusi in provincia di Cuneo, dove persiste un buon livello di sussidiarietà intergenerazionale, rispetto alla media regionale (14,8% del totale degli interventi).

In meno del 30% dei casi (per l'esattezza 29,1%) interviene direttamente il personale socio sanitario dell'ASL o degli EEGG (che pesano invece, a livello regionale, il 41,3% del totale); scarsamente presenti, nelle due ASL della provincia, gli interventi di Affidatari.

3.6 Gli interventi domiciliari erogati dagli Enti gestori dei servizi socio assistenziali

Agli interventi sopra descritti si aggiungono, nel 2009, in provincia di Cuneo, 583 interventi di assistenza domiciliare sociale (0,45 ogni 100 anziani), per una spesa complessiva di 4 milioni 592 mila euro (3.529,24 ogni 100 anziani).

Il loro numero non deve però essere sommato interamente agli utenti degli altri interventi, dal momento che gli anziani non autosufficienti utenti SAD possono usufruire anche di altre prestazioni domiciliari.

Tabella 21 – Interventi domiciliari erogati dagli EEGG – 2009

ASL	Distretto	N. anziani assistiti in servizio infermieristico domiciliare		Spesa assistenza domiciliare sociale (1)	
		Valori assoluti	per 100 anziani	Valori assoluti	per 100 anziani
CN1	Cuneo	197	1,22	1.260	7.787,39
	Dronero-Borgo	40	0,22	464	2.523,52
	Mondovì	0	0,00	135	879,14
	Ceva	0	0,00	33	474,07
	Saluzzo - Savigliano	212	0,59	1.752	4.857,76
CN1		449	0,48	3.644	3.920,39
CN2	Alba	90	0,37	701	2.904,01
	Bra	44	0,34	247	1.896,50
CN2		134	0,36	948	2.550,92
provincia di Cuneo		583	0,45	4.592	3.529,24
Piemonte		9.352	0,93	45.389	4.503,70

Fonte: sistema informativo EEGG

(1) Valori assoluti di spesa in migliaia di euro.

3.7 I dati relativi alle prestazioni residenziali

Quando la persona anziana non autosufficiente non può essere assistita al proprio domicilio, può essere ricoverata presso *strutture residenziali*, dislocate sul territorio.

In Piemonte Il *Piano socio sanitario regionale 2007-2010* ha previsto un consistente incremento, entro la fine del 2010, di posti letto per rispondere al fabbisogno di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti, fino a raggiungere i 2 posti letto ogni 100 anziani (oltre 65 anni). Inoltre sono state attivate, negli ultimi cinque anni, tipologie di strutture residenziali che offrono diverse intensità di cura, per dare risposte diversificate ai bisogni delle persone (prevedendo servizi adeguati per anziani affetti da patologie cronico degenerative quali demenze e Alzheimer).

La provincia di Cuneo si colloca su valori già molto prossimi a quelli definiti dagli standard.

In provincia di Cuneo si osservano, nel 2009, 453 posti letto in strutture residenziali ad alta intensità (RSA), 0,36 ogni 100 anziani, e 1.938 posti letto a media intensità (RAF), 1,49 posti letto ogni 100 anziani, per un totale di 2.391 posti letto, 1,85 ogni 100 anziani.

I posti letto ad alta intensità, per gli anziani con elevata non autosufficienza, sono cresciuti del 30,2% in provincia di Cuneo nel triennio 2007-2009, quelli a media intensità sono cresciuti dell'8,2%.

In provincia di Cuneo non si osservano, nel 2009, posti letto convenzionati con il servizio sanitario regionale a bassa intensità, in strutture residenziali per anziani autosufficienti (residenze assistenziali), che possono eccezionalmente ospitare, ai sensi della D.G.R. n. 17/05 citata, anziani la cui autosufficienza (misurata dall'UVG) sia diminuita durante il ricovero.

Tabella 22 – Posti letto in RSA– 2007 e 2009

	Posti in RSA per 100 anziani (1)					
	2007		2009		2009 /07	2009 Pie = 100
	va	/100 anz.	va	/100 anz.		
ASL CN1	324	0,35	404	0,43	22,6	80,7
ASL CN2	26	0,07	59	0,16	124,2	29,5
Prov. CN	350	0,27	463	0,36	30,2	66,1
Piemonte	4.943	0,50	5.435	0,54	7,5	100,0

Fonte: piani di attività

(1) escluso Alzheimer

Residenze sanitarie assistenziali (RSA): presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie non curabili a domicilio, un livello “medio” di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello “alto” di assistenza tutelare e alberghiera.

L’offerta di posti letto nelle RSA per pazienti anziani ad alta intensità, con elevata non autosufficienza, si rileva più cospicua nell’ASL CN1, dove si osservano, nel 2009, 324 posti letto, 0,43 ogni 100 anziani a fronte di 26, 0,16 ogni 100 anziani, nell’ASL CN2.

Tabella 23 – Posti letto in RAF – 2007 e 2009

	Posti in RAF per 100 anziani					
	2007		2009		2009 /07	2009 Pie = 100
	va	/100 anz.	va	/100 anz.		
ASL CN1	1.228	1,34	1.279	1,38	2,4	146,5
ASL CN2	535	1,46	659	1,77	21,7	188,9
prov. CN	1.763	1,38	1.938	1,49	8,2	158,6
Piemonte	8.141	0,83	9.478	0,94	13,8	100,0

Fonte: piani di attività

L’offerta di posti letto nelle RAF per pazienti anziani a media intensità, con media autosufficienza, si rileva più cospicua in relazione ai fabbisogni, per contro, nell’ASL CN2, dove si osservano, nel 2009, 535 posti letto, 1,77 ogni 100 anziani, a fronte di 1.228, 1,38 ogni 100 anziani nell’ASL CN1.

Residenze Assistenziali Flessibili (RAF): residenze (o reparti) socio assistenziali di “ospitalità permanente”, che possono realizzare un sufficiente livello di assistenza sanitaria (infermieristica e riabilitativa) integrato da un livello medio di assistenza tutelare ed alberghiera.

“Veniamo a trovarvi”

Ai posti letto descritti sopra si aggiungono 43 posti letto in nuclei temporanei per pazienti Alzheimer nell'ASL CN1, 0,04 posti letto ogni 100 anziani.

Tabella 24 – Posti letto in Nuclei per Alzheimer Temporanei – 2007 e 2009

	Posti in strutture Alzheimer per 100 anziani					
	2007		2009		2009 /07	2009 Pie = 100
	va	/100 anz.	va	/100 anz.		
ASL CN1	42	0,05	43	0,05	0,7	155,1
ASL CN2	0	0,00	0	0,00	-	0,0
prov. CN	42	0,03	43	0,03	0,8	110,8
Piemonte	329	0,03	301	0,03	-10,6	100,0

Fonte: piani di attività

Nuclei Alzheimer Temporanei, destinati a persone affette da demenza che presentano disturbi comportamentali e/o problemi sanitari e assistenziali di elevata complessità.

Posti letto in convenzione e posti letto autorizzati al convenzionamento

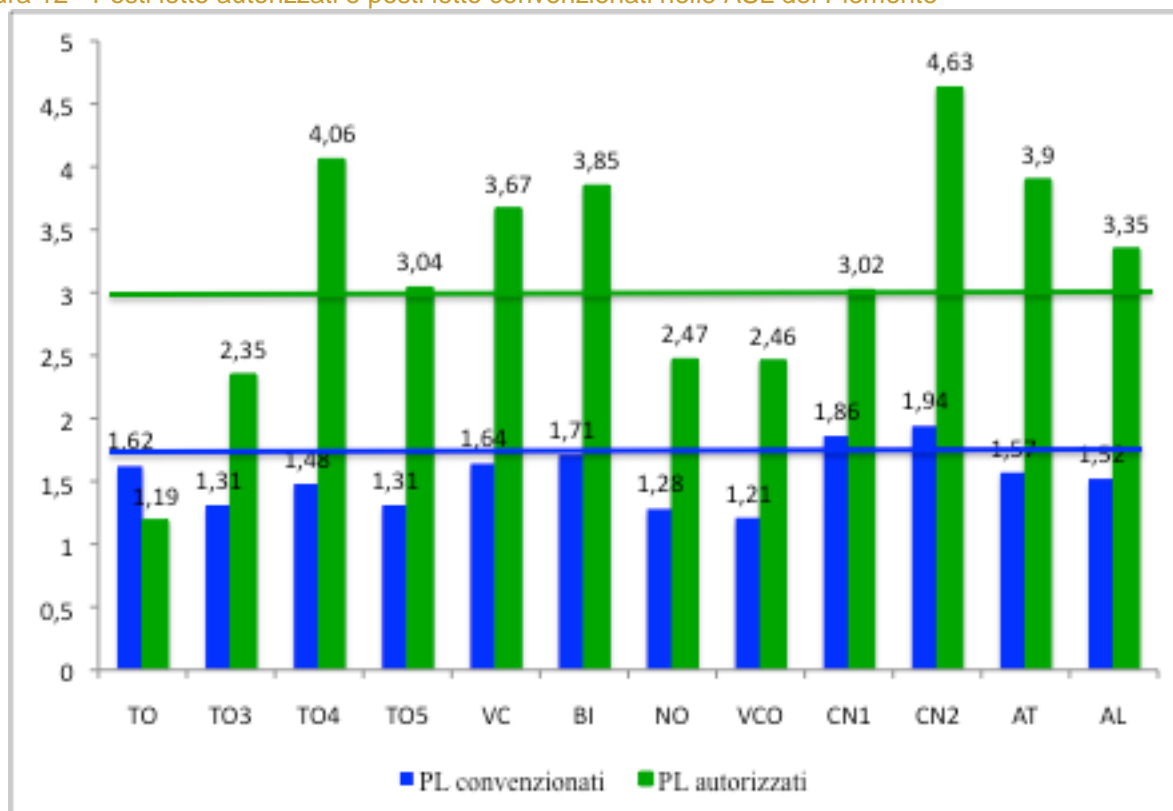
I posti letto sopra descritti sono quelli in convenzione con le ASL, per i quali il servizio sanitario nazionale paga agli utenti ricoverati il 50% della retta (il restante 50% è a carico degli utenti, con copertura prevista da parte degli Enti gestori dei servizi socio assistenziali nel caso in cui questi abbiano un reddito inferiore al minimo definito a livello comunale).

In realtà i posti letto complessivamente autorizzati (nelle RSA, per anziani ad elevata intensità e nelle RAF per anziani e media intensità assistenziale) al funzionamento nelle singole ASL rappresentano un numero differente, in particolare nelle due ASL della provincia di Cuneo rappresentano un numero molto più elevato (rispettivamente 3,02 ogni 100 anziani nell'ASL CN1 e 4,63 nell'ASL CN2) rispetto ai posti letto convenzionati con le due ASL. I posti letto autorizzati ma non convenzionati sono a disposizione degli anziani non autosufficienti residenti in provincia di Cuneo o fuori, ma in questo caso la retta è a totale carico dell'utente.

“Veniamo a trovarvi”

La figura che segue illustra lo scarto tra posti letto autorizzati e posti letto convenzionati nelle diverse ASL del Piemonte.

Figura 12 - Posti letto autorizzati e posti letto convenzionati nelle ASL del Piemonte



Fonte: piani di attività

Alle prestazioni sopra descritte si aggiungono ulteriori 8.368 giornate erogate in provincia di Cuneo agli anziani non autosufficienti, delle quali 1.040 per ricoveri di sollievo e 7.328 per prestazioni in continuità assistenziale.

Le giornate di assistenza semiresidenziale erogate nel 2009 nei Centri diurni della provincia di Cuneo (sono presenti Centri Diurni nella sola ASL CN1) sono 1.665.

3.8 Le tappe del percorso di cura degli anziani non autosufficienti: confronti tra le due ASL della provincia di Cuneo

L'analisi congiunta delle diverse tipologie di servizi erogati agli anziani non autosufficienti nelle due ASL della provincia di Cuneo consente di ricostruire i percorsi complessivi di cura, che verranno analizzati nel presente paragrafo con riferimento ai casi seguiti, alle giornate erogate e alla spesa sostenuta, mettendo a confronto i dati relativi per le due ASL.

Tabella 25 – Le prestazioni erogate nel percorso di cura per anziani non autosufficienti –2009 – casi seguiti²⁰

	ASL CN1			ASL CN2		
	Valori assoluti	Per 100 anziani	Perc. su totale prestazioni	Valori assoluti	Per 100 anziani	Perc. su totale prestazioni
SAD	449	0,50	2,70	134	0,40	2,75
Interventi	362	0,40	2,18	158	0,40	3,25
LA	700	0,80	4,21	300	0,80	6,16
PIE	-	-	-	-	-	-
SID	9.117	9,80	54,89	751	2,00	15,43
ADP	2.980	3,20	17,94	1.367	3,70	28,09
ADI	1.149	1,20	6,92	1.274	3,40	26,18
ADI UOCP	101	0,10	0,61	164	0,40	3,37
Tot Cure domiciliari	14.858	16,00	89,45	4.148	11,10	85,23
Centri Diurni	18	0,00	0,11	0	0,00	0,00
CD Alzheimer	8	0,00	0,05	0	0,00	0,00
Tot semiresidenziale	26	0,00	0,16	0	0,00	0,00
RAF	1.279	1,38	7,70	659	1,77	13,55
RSA	404	0,43	2,43	59	0,16	1,22
RSA Alzh.	43	0,05	0,26	0	0,00	0,00
Tot residenziale	1.726	1,86	10,39	718	1,93	14,77
Ric. sollievo	-	-	-	-	-	-
C. assistenziale	-	-	-	-	-	-
TOTALE	16.611	17,86	100,00	4.867	13,03	100,00

Fonte: piani di attività, rilevazioni regionali e sistema informativo EEGG

In sintesi si rilevano, nel 2009, in rapporto agli anziani residenti, più casi seguiti e più interventi di domiciliarità nell'ASL CN1, mentre l'ASL CN2 fa rilevare più interventi di domiciliarità con componente medica e più interventi di residenzialità (anche se più “leggeri”).

Nelle tabelle sono evidenziate in rosso le prestazioni più rappresentate in ciascuna realtà.

Nel complesso i casi seguiti, rapportati agli anziani residenti, sono più elevati nell'ASL CN1 (che fa registrare 17,86 casi seguiti ogni 100 anziani a fronte dei 13,03 dell'ASL CN2).

Nell'ASL CN1 sono più diffusi gli interventi domiciliari, che rappresentano l'89,45% degli interventi a fronte dell'85,23% nell'ASL CN2. Tra questi, la tipologia di interventi più diffusa è rappresentata dal Servizio Infermieristico Domiciliare, con impiego prevalente di personale infermieristico (54,9% del totale dei casi) mentre nell'ASL CN2 sono più diffusi gli Interventi con prevalente impiego di medici di medicina generale (ADI e ADP, rispettivamente 28,1% e 26,2% del totale dei casi).

I casi seguiti in residenzialità sono un poco più elevati, in rapporto agli anziani presenti, nell'ASL CN2 (1,93 casi ogni 100 anziani a fronte di 1,86 casi nell'ASL CN1), ma in questo caso si rileva più “pesante” l'assistenza erogata nell'ASL CN1, con 1,77 casi in RSA (per anziani non autosufficienti ad alta intensità) ogni 100 anziani a fronte di 1,38 seguiti nell'ASL CN2.

²⁰La presente serie di tabelle include, nel tentativo di ricostruire il percorso complessivo di assistenza degli anziani non autosufficienti, anche prestazioni e costi non compresi nelle tabelle inserite all'inizio del capitolo (prestazioni sociali ed interventi economici a sostegno della domiciliarità).

Tabella 26 – Le prestazioni erogate nel percorso di cura per anziani non autosufficienti –2009 – Le giornate erogate

	ASL CN1			ASL CN2		
	Valori assoluti	Per 100 anziani	Percent. su totale prestazioni	Valori assoluti	Per 100 anziani	Percent. su totale prestazioni
SAD			0,00		0,0	0,00
Interventi			0,00		0,0	0,00
LA	184.194	198,3	6,96	61.241	164,9	6,83
PIE	20.851	22,4	0,79	4.249	11,4	0,47
SID	1.147.632	1.235,3	43,37	161.433	434,7	18,02
ADP	548.903	590,8	20,74	206.924	557,2	23,09
ADI	99.972	107,6	3,78	187.303	504,4	20,90
ADI UOCP	3.420	3,7	0,13	8.556	23,0	0,95
Tot Cure domiciliari	2.004.972	2.158,10	75,77	629.706	1.695,60	70,26
Centri Diurni	4.519	0,02	0,17	0	0,0	0,00
CD Alzheimer	2.102	0,01	0,08	0	0,0	0,00
Tot semiresidenziale	6.621	0,03	0,25	0	0,00	0,00
RAF	466.660	502,3	17,64	240.678	648,1	26,86
RSA	147.565	158,8	5,58	21.645	58,3	2,42
RSA Alzh	15.841	17,1	0,60	0	0,0	0,00
Tot residenziale	630.066	678,20	23,82	262.323	706,40	29,28
Ric. sollievo	650	0,7	0,02	390	1,1	0,04
C. assistenziale	3.755	4,0	0,14	3.573	9,6	0,40
TOTALE	2.646.064	2.841,1	100,00	895.992	2.412,8	100,00

Fonte: piani di attività, rilevazioni regionali e sistema informativo EEGG

La tabella precedente, che mette a confronto le diverse prestazioni erogate all'interno del percorso di assistenza degli anziani non autosufficienti, fa rilevare le stesse dinamiche già osservate nell'analisi dei casi: l'unica differenza è rappresentata dalla percentuale più elevata, nell'ASL CN2, di giornate erogate in RAF (i cui episodi di cura fanno quindi rilevare una durata più elevata).

L'analisi dei percorsi di cura degli anziani non autosufficienti nelle due ASL della provincia di Cuneo con riferimento alla spesa sostenuta evidenzia peculiarità cui si è già accennato nei paragrafi precedenti: complessivamente è l'ASL CN1 a destinare più risorse in rapporto agli anziani presenti, mentre, le risorse destinate dall'ASL CN1 per l'assistenza domiciliare sono inferiori rispetto all'ASL CN2, per la preponderanza di prestazioni domiciliari “leggere” che prevedono un utilizzo prevalente della componente di personale infermieristica (mentre nell'ASL CN2 come si è visto prevalgono le prestazioni con utilizzo preponderante della componente medica, come ADI e ADP).

La tipologia di assistenza che pesa maggiormente, nel 2009, in termini di risorse utilizzate, nell'ASL CN1, è rappresentata dall'assistenza residenziale, e in particolare dall'assistenza erogata in RSA, caratterizzate da un costo unitario degli interventi maggiore: l'elevato costo unitario delle prestazioni erogate nelle RSA fa quindi salire la spesa totale destinata agli anziani in quest'ASL.

Tabella 27 – Le prestazioni erogate nel percorso di cura per anziani non autosufficienti –2009 – spesa ²¹

	ASL CN1			ASL CN2		
	Valori assoluti	Per 100 anziani	Percent. su totale prestazioni	Valori assoluti	Per 100 anziani	Percent. su totale prestazioni
SAD	3.644	3.920,4	7,73	948	2.550,9	5,65
Interventi	596	641,5	1,26	476	1.281,8	2,83
LA	1.669	1.796,9	3,54	701	1.886,8	4,17
PIE	326	350,6	0,69	134	361,7	0,80
SID	3.347	3.603,0	7,10	474	1.277,0	2,82
ADP	411	442,7	0,87	358	964,5	2,13
ADI	1.947	2.095,6	4,13	2.789	7.509,5	16,61
ADI UOCP	146	157,6	0,31	310	834,5	1,85
Tot Cure domiciliari	12.086	13.008,30	25,63	6.190	16.666,70	36,86
Centri Diurni	1.082	1.164,4	2,30	0	0,0	0,00
CD Alzheimer	583	627,0	1,24	0	0,0	0,00
Tot. semiresidenziale	1.665	1.791,40	3,54	0	0,00	0,00
RAF	22.866	24.613,0	48,53	9.236	24.870,1	55,00
RSA	8.616	9.274,3	18,29	1.094	2.945,7	6,51
RSA Alzh	1.657	1.783,6	3,52	0	0,0	0,00
Tot residenziale	33.139	35.670,90	70,34	10.330	27.815,80	61,51
Ric. sollievo	24	26,3	0,05	15	40,0	0,09
C.assistenziale	205	220,7	0,44	258	693,7	1,53
TOTALE	47.119	50.717,6	100,00	16.792	45.216,1	100,00

Fonte: piani di attività, rilevazioni regionali e sistema informativo EEGG

In conseguenza, quindi, della maggior spesa per l'assistenza residenziale, e della presenza di prestazioni di assistenza semiresidenziale (18 euro spesi per anziano) non presenti nell'ASL CN2, la spesa risulta complessivamente più elevata nell'ASL CN1, che fa rilevare, nel 2009, un valore di 507 euro per anziano (prestazioni erogate nel percorso di assistenza degli anziani non autosufficienti, divise per il numero di anziani residenti nell'ASL) a fronte dei 452 spesi nell'ASL CN2.

Da notare che in ogni caso, in entrambe le ASL della provincia di Cuneo, se le prestazioni più rappresentate nel percorso di cura degli anziani non autosufficienti sono quelle domiciliari, più leggere, quelle che fanno rilevare maggiore spesa sono quelle residenziali, più intensive.

²¹Valori assoluti in migliaia di euro.

3.9 Gli utenti

Per pervenire al numero di utenti, partendo dal numero di casi seguiti, occorre apportare un fattore di correzione che tenga conto della percentuale di duplicazioni (percentuale di persone assistite/100 cartelle aperte), dal momento che le persone possono usufruire di più di una prestazione nell'anno. Un'indagine condotta nel 2009 dall'Aress Piemonte sui dati del flusso individuale di rilevazione delle prestazioni domiciliari (SAO ADI) ha evidenziato per le singole tipologie di Cure Domiciliari la seguente percentuale di duplicazione. Non sussistono invece duplicazioni per le prestazioni erogate in strutture residenziali.

Tipologie di assistenza	Persone assistite /100 cartelle aperte	Tipologie di assistenza	Persone assistite /100 cartelle aperte
SID	0,72	ADI+UOCP	0,98
ADP	0,93	LA	0,99
ADI	0,93	Mix servizi	0,91

Gli utenti assistiti nell'ASL CN1 nel 2009 sono 13.751, 14,8 ogni 100 anziani; di questi la maggior parte dei casi (47,7% del totale) è assistita in servizio di assistenza domiciliare infermieristica (SID).

Gli utenti assistiti nell'ASL CN2 sono 4.330, 11,7 ogni 100 anziani: in questo caso prevalgono gli interventi di ADP.

Tabella 28 – Il percorso di cura per anziani non autosufficienti – Gli utenti – 2009

	ASL CN1			ASL CN2		
	Utenti - Valori assoluti	Utenti per 100 anziani	Perc. per tipologia di servizio	Utenti - Valori assoluti	Utenti per 100 anziani	Perc. per tipologia di servizio
SAD	445	0,48	3,23	133	0,36	3,06
Interventi	358	0,39	2,61	156	0,42	3,61
LA	693	0,75	5,04	297	0,80	6,86
PIE	-	-	-	-	-	-
SID	6.564	7,07	47,73	541	1,46	12,49
ADP	2.772	2,98	20,15	1.271	3,42	29,36
ADI	1.069	1,15	7,77	1.185	3,19	27,37
ADI UOCP	99	0,11	0,72	161	0,43	3,71
Tot Cure domiciliari	12.000	12,93	87,25	3.744	10,08	86,46
Centri Diurni	18	0,02	0,13	0	0,00	0,00
CD Alzheimer	8	0,01	0,06	0	0,00	0,00
Tot semiresidenziale	26	12,97	0,19	3.744	10,08	0,00
RAF	1.279	1,38	9,30	659	1,78	15,23
RSA	404	0,44	2,94	59	0,16	1,37
RSA Alzh	43	0,05	0,32	0	0,00	0,00
Tot residenziale	1.322	1,87	12,56	718	1,94	16,60
TOTALE	13.751	14,8	100,00	4.330	11,7	100,00

Fonte: piani di attività, rilevazioni regionali e sistema informativo EEGG

4. I costi delle prestazioni

4.1 La spesa sostenuta per le cure domiciliari e il posizionamento delle due ASL cuneesi

Tabella 29 - La spesa destinata agli anziani non autosufficienti in provincia di Cuneo – 2009

	Spesa ASL (1)			Spesa EEGG (1)			Spesa totale anziani non autosufficienti (ASL e EEGG)	Percent. Spesa Anziani non autosufficienti su spesa totale
	Ricostruz. Spesa Anziani non autosufficienti	Spesa totale	Percent. Spesa Anziani non autosufficienti su Totale Spesa ASL	Ricostruz. Spesa Anziani non autosufficienti	Spesa totale	Percent. Spesa Anziani non autosufficienti su Totale Spesa EEGG		
ASL CN1	43.676	419.662	10,4	4.343	30.681	14,2	48.019	10,7
ASL CN2	15.353	169.333	9,1	2.188	12.792	17,1	17.541	9,6
Prov. CN	59.029	588.995	10,0	6.531	43.473	15,0	65.560	10,4
Piemonte	425.997	8.789.936	4,8	93.170	393.642	23,7	519.167	5,7

Fonte: piani di attività, bilanci delle ASL e degli EEGG

(1) valori assoluti in migliaia di euro

La ricostruzione della spesa sostenuta per l’assistenza agli anziani non autosufficienti nella provincia di Cuneo²², riferita al 2009, evidenzia due situazioni differenziate per il comparto sanitario e per quello socio assistenziale:

- per le ASL si evidenzia come la provincia di Cuneo destini agli anziani non autosufficienti una percentuale di risorse ben più elevata rispetto ai valori medi regionali: in provincia di Cuneo nel 2009 i servizi destinati agli anziani non autosufficienti assorbivano 59 milioni e 29 mila euro, il 10% del totale della spesa delle due ASL, a fronte di un 4,8% media regionale, con una leggera prevalenza nell’ASL CN1 (10,4% a fronte di 9,1% nell’ASL CN2);
- gli EEGG della provincia di Cuneo, per contro, spendono per gli anziani una percentuale inferiore rispetto ai valori medi regionali: 15% sul totale della spesa (6 milioni e 331 mila euro in valori assoluti) a fronte del 23% media regionale; in questo caso è l’ASL CN2 a spendere una percentuale leggermente maggiore (17,1% a fronte del 14,2% dell’ASL CN1).

Se si mette a confronto la spesa sostenuta per le cure domiciliari con la spesa complessiva sostenuta per anziani non autosufficienti²³ si evidenziano andamenti divergenti:

- per le ASL, a livello regionale l’assistenza domiciliare pesa il 26,4% sul totale dei servizi destinati agli anziani, nell’ASL CN1 il 18%, nell’ASL CN2 il 31% (21% è la media provinciale, inferiore al valore regionale, il che evidenzia una tendenza della provincia di Cuneo a privilegiare l’offerta residenziale);

²²Esclusa la spesa sostenuta per gli Interventi Economici a sostegno della domiciliarità, finanziata con fondi ad hoc di provenienza ministeriale a metà 2009 e contabilizzati con modalità e tempi differenti nelle diverse ASL della regione Piemonte.

²³Anche qui stanno fuori gli Interventi Economici a sostegno della domiciliarità, che sono stati introdotti, nell’ASL CN1, soltanto alla fine del 2009 e nell’ASL CN2 a metà 2009.

“Veniamo a trovarvi”

- per gli EEGG, per contro, a livello regionale la spesa per cure domiciliari incide, sul totale speso per anziani non autosufficienti, il 33%, nell' ASL CN1 il 57,1% e nell'ASL CN2 il 29,5% (47,8% media provinciale): quindi, all'interno di una spesa inferiore destinata agli anziani, gli EEGG della provincia di Cuneo spendono di più per l'assistenza domiciliare.

Tabella 30 - La spesa per cure domiciliari sul totale della spesa sostenuta per anziani non autosufficienti – 2009

	Spesa ASL (1)		Spesa Enti Gestori Servizi Socio Assistenziali (EEGG) (1)			Percent. spesa cure domiciliari su totale spesa anziani non autosufficienti ASL e EEGGI	Percent. spesa cure domiciliari su totale spesa ASL e EEGGI	
	Ricostruz. spesa cure domiciliari anziani non autosufficienti enti	Percent. spesa cure domiciliari su totale spesa anziani non autosufficienti	Percent. spesa cure domiciliari su totale spesa ASL	Ricostruz. spesa cure domiciliari anziani non autosufficienti enti	Percent. spesa cure domiciliari su totale spesa anziani non autosufficienti			Percent. spesa cure domiciliari su totale spesa EEGGI
ASL CN1	7.847	18,0	1,9	2.478	57,1	8,1	21,5	2,3
ASL CN2	4.766	31,0	2,8	645	29,5	5,0	30,8	3,0
Prov. CN	12.613	21,4	2,1	3.123	47,8	7,2	24,0	2,5
Piemonte	112.254	26,4	1,3	30.865	33,1	7,8	27,6	1,6

Fonte: piani di attività, bilanci delle ASL e degli EEGG

(1) valori assoluti in migliaia di euro

4.2 I fattori produttivi utilizzati nell'erogazione delle cure domiciliari

Tabella 31 - Cure domiciliari ASL CN1, CN2 e Piemonte – 2008 – Percentuale spesa per i diversi fattori produttivi

	ASL CN1		ASL CN2		Piemonte	
	Assistenza Programmata a Domicilio	Assistenza ambulatoriale e domiciliare agli anziani	Assistenza Programmata a Domicilio	Assistenza ambulatoriale e domiciliare agli anziani	Assistenza Programmata a Domicilio	Assistenza ambulatoriale e domiciliare agli anziani
Beni e servizi	32,2	28,2	40,1		53,6	47,2
Personale	57,7	57,2	52,2	0	39,6	45,2
- sanitario	46,7	31,8	40,9		32,5	20,4
- professionale	0,2	0,2	0,2		0,1	0,1
- tecnico	3,4	21,2	8		2,5	19,4
- amministrativo	7,4	4	3,1		4,5	5,3
Alti costi	10,1	14,6	7,8		6,8	7,6
TOTALE	100	100	100,1	0	100	100

Fonte: dati bilanci ASL, modello LA (Livelli di Assistenza)

L'analisi dei modelli LA (Livelli di Assistenza), allegati ai conti economici delle ASL, in questo caso aggiornati al 2008, fornisce qualche indicazione circa la composizione della spesa sostenuta per le cure domiciliari nelle ASL piemontesi.

I modelli in questione suddividono la spesa per cure domiciliari in due macrotipologie:

- assistenza programmata a domicilio: è l'assistenza domiciliare programmata erogata dai medici di famiglia;

“Veniamo a trovarvi”

- assistenza ambulatoriale e domiciliare agli anziani: comprende gli interventi di assistenza domiciliare integrata, erogati dai medici di famiglia insieme ad altre figure professionali, sanitarie e socio sanitarie (infermieri, operatori socio sanitari), dei distretti delle ASL piemontesi, più altre forme di cure domiciliari erogate nelle ASL.

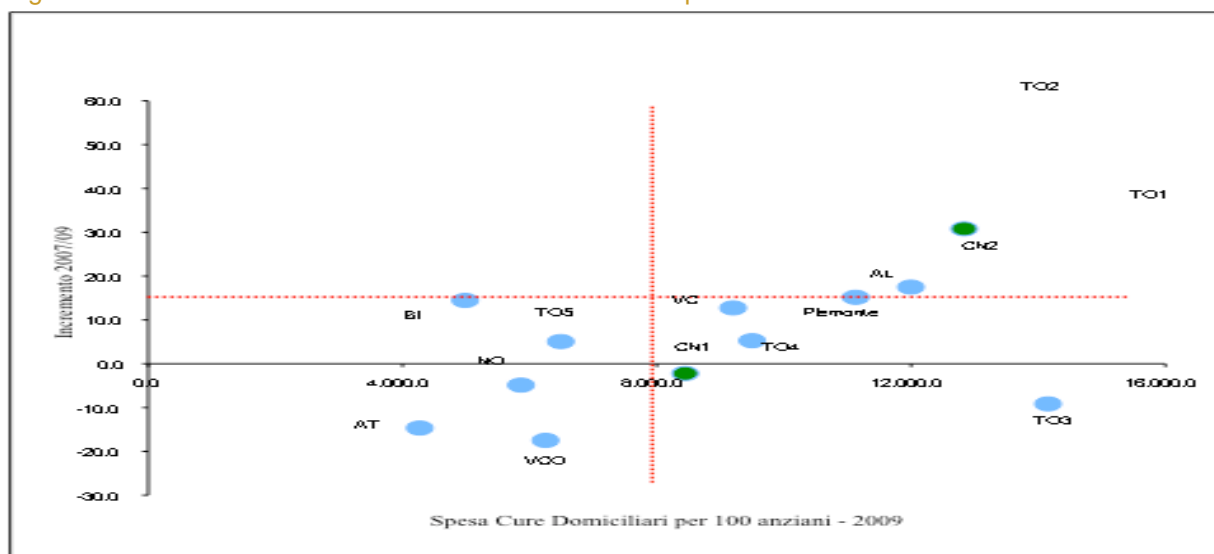
Le tipologie di costi considerati riguardano, per entrambe le tipologie di servizi:

- beni e servizi (ad esempio convenzioni con cooperative...);
- personale (suddiviso in personale del ruolo sanitario, professionale, tecnico e amministrativo);
- altri costi (ammortamenti, poste finanziarie...).

Dai dati della tabella 31 si rileva come in generale le due ASL della provincia di Cuneo, con qualche divergenza nella registrazione dei dati all'interno dei capitoli del bilancio (l'ASL CN2 registra tutta la spesa per le cure domiciliari nella voce assistenza programmata a domicilio) utilizzino maggiormente le risorse di personale direttamente dipendente rispetto ai valori medi regionali, e, tra le due ASL della provincia, l'ASL CN2 propende per l'utilizzo di servizi in convenzione (propensione documentata dalla maggior percentuale spesa per beni e servizi in quell'ASL).

4.3 I confronti con le altre ASL del Piemonte: le due ASL cuneesi destinano risorse adeguate alle Cure Domiciliari, risorse in crescita per l'Assistenza Residenziale

Figura 13 – Diffusione e incremento delle cure domiciliari per anziani non autosufficienti

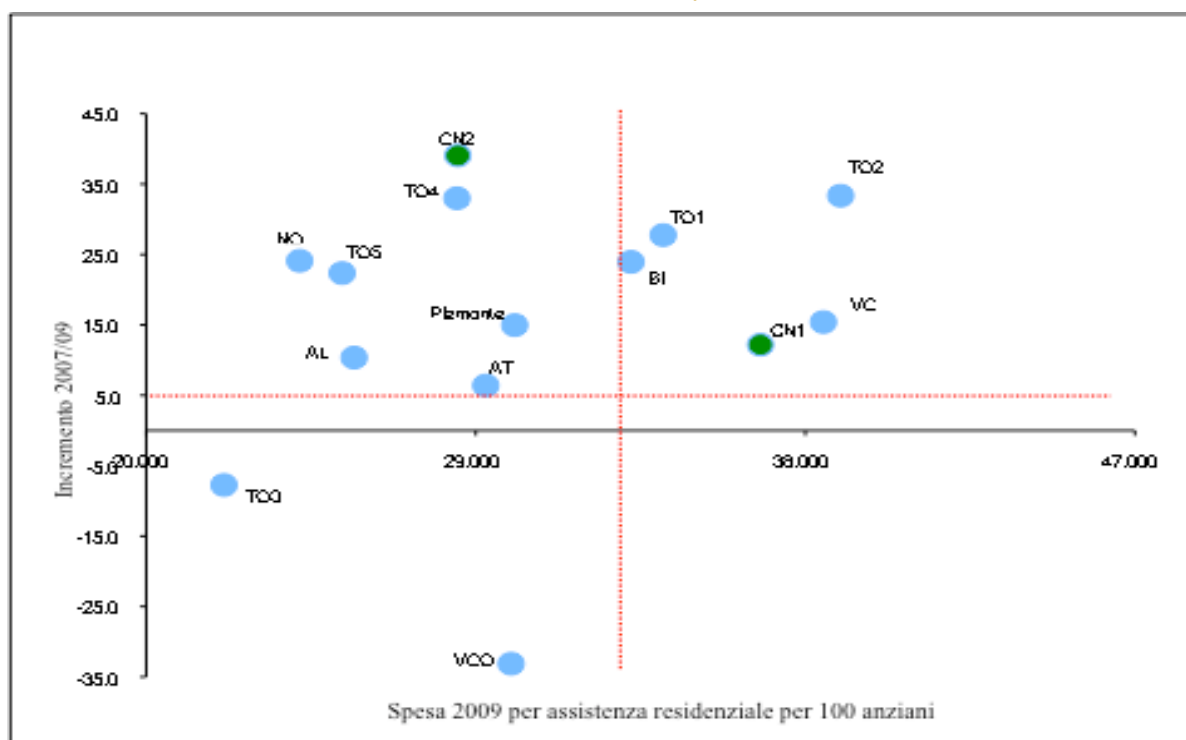


Fonte: piani di attività

Se si confrontano le due ASL della provincia di Cuneo con le altre ASL del Piemonte con riferimento alla spesa sostenuta per le cure domiciliari nel 2009 e all'incremento di questa nel triennio 2007-2009, l'ASL CN1 si colloca nel quadrante in basso a destra della figura 1 che precede, nel quale sono inserite le ASL con valori di spesa elevati ma tasso di crescita basso, mentre l'ASL CN2 si colloca nel quadrante in alto a destra, caratterizzato da un'elevata spesa e un elevato incremento.

Per quanto riguarda l'assistenza residenziale invece l'ASL CN1 si colloca, con riferimento alle stesse variabili, nel quadrante in alto a destra, elevata spesa e elevato tasso di incremento, l'ASL CN2 nel quadrante in alto a sinistra, bassa spesa contestualmente ad elevato tasso di crescita.

Figura 14 – Diffusione e incremento dell'assistenza residenziale per anziani non autosufficienti



Fonte: piani di attività

Spesa adeguata quindi, nelle due ASL della provincia di Cuneo, per i servizi destinati agli anziani non autosufficienti, generalmente in crescita nell'ultimo triennio.

4.4 I costi unitari delle cure domiciliari risultano sensibilmente inferiori ai costi unitari delle cure residenziali (e i dati rilevati nella provincia di Cuneo sono confermati dalla letteratura)

In entrambe le ASL della provincia di Cuneo il costo unitario (per giornata e per caso) delle prestazioni domiciliari risulta sensibilmente inferiore a quello delle prestazioni residenziali (si ricorda che non si tratta di un costo per giorno di effettiva assistenza bensì del costo per giornata di presa in carico: negli episodi di cure domiciliari possono darsi i casi di interventi senza operatori).

Tabella 32 – Costi per caso e per giornata — 2009

	ASL CN1		ASL CN2	
	Costo per caso	Costo per giornata	Costo per caso	Costo per giornata
SAD	8.115,8	-	7.074,6	-
Interventi	1.646,4	-	3.012,7	-
LA	2.384,3	9,1	2.336,7	8,6
PIE	-	15,6	-	31,5
SID	367,1	2,9	631,2	2,9
ADP	137,9	0,7	261,9	1,7
ADI	1.694,5	19,5	2.189,2	14,9
ADI UOCP	1.445,5	42,7	1.890,2	36,2
CD	59.846,2	239,4	-	-
CD Alzh	69.279,3	277,1	-	-
RAF	17.884,7	49,0	14.006,1	38,4
RSA	21.311,6	58,4	18.446,5	50,5
RSA Alzh	38.179,5	104,6	-	-
Ric. sollievo	13.718,4	37,6	13.888,7	38,1
C. assistenziale	19.925,8	54,6	26.314,1	72,1

Fonte: piani di attività

I dati rilevati nel presente lavoro sono confermati dalle analisi riportate in letteratura, anche se la letteratura relativa alle cure domiciliari sconta alcuni limiti legati alle specifiche caratteristiche che i servizi, ancora molto disomogenei nelle differenti realtà, assumono nei differenti contesti locali, e dalle diverse caratteristiche e livelli di gravità dei pazienti assistiti: ad esempio, secondo un recente studio effettuato nella regione Calabria, i costi varierebbero da 49,6 euro per i pazienti meno gravi a 107,2 euro per i pazienti più gravi²⁴.

Nell'analisi dei costi relativi all'assistenza domiciliare, ancora, occorre tener presenti, oltre ai costi sostenuti dagli Enti preposti alla loro offerta, anche dei costi informali sostenuti da familiari e care givers. Un recente studio canadese, ad esempio²⁵ presentando informazioni riguardanti l'assistenza domiciliare e le cure ospedaliere in due città (Victoria, British Columbia e Winnipeg, Manitoba), dimostra come, in funzione dei diversi livelli di autonomia dei pazienti, l'assistenza domiciliare presenti costi minori in maniera evidente rispetto a quella residenziale quando sono considerati solo i costi formali (e quindi non si considera il costo del tempo dedicato dai familiari e dai care giver). I costi dipenderebbero inoltre in modo significativo, secondo lo studio in questione, dal sistema di remunerazione degli erogatori.

Al di là della difficoltà di confrontare dati provenienti da contesti così diversi e disomogenei, va rilevato che una rilevazione corretta dei costi dovrebbe prendere in considerazione il costo globale dei percorsi dei pazienti fragili, comprensivo di tutti i servizi disponibili nel ventaglio delle prestazioni offerte, con la rilevazione, per ciascuno, del livello di attivazione. E' cioè opportuno integrare i differenti sistemi di offerta, mettendo in campo efficaci modelli di governo e prevedendo una progettazione condivisa dei percorsi di cura tra le parti del sistema, che includano azioni quali riduzioni delle riammissioni, una migliore qualità degli esiti, un minore ricorso alla residenzialità, che complessivamente riducono il costo globale del trattamento dei pazienti fragili.

Altri lavori recenti²⁶ suggeriscono di ragionare in termini di percorsi di assistenza degli anziani cronici non autosufficienti personalizzati e flessibili, adeguando le risorse impiegate ai bisogni dei pazienti: in questo senso l'analisi dei costi per pacchetti assistenziali, associata ad una valutazione dell'intensità, complessità e durata delle cure, fornisce informazioni utili per programmare servizi di qualità in funzione dei bisogni dei pazienti e la flessibilità nell'erogazione dei servizi può diventare una risorsa di rilievo.

²⁴Ambrogio S. et al, 2009.

²⁵Hollander et al, 2002.

²⁶Scaccabarozzi G. et al, 2006.

4.5 ...E se si diminuissero di un decimo i ricoveri non appropriati si recupererebbero...

I ricoveri medici definiti non appropriati dalla normativa²⁷ rappresentano quegli episodi di ricovero curabili con maggiore efficacia e gradimento da parte dei pazienti al di fuori delle strutture ospedaliere, in day hospital o nei servizi ambulatoriali e in alcuni casi, come quelli relativi alle patologie croniche (diabete, polmonite, scompenso cardiaco), anche al domicilio dei pazienti.

Diminuendo di un decimo le giornate per ricoveri non appropriati (sono 15.991 in provincia di Cuneo e sono state calcolate stimando una degenza media stimata di 11 giorni; il loro costo complessivo, 6 milioni, 396 mila e 280 euro, è stato stimato presupponendo un costo per giornata di ricovero di 400 euro), si libererebbero 387.653 giornate di cure domiciliari in provincia di Cuneo (tenendo conto che il costo osservato è di 16,5 euro al giorno): si tratta del 15% del totale delle giornate di cure domiciliari attualmente erogate.

Tabella 33 - Rapporto di sostituzione tra ricoveri non appropriati e giornate di assistenza domiciliare – 2009

	Numero di ricoveri medici non appropriati	Stima giornate di degenza non appropriate (1)	10% giornate di degenza non appropriate	Costo 10% giornate di degenza non appropriate (2)	Rapporto di sostituzione con giornate Cure Domiciliari (3)
ASL CN1	10.085	110.935	11.094	4.437.400	268.933
ASL CN2	4.452	48.972	4.897	1.958.880	118.720
Prov. CN	14.537	159.907	15.991	6.396.280	387.653
Piemonte	112.372	1.236.092	123.609	49.443.680	2.996.587

Fonte: schede di dimissione ospedaliera (SDO) e piani di attività (PIA)

- (1) degenza media reparti di medicina generale = 11 giorni
- (2) costo stimato per giornata = 400 euro
- (3) numero di giornate ADI recuperabili con una riduzione del 10% delle giornate per ricoveri non appropriati (costo rilevato per giornata ADI = 16,5 euro)

²⁷ D.P.C.M. 29.11.2001 istitutivo dei livelli essenziali di assistenza e Patto per la salute 2010-2012.

CONCLUSIONI

La provincia di Cuneo, con 130.445 residenti al di sopra dei 65 anni nel 2009, il 22,2% del totale della popolazione, è allineata ai valori regionali per quanto riguarda l'invecchiamento della popolazione.

I “grandi anziani”, con più di 75 anni, 46.820 nel 2009, saranno 52.608 nel 2025, secondo le proiezioni effettuate dall'Ires Piemonte.

Nel lavoro si è visto come i servizi erogati in provincia di Cuneo agli anziani cronici non autosufficienti si possano considerare complessivamente adeguati, in termini di consistenza delle attività erogate, di molteplicità delle risposte e di risorse dedicate.

In provincia di Cuneo si contano, nel 2009, 17.904 interventi di Cure Domiciliari, per un totale di 2 milioni 608 mila e 578 giornate, erogati agli anziani non autosufficienti dalle due Aziende Sanitarie Locali della provincia (ASL CN1 e CN2), per una spesa complessiva di 12 milioni e 631 mila euro.²⁸

Gli interventi considerati rappresentano il numero di cartelle aperte; il numero di pazienti seguiti, poiché nel corso di un anno un paziente può essere preso in carico più di una volta, rappresenta circa l'85% di queste, all'incirca 15.000 anziani: il dato è pressoché coincidente con il numero di anziani non autosufficienti presenti nella provincia di Cuneo secondo le stime prudenziali riportate nel Rapporto.

L'analisi dei dati relativi agli interventi erogati e alla spesa sostenuta per gli anziani non autosufficienti in provincia di Cuneo evidenzia come le cure domiciliari rappresentino l'87,8% dei casi assistiti, il 78,1% delle giornate erogate ma soltanto il 26,4% della spesa, dato il contenuto costo unitario degli interventi.

L'attenzione allo sviluppo quali quantitativo delle cure domiciliari in provincia di Cuneo si è mantenuto costante nell'ultimo decennio, se si pensa che nel 1999 i casi di cure domiciliari si assestavano sui 3 ogni 100 anziani e si limitavano, tra le diverse tipologie sopra elencate, alla sola assistenza domiciliare integrata.

Nell'ultimo decennio l'offerta di cure domiciliari si è arricchita di nuove forme di assistenza, da quelle destinate ai casi più complessi, come l'assistenza domiciliare cure palliative a quelle che prevedono l'utilizzo prevalente di personale infermieristico, come il servizio infermieristico domiciliare, fino alle cure domiciliari più estensive come la Lungoassistenza, che oggi pesano più del 50% sul totale degli interventi.

In particolare nell'ultimo anno si è dato impulso all'avvio di interventi economici a sostegno della domiciliarità, quali assegni di cura o buoni servizio, telesoccorso, pasti a domicilio, interventi di qualificazione delle assistenti familiari, per l'introduzione dei quali sono stati utilizzati fondi messi a disposizione da progetti nazionali destinati agli anziani non autosufficienti: in provincia di Cuneo, tra la metà del 2009 e la metà del 2010, 520 anziani sono stati assistiti con questa tipologia di interventi.

La ricostruzione dei percorsi complessivi di cura degli anziani cronici non autosufficienti per le due ASL della provincia di Cuneo evidenzia due differenti profili, suscettibili di ulteriori approfondimenti.

In sintesi si rilevano, nel 2009, in rapporto agli anziani residenti

- più interventi di domiciliarità (anche se più “leggeri”, Servizio Infermieristico Domiciliare) e meno interventi di residenzialità (anche se più “pesanti”, in RSA) nell'ASL CN1;

²⁸A questi si aggiungono i 520 Interventi Economici a sostegno della domiciliarità (assegni di cura...) erogati dalle ASL e dagli Enti Gestori dei Servizi Socio Assistenziali, per una spesa di 1 milione 72 mila e 99 euro ed i 583 interventi di Assistenza Domiciliare erogati dagli Enti Gestori dei Servizi Socio Assistenziali, per una spesa stimata di 3 milioni e 123 mila euro.

“Veniamo a trovarvi”

- meno interventi di domiciliarietà (anche se prevalgono quelli più “pesanti”, caratterizzati dalla presenza della componente medica, ADI e ADP) e più interventi di residenzialità (anche se più “leggeri”, nelle RAF), nell’ASL CN2.

L’elevato costo unitario delle prestazioni erogate nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti fa quindi salire la spesa totale destinata agli anziani nell’ASL CN1.

In conseguenza, quindi, della maggior spesa per l’assistenza residenziale, e della presenza di prestazioni di assistenza semiresidenziale (18 euro spesi per anziano) non presenti nell’ASL CN2, la spesa risulta complessivamente più elevata nell’ASL CN1, 507 euro per anziano residente, a fronte dei 452 euro spesi nell’ASL CN2.

Il percorso avviato a livello regionale e provinciale e descritto nei capitoli precedenti andrà sicuramente completato, consolidando i risultati ottenuti, in termini di risorse destinate e di mantenimento della pluralità delle risposte dedicate, tenendo conto delle diverse situazioni e delle preferenze delle persone.

Alcuni aspetti qualificanti, emergenti dalle elaborazioni e dalle considerazioni effettuate, potranno essere oggetto di sviluppo, in particolare:

- riduzione delle disuguaglianze nell’accesso all’assistenza;
- prosecuzione nel processo di integrazione tra operatori sanitari e socio sanitari, favorendo in particolare e se del caso incentivando i collegamenti tra gli interventi dei medici di famiglia e quello degli assistenti tutelari nel caso degli interventi destinati ai pazienti cronici;
- raccolta della sfida della prevenzione della cronicità, attraverso interventi erogati nell’ambiente di vita dei pazienti, quali alloggi assistiti, iniziative di socializzazione;
- individuazione e sperimentazione di servizi innovativi in grado di Rafforzare le risposte erogate, oggi tarate sulle caratteristiche dell’offerta esistente (da perseguire e ampliare l’esperienza della riqualificazione del personale di alcune strutture residenziali della provincia nella direzione di un suo riutilizzo al domicilio dei pazienti);
- lo sviluppo delle procedure di accreditamento di servizi territoriali, per fornire ai cittadini la garanzia della disponibilità di servizi appropriati e di qualità.

Particolare attenzione andrà dedicata al monitoraggio e alla valutazione degli interventi erogati, consolidando i sistemi informativi esistenti e individuando strumenti di valutazione che affinino le possibilità di confronto tra differenti realtà, soggetti erogatori e tipologie di utenti assistiti.

Il percorso di qualificazione e ampliamento dell’assistenza domiciliare, in conclusione, potrà rappresentare un importante elemento per perseguire nuovi e più ampi obiettivi nella direzione di un welfare locale dinamico ed in crescita, al quale saranno riservati compiti sempre più rilevanti nei prossimi anni.

Bibliografia e sitografia

Ambrogio S. (2009) et al, *Analisi dei costi dell'Assistenza Domiciliare Integrata: l'esperienza della regione Calabria*, in Mecosan, n. 72

Hollander et al, (2002) *Study of the costs and outcomes of home care and residential long-term care services. A Report prepared for the Health Transition Fund, February, Health Canada*

Longo F., Tanzi E. (2010), *I costi della vecchiaia*, Egea, Milano

Montanelli R., *L'assistenza agli anziani in ADI e in RSA: confronto tra politiche alternative e analisi dei costi* (1999), in Mecosan, n. 28, pg 49-59

Network non autosufficienza, a cura di (2009), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna

Scaccabarozzi G. et al (2006), *La remunerazione della attività di Assistenza Domiciliare*, in “*La remunerazione delle attività sanitarie: caratteristiche attuali ed ipotesi evolutive*”, a cura di Falcitelli N. e Langiano T.

Viberti G. (2011), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Piemonte*, documenti Aress Piemonte, Torino

www.ministerosalute.it

www.regione.piemonte.it

Descrizione degli acronimi e dei termini tecnici utilizzati

ADEST: Assistente Domiciliare e dei Servizi Tutelari

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata

ADI UOCP: Assistenza Domiciliare Integrata Unità Operativa Cure Palliative

ADL: Activities of Daily Living, attività per la cura del sé. Indice di misurazione della non autosufficienza degli anziani

BPCO: Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva

CD: Centri Diurni

D.G.R.: Delibera della Giunta Regionale

DISTRETTI: Articolazione territoriale delle Aziende Sanitarie Locali

IADL: Instrumental Activities of Daily Living, attività strumentali. Indice di misurazione della non autosufficienza degli anziani

LA: Lungoassistenza

OSS: Operatore Socio Sanitario

PASSI: Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (indagine telefonica sullo stato di salute e sugli stili di vita dei cittadini)

PIA: Piani di Attività, flussi informativi da cui sono stati ricavati i dati relativi alle Cure Domiciliari

PIE: Prestazioni Infermieristiche estemporanee

RAF: Residenze Assistenziali Flessibili

RSA: Residenze Sanitarie Assistenziali

RMN: Risonanza Magnetica Nucleare

RX: Raggi X

SAD: Servizio di Assistenza domiciliare sociale (interventi domiciliari erogati dagli Enti Gestori dei Servizi Socio Assistenziali)

SID: Servizio Infermieristico Domiciliare

SDO: Scheda di Dimissione Ospedaliera

UVG: Unità di Valutazione Geriatrica

TAC: Tomografia Assiale Computerizzata

“Veniamo a trovarvi”

PARTE III

IL PROGETTO “VENIAMO A TROVARVI”: L'INTERVENTO E LA SUA VALUTAZIONE

Cap. 1 a cura della Fondazione CRC e dell'Associazione La Bottega del Possibile

Cap. 2 a cura di CIS, Centro di Iniziativa Sociale

1. Il progetto: perché e come accogliere il desiderio della persona di restare a casa sua,

A cura della Fondazione CRC e dell'Associazione Bottega del Possibile

1.1 Il progetto *Veniamo a Trovarvi*: dall'idea alla sperimentazione

A seguito dell'introduzione nella programmazione triennale 2008-2010 della Fondazione CRC dell'attenzione al sostegno alla domiciliarità degli anziani, viene avviata da parte della Fondazione, in collaborazione con l'Associazione La Bottega del Possibile, la fase di predisposizione di un progetto proprio finalizzato a sperimentare concretamente la fattibilità e sostenibilità di un intervento innovativo a livello locale su questo tema.

Il progetto *Veniamo a Trovarvi* inserisce la casa di riposo come attore primario del processo: la struttura residenziale, infatti, dotata di infrastrutture e personale specializzato, può divenire un riferimento per l'intera comunità locale e fornire molti dei servizi di assistenza necessari alle persone anziane in difficoltà, sia mettendo a disposizione i propri servizi interni a persone domiciliate a casa, sia supportando le stesse con interventi portati a domicilio dalla struttura stessa.

Su questo presupposto, il progetto sviluppa due essenziali linee di azione: una prima linea è finalizzata alla mappatura e all'emersione dei bisogni assistenziali del territorio locale, ed è incentrata sulla figura del visitatore itinerante domiciliare, con il compito di visitare regolarmente le persone anziane, sole o in coppia, per attivare un "ascolto itinerante" di accoglienza, di sostegno, di monitoraggio dei problemi e delle esigenze. Tale proposta di servizio nasce in gran parte dalla esperienza realizzata, per iniziativa della Bottega del Possibile, da parte del Servizio Sociale della Comunità Montana Val Pellice, a partire dal 1971 per oltre 20 anni, del "visitatore domiciliare itinerante".

Una seconda linea consiste nell'attivazione ed erogazione, una volta individuato il bisogno dell'anziano, di servizi assistenziali specifici che permettano alla persona di rimanere a casa propria il più a lungo possibile, usufruendo di servizi disponibili presso la struttura residenziale locale e/o di interventi personalizzati a domicilio, individuati secondo le necessità.

L'attuazione concreta del progetto prende le mosse dall'incontro con una casa di riposo particolarmente motivata e disponibile all'iniziativa, la Casa Don Dalmasso, attiva in una località, Bernezzo, di 3.500 abitanti, caratterizzata da una comunità viva e da un tessuto sociale e istituzionale particolarmente sensibile. Accolgono infatti con interesse il progetto, e collaborano alla sua realizzazione, il Comune, il Consorzio per i servizi socio assistenziali delle Valli Grana e Maira, i medici di famiglia e varie espressioni del volontariato e dell'associazionismo..

Da subito risulta evidente che si tratta di un progetto non sostitutivo di compiti istituzionali, ma che intende "incrementare" le risposte esistenti non sufficienti, o non ancora possibili, sviluppando e arricchendo a livello di prevenzione la raccolta di segnali premonitori di mal-essere, di "campanelli d'allarme" per arrivare prima, per arrivare con un intervento tempestivo rispetto a bisogni nascosti, non ancora conclamati, ma esistenti, anche se sottovalutati o sconosciuti.

I responsabili della struttura residenziale Casa Don Dalmasso realizzano scelte adeguate, appropriate e positive, sia nell'individuazione degli operatori da "far uscire" (in particolare l'operatrice socio sanitaria itinerante), sia nel sensibilizzare gli altri operatori della struttura (anche gli "interni") affinché si possa cogliere il significato pieno e positivo dell'iniziativa con il consenso e la collaborazione di tutti, anche di quegli operatori che, restando "dentro", dovranno accogliere a livello diurno persone anziane che, alla sera o dopo pranzo, rientreranno nella loro casa.

Il Comune collabora al positivo avvio dell'iniziativa attraverso l'invio di una lettera a firma del Sindaco, che annuncia ai suoi cittadini l'attivazione della sperimentazione e chiede "fiducia",

“Veniamo a trovarvi”

contribuendo così a una buona accoglienza del progetto da parte non solo della popolazione interessata, ma anche della comunità locale rappresentata dai negozianti, dalla farmacia, dai parroci, dai medici di famiglia, dal volontariato e associazionismo.

L'Associazione La Bottega del Possibile svolge, oltre alle funzioni di coordinamento operativo, monitoraggio, verifica e valutazione durante tutta la realizzazione del progetto, un programma di formazione iniziale per gli operatori coinvolti e i volontari, dando un contributo positivo per conoscere il territorio, per cogliere i problemi e i bisogni sconosciuti, “entrando in punta di piedi” in casa delle persone, per attivare progetti integrati (programmati e innovativi) con il Consorzio per i servizi socio assistenziali, per potenziare sul territorio le relazioni di solidarietà e partecipazione finalizzate a un cammino comune rispetto alle persone “più fragili”.

1.2 Gli interventi realizzati e i servizi fruiti

Il progetto viene avviato nel 2009, grazie alla completa copertura dei costi da parte della Fondazione, pari a 116.260 euro, prosegue nella seconda annualità con un contributo di 50.000,00 euro, e si avvia alla terza annualità con una completa sostenibilità, basata sui costi a carico delle famiglie che usufruiscono del servizio.

Nel periodo compreso tra il 1 gennaio 2009 e il 30 giugno 2010 (periodo oggetto di valutazione del progetto), la visitatrice itinerante visita tutti gli ultra settantenni residenti nel Comune di Bernezzo per un totale di oltre 1.600 incontri (in alcuni casi è stata fatta più di una visita per soggetto).

In seguito alle valutazioni emerse nel corso di tali incontri e sulla base della maggiore o minore gravità delle condizioni socio-sanitarie dei visitati, vengono prese in carico dal progetto, in momenti diversi, 44 persone residenti sul territorio, identificate come particolarmente bisognose di assistenza.

Le 44 persone prese in carico fruiscono di un'ampia gamma di servizi articolati tra loro di volta in volta in senso personalizzato, per rispondere ai bisogni specifici dei singoli casi e fronteggiare le situazioni via via emergenti. I servizi messi a disposizione consistono in:

- attività di segretariato sociale;
- consegna dei pasti a domicilio o accoglienza presso la mensa della casa di riposo;
- consegna dei farmaci e della spesa a domicilio;
- alzata del mattino e igiene, messa a letto, bagno assistito a domicilio, servizio di manicure e pedicure, cura e igiene dell'abitazione;
- accompagnamento alle visite mediche, trasporto a giornate di sollievo in struttura, bagno assistito presso la casa di riposo;
- attività di relazione, socializzazione e animazione, partecipazione ad uscite sul territorio;
- servizio di lavanderia e cucito.

“Veniamo a trovarvi”

Tabella 34 - Servizi usufruiti e interventi effettuati all'interno del progetto “Veniamo a trovarvi”

	N° interventi Max	N° interventi Min	N° utenti coinvolti	N° interventi medi per utente
Accoglienza alla mensa	465	4	10	219
Consegna pasti feriali	418	3	17	229
Messa a letto	364	12	5	115
Alzata del mattino e igiene	338	21	9	133
Trasporto per giornata di sollievo	198	3	10	57
Relazione e socializzazione	136	8	11	61
Altri servizi	104	1	3	39
Cura e igiene dell'ambiente	98	98	1	98
Servizio di lavanderia e cucito	91	1	2	91
Consegna pasti festivi	83	8	10	39
Bagno assistito in struttura	64	2	14	19
Partecipazione all'animazione e alle attività	99	9	6	36
Segretariato sociale	53	4	11	20
Accompagnamento alle visite mediche	45	1	11	11
Consegna dei farmaci	36	1	6	21
Servizio di manicure e pedicure	22	1	6	12
Bagno assistito a domicilio	11	11	1	11
Partecipazione alle uscite sul territorio	5	1	8	3
Consegna della spesa	8	1	2	1

Fonte: Scheda utente – Progetto “Veniamo a trovarvi”; elaborazione CIS.

La durata media delle prese in carico esaminate è di circa 17 mesi, oscillando tra un minimo di 4 e un massimo di 22 mesi di trattamento. Sotto il profilo dell'impegno orario, la presa in carico media ha richiesto 97.5 ore di servizi (min 5 ore max 645,5 ore per i casi più complicati).

La tabella 34 offre una panoramica dei servizi messi a disposizione agli utenti dal progetto, la loro frequenza di utilizzo (massima e minima) ed il numero di utenti che ne hanno usufruito. I dati mettono in luce un insieme particolarmente ricco e articolato di servizi, che richiedono competenze e risorse diversificate caratterizzanti l'ambito sanitario, socio-relazionale e tecnico - logistico.

Alcuni di questi servizi richiedono infatti competenze professionali specifiche di tipo sanitario (per esempio la messa a letto, l'alzata del mattino e l'igiene, il bagno assistito). Un secondo insieme di servizi (tra cui quelli di socializzazione e animazione, le uscite sul territorio, la cura e l'igiene dell'ambiente) richiedono una particolare sensibilità alla relazione umana e l'instaurarsi di un rapporto empatico e fiduciario con l'utente. Altri servizi ancora si caratterizzano per essere meno specifici sotto il profilo delle competenze umane richieste ma, per essere implementati al meglio, richiedono risorse di tipo tecnico-logistico o strutturale (si pensi all'accoglienza presso una mensa caratterizzata da una determinata capienza di posti, al sistema di trasporti necessario per consegnare pasti e farmaci o per organizzare gli accompagnamenti alle visite mediche).

Questa distinzione risulta particolarmente interessante se considerata nell'ottica della sostenibilità del progetto. Infatti, se alcuni servizi richiedono competenze specifiche e difficilmente possono essere svolti adeguatamente da personale non specializzato, altri servizi possono richiedere risorse differenti e meno specialistiche o, più semplicemente tecniche e comunque non di tipo sanitario.

“Veniamo a trovarvi”

La sperimentazione ha permesso dunque di dare risposte a chi desiderava, pur restando a casa propria, di utilizzare di giorno i servizi “dentro” la struttura residenziale (mensa, attività di animazione, bagno protetto, ecc.) e di dare un sostegno a domicilio, andando a trovare, ad ascoltare, a parlare con le persone sole o in coppia segnalate dal Comune nell’elenco delle persone anziane.

L’Operatrice Socio Sanitaria itinerante non ha ricevuto nessun rifiuto al suo ingresso in casa. La profonda motivazione dell’operatrice (identificata da un tesserino nominativo), molto partecipe nella sua “interezza di operatore sociale” alla sua nuova funzione, è stato un elemento estremamente positivo, continuamente e costantemente confermato dalla realtà.

“L’operatore dell’ascolto che cammina” ha realizzato, di fatto quotidianamente, un ascolto sistematico, programmato per andare a trovare, per andare ad ascoltare chi, vivendo da solo, aveva il grande bisogno di parlare, di ricevere attenzione, di essere “chiamato per nome” (e magari con il soprannome), per poter ricordare il proprio nome.

Questo ascolto, che ha raggiunto anche le case sparse, ha dato fiducia e sicurezza alla persona e alla sua famiglia, ha significato un riferimento concreto in caso di bisogno, anche grazie alla distribuzione del numero di telefono dell’operatore a disposizione delle persone “visitare”.

Il progetto *Veniamo a trovarvi* ha assunto un significato profondo di promozione di serenità, di salute, di ben-essere (riconquistato, mantenuto, desiderato) anche per i familiari, spesso lontani ma rassicurati da una mamma tranquilla e serena.

La tipologia degli interventi, a seconda delle singole situazioni, è stata sempre concertata tra gli operatori della struttura residenziale e l’assistente sociale del Consorzio per i servizi socio assistenziale con cui si sono svolti incontri sistematici e programmati. L’intesa è stata estremamente positiva, realizzando di fatto un’integrazione attivata da una sussidiarietà “virtuosa”, non frammentata e non sostitutiva delle funzioni pubbliche, così come auspicato dall’ipotesi progettuale.

La collaborazione della comunità locale, attraverso la rete informale, è stata sempre presente e positiva. Con l’offerta di servizi a domicilio (vedi anche collaborazione per la pulizia della casa) e diurni da parte della struttura residenziale, si è garantito in molte situazioni il rispetto della domiciliarità, anche nei confronti di persone o familiari che avevano richiesto il ricovero permanente nella struttura. Il ricovero definitivo a cui le persone hanno rinunciato volentieri, data “l’offerta alternativa”, ha consentito di rispettare la volontà espressa dalla persona di restare ancora nella propria casa, al massimo possibile, finché è possibile.

2. Valutazione del progetto: analisi degli effetti sulla spesa sanitaria e assistenziale e sostenibilità dell’iniziativa

A cura di CIS, Centro di Iniziativa Sociale

2.1 Premessa. Obiettivi e impostazione dell’analisi

2.1.1 Le domande di ricerca

Verso il termine del primo biennio di sperimentazione, la Fondazione CRC ha avviato una valutazione del progetto, intesa a individuare:

- i risparmi eventuali che il progetto potrebbe aver determinato sul complesso della spesa sanitaria e sociale ricadente sul Comune di Bernezzo;
- i benefici più complessivi per la popolazione anziana, beneficiaria a diversi livelli del progetto stesso.

Nel presente capitolo²⁹, si tenta di formulare risposte alla prima questione, e più precisamente alle seguenti domande:

- il Progetto *Veniamo a Trovarvi*, attraverso la attivazione di servizi per la domiciliarità rivolti alla popolazione anziana del Comune di Bernezzo, ha determinato, tra i suoi diversi effetti, anche una riduzione delle spese per interventi di natura sanitaria e sociale rivolti agli anziani residenti nel Comune, a carico in particolare della Asl 1 e del Consorzio socio-assistenziale Valli Grana e Maira?
- nel caso si siano determinati risparmi nella spesa sanitaria e sociale, essi sono abbastanza consistenti da coprire il costo del Progetto? Ed è pertanto possibile raccomandarne la prosecuzione agli attori pubblici, che potrebbero assumerne in pieno il costo sulla base della considerazione che tale progetto genera risparmi tali da coprirne interamente il costo?

Si tratta pertanto di confrontare la situazione attuale – che vede da un lato una serie di interventi finanziati dal progetto, e dall’altro la erogazione di servizi sanitari e assistenziali da parte degli attori pubblici – con la situazione ipotetica che si sarebbe determinata in assenza del progetto, per verificare l’ipotesi che, in assenza del progetto, i costi per i servizi sanitari e sociali erogati dall’attore pubblico sarebbero più alti, almeno in misura tale da ripagare i costi del progetto.

Si tratta di una ipotesi che richiede di verificare in termini “controfattuali” cosa sarebbe successo in assenza del Progetto, e che si basa sulla assunzione che i servizi per la domiciliarità, sviluppando in sostanza una funzione di prevenzione da un lato – in particolare sotto il profilo sanitario - e di alternativa a più costosi servizi dall’altro – quali ad esempio il ricorso a strutture residenziali - determinino un risparmio netto di costi sanitari e sociali.

2.1.2 Metodologia di analisi

L’analisi sviluppata, prende in considerazione le seguenti categorie di spesa:

- a) spesa Sanitaria, con riferimento a
 - spesa farmaceutica;
 - spesa per prestazioni specialistiche;
 - spesa per interventi di Pronto Soccorso;

²⁹ Il Capitolo riporta in forma sintetica gli esiti della ricerca affidata a CIS e Alea, e realizzata da Augusto Vino, Alberto Rovere e Gianfranco Pomatto.

- spesa ospedaliera;
- b) spesa per Assistenza Domiciliare Integrata socio-sanitaria;
- c) spesa Sociale, con particolare riferimento alla spesa sostenuta dal Consorzio socio-Assistenziale Valli Grana e Maira per interventi di assistenza a domicilio;
- d) spesa per la integrazione delle rette per il ricovero in strutture protette, a carico del Consorzio per la componente sociale e dell'ASL per la componente sanitaria.

Per stimare gli effetti del Progetto su tali categorie di spesa, abbiamo utilizzato due linee di indagine tra di loro complementari, l'una di carattere deduttivo e prevalentemente quantitativa, l'altra di carattere induttivo e con un approccio quali - quantitativo.

Le stime che abbiamo condotto hanno innanzitutto riguardato le voci di spesa sanitaria – la spesa farmaceutica, la spesa per prestazioni specialistiche, la spesa per interventi in regime di pronto soccorso, la spesa ospedaliera, la spesa per interventi sociosanitari di carattere domiciliare³⁰ – per le quali l'azienda sanitaria ha reso disponibili serie storiche di dati rilevati in termini omogenei in rapporto all'ultimo quinquennio³¹ (unica eccezione è costituita dalla spesa farmaceutica per cui i dati tra di loro omogenei in quanto a modalità di rilevazione partono dal 2008).

In rapporto a ciascuna di queste voci abbiamo prodotto una stima sulla base di due metodi quantitativi tra di loro differenziati: la regressione multipla e il metodo della differenza-nelle-differenze (o *difference in differences*).

Per ciascuna delle voci di spesa richiamate abbiamo infatti innanzitutto considerato la serie storica, in genere articolata in semestri, riguardante unicamente gli anziani con almeno 70 anni residenti a Bernezzo.

Il **modello di regressione** che abbiamo considerato adotta come variabile indipendente la spesa procapite riferita agli anziani con almeno 70 anni. Questa spesa procapite è correlata a due variabili dipendenti: l'attivazione o meno per ciascun semestre considerato del progetto “*Veniamo a trovarvi*” e l'incidenza percentuale degli anziani con almeno 80 anni sul complesso degli anziani residenti a Bernezzo con almeno 70 anni (la Tabella 35 riporta i valori delle due variabili tra il 2004 e il 2009).

In sostanza, abbiamo ipotizzato che l'andamento della spesa procapite per anziano dipenda dalla percentuale di “grandi anziani” sul totale degli anziani – posto che le esigenze di cura ed assistenza aumentano con l'aumentare dell'età – e dalla presenza/assenza del Progetto.

In questo senso, il modello della regressione multipla adotta un confronto “prima-dopo”: confronta cioè la spesa per gli anziani di Bernezzo prima che il progetto fosse attuato e la spesa per gli anziani di Bernezzo dopo, o per meglio dire, in concomitanza con la sua attuazione.

³⁰ Si tratta di interventi di carattere domiciliare a rilievo sanitario generalmente rivolti a persone non autosufficienti e che possono essere integrati da interventi di carattere assistenziale erogati dal Consorzio socioassistenziale competente. Essi sono rilevati attraverso una specifica banca dati denominata Sao Adi.

³¹ Ringraziamo la ASL 1 di Cuneo per la disponibilità e la cortesia nel metterci a disposizione i dati relativi alla spesa sanitaria, senza dei quali l'analisi di seguito sviluppata non sarebbe stata possibile; analogo ringraziamento è ovviamente rivolto al Consorzio Socio-Assistenziale ed al personale della Casa di Riposo Don Dalmasso, agli operatori del progetto e ai medici di medicina generale del Comune di Bernezzo, senza la cui collaborazione la ricerca sarebbe stata ugualmente impossibile.

Tabella 35 - Comune di Bernezzo: popolazione anziana e incidenza dei “grandi” anziani

	Residenti con età >= 70 anni	Quota di residenti con almeno 80 anni sulla popolazione residente con età >= 70 anni
2004	373	35%
2005	373	36%
2006	378	37%
2007	390	38%
2008	384	40%
2009	404	43%

Fonte: Banca Demografica ed Evolutiva della Regione Piemonte; elaborazione nostra. I dati si riferiscono ai residenti rilevati al 31/12 di ciascun anno

Il modello della **differenza nelle differenze** combina invece il confronto “prima-dopo” con un confronto “con-senza”.

Se nel modello di regressione il confronto avviene sulla popolazione anziana di Bernezzo – confrontando la spesa “prima” del progetto con quella “dopo” il progetto – nel metodo denominato “differenza nelle differenze” il confronto avviene tra la situazione di Bernezzo (prima e dopo il progetto) con quella di altri Comuni, simili a quello di Bernezzo.

Più precisamente abbiamo considerato la spesa sanitaria e assistenziale nelle voci richiamate in precedenza, oltre che per Bernezzo, per altri quattro Comuni ad esso limitrofi (Caraglio, Cervasca, Dronero e Vignolo) attorno al punto di discontinuità segnato dal passaggio tra il 2008 (ultimo anno della serie storica disponibile in cui il progetto “*Veniamo a trovarvi*” non risulta attivato) e il 2009 (primo anno di implementazione del progetto).

Il metodo prevede innanzitutto un confronto “prima - dopo” tra la spesa media procapite nel 2009 e la spesa media pro-capite registrata nel 2008: questo confronto è attuato sia su Bernezzo rispetto a sé stesso, sia sugli altri quattro comuni considerati nel loro insieme, su loro stessi. Il risultato che deriva da questa comparazione è dunque il trend della spesa in aumento o in crescita rilevabile a Bernezzo e il trend, in aumento o diminuzione, rilevabile mediamente nel complesso degli altri quattro comuni considerati nello stesso periodo di tempo.

La differenza tra i trend rilevabili a Bernezzo e negli altri comuni tra il 2008 e il 2009, può essere considerata come una stima dell’impatto derivante dal progetto “*Veniamo a trovarvi*”.

I comuni che abbiamo considerato per il confronto con Bernezzo presentano una significativa similitudine per collocazione geografica e condizioni socioeconomiche generali, ma sono differenziati in merito alla loro dimensione, come si può notare dalla Tabella 36 che evidenzia per ciascuno di essi il numero di residenti tra il 2005 e il 2009 con almeno 70 anni di età.

“Veniamo a trovarvi”

Tabella 36 - Popolazione anziana residente nei Comuni considerati nell'indagine

	Bernezzo	Caraglio	Cervasca	Dronero	Vignolo
2004	373	856	489,00	1.193	207
2005	373	878	503,00	1.225	216
2006	378	905	522,00	1.232	219
2007	390	918	533,00	1.238	216
2008	384	945	572,00	1.264	230
2009	404	945	590,00	1.291	239

Fonte: Banca Demografica ed Evolutiva della Regione Piemonte; elaborazione nostra. I dati si riferiscono ai residenti rilevati al 31/12 di ciascun anno

Per quanto attiene alla spesa sociale, abbiamo infine considerato la spesa del Consorzio per i servizi socio assistenziali delle Valli Grana e Maira: in questo caso ci siamo limitati ad un confronto prima - dopo tra la spesa del 2009 e la spesa del 2008 impiegata nel Comune di Bernezzo. Le caratteristiche strutturali dell'attuale sistema socio assistenziale che in sostanza lega piuttosto strettamente l'erogazione di servizi alla disponibilità di risorse in capo ai Consorzi socio assistenziali – risorse tendenzialmente piuttosto stabili nel tempo – lascia meno spazio infatti ad errori legati alla dinamica spontanea.

Un'ultima dimensione di valutazione degli effetti riguarda la spesa per l'istituzionalizzazione di beneficiari anziani in strutture residenziali. Si tratta in questo caso di indagare se e in che misura il progetto “*Veniamo a trovarvi*” sia in grado di favorire una più prolungata permanenza a domicilio, in sostituzione al ricovero in struttura residenziale. In questo caso abbiamo adottato un approccio induttivo, che ha cioè preso le mosse da un approfondimento in merito alle caratteristiche sociali e sanitarie dei 44 destinatari dei servizi assistenziali specifici previsti nell'ambito del progetto “*Veniamo a trovarvi*” per verificare in quanti casi i servizi per la domiciliarità si siano configurati come una reale alternativa al ricovero in casa di riposo.

Nei successivi paragrafi presentiamo prima gli esiti dell'analisi condotta con approccio quantitativo inerente la spesa sanitaria nelle sue diverse componenti, la spesa per gli interventi socio-sanitari di carattere domiciliare, la spesa sociale e successivamente un approfondimento sulle caratteristiche dei 44 utenti che hanno usufruito di servizi specifici nell'ambito del progetto “*Veniamo a trovarvi*” per giungere ad una stima plausibile in merito al numero di mancate istituzionalizzazioni in struttura residenziale.

2.2 La spesa farmaceutica: andamenti e stime degli effetti

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica la serie storica rilevata in termini omogenei per i cinque comuni che abbiamo considerato nell'indagine (che come esplicitato nella premessa oltre a Bernezzo, comprendono Caraglio, Cervasca, Dronero e Vignolo) ha il suo punto di avvio nel 2008.

Le Tabelle 37 e 38, illustrano l'andamento della spesa relativa alla popolazione anziana residente con almeno 70 anni a partire dal 2008 in ciascun Comune, evidenziando rispettivamente la spesa totale in termini assoluti e la spesa pro-capite (rapportata cioè per ciascuna anno al numero di anziani che risultassero residenti al 31 dicembre dell'anno precedente).

“Veniamo a trovarvi”

Tabella 37 - Spesa totale (in Euro) per le prestazioni farmaceutiche (residenti >= 70 anni)

	Bernezzo	Caraglio	Cervasca	Dronero	Vignolo
2008	234.274,45	580.034,63	313.647,51	658.726,40	133.257,54
2009	240.809,85	574.122,28	338.402,90	698.387,39	152.452,63
2010 (1° semestre)	125.642,55	293.399,59	167.871,27	357.993,31	82.477,42

Fonte: Asl Cuneo 1; elaborazione nostra.

Tabella 38 - Spesa (in Euro) delle prestazioni farmaceutiche pro-capite (residenti >= 70 anni)

	Bernezzo	Caraglio	Cervasca	Dronero	Vignolo	Media (Deviazione standard)
2008	600,70	631,85	588,46	532,09	616,93	594,01 (38,30)
2009	627,11	607,54	591,61	552,52	662,84	608,32 (40,98)
2010 (1° semestre)	311,00	310,48	284,53	277,30	345,09	305,68 (26,73)

Fonte: Asl Cuneo 1; elaborazione nostra.

Considerata nel complesso, la spesa media pro-capite per ciascun anziano residente è di circa 594,00 Euro nel 2008 e di circa 608 Euro nel 2009.

La spesa nel Comune di Bernezzo si colloca di poco sopra la media nel 2008 (circa 601,00 Euro procapite) e segna nell'anno successivo un incremento un po' superiore all'incremento medio (pari a circa 26 Euro procapite, a fronte di un incremento medio pari a circa 14 Euro pro-capite). Il Comune che segna l'incremento maggiore è comunque Vignolo (pari a circa 46 Euro pro-capite), mentre Caraglio è l'unico comune ad evidenziare un decremento della spesa (pari a circa 24 Euro procapite), (Cfr. Tabella 38).

Nel passaggio tra il 2008 e il 2009 le differenze più rilevanti si notano in ogni caso in rapporto al numero delle prestazioni farmaceutiche erogate. Se mediamente per il complesso dei Comuni il numero delle prestazioni procapite medie diminuisce, passando da 182 prestazioni a 177 prestazioni, a Bernezzo si registra un movimento opposto: il numero delle prestazioni aumenta notevolmente passando da 240 prestazioni pro-capite a 402 prestazioni (Cfr. Tabella 39). Entrando maggiormente nel dettaglio, consultando la ripartizione del numero di prestazioni erogate in termini assoluti a Bernezzo per gruppi omogenei, si scopre che l'incremento riguarda essenzialmente un raggruppamento particolare che assume la denominazione di raggruppamento “non in anagrafe”³², che corrisponde alla fornitura di ossigeno.

³²Oltre a questo raggruppamento le prestazioni farmaceutiche sono articolate dal sistema informativo dell'asl Cuneo 1 in altre 16 categorie, denominate: “alimentazione e dietetica”, “articoli sanitari”, “apparto gastrointestinale e metabolismo”, “sangue ed organi emopoietici”, “sistema cardiovascolare”, “dermatologici”, “sistema genito-urinario ed ormoni sessuali”, “preparati ormonali sistemici ad esclusione degli ormoni sessuali e delle insuline”, “antimicrobici

“Veniamo a trovarvi”

Tabella 39 - Numero delle prestazioni farmaceutiche pro-capite (residenti >= 70 anni)

	Bernezzo	Caraglio	Cervasca	Dronero	Vignolo	Media (Deviazione standard)
2008	240	251	209	137	74	182 (75)
2009	402	159	117	137	72	177 (130)
2010 (1° semestre)	235	87	57	105	49	107 (75)

Fonte: Asl Cuneo 1; elaborazione nostra.

Peraltro, l'incremento del numero delle prestazioni registrato a Bernezzo incide solo limitatamente sui costi, che crescono in termini meno che proporzionali, conducendo ad un decremento del costo medio per ciascuna prestazione. Come si può notare dalla Tabella 40, se infatti il costo medio per prestazione sul complesso dei comuni considerati passa da 4,00 Euro a 4,75 Euro tra il 2008 e il 2009, a Bernezzo, scende da 2,50 Euro a 1,56 Euro, incrementando la stessa variabilità dei costi tra i Comuni, già piuttosto elevata.

Tabella 40 - Costo medio in Euro delle prestazioni farmaceutiche (residenti >= 70 anni)

	Bernezzo	Caraglio	Cervasca	Dronero	Vignolo	Media (Deviazione standard)
2008	2,50	2,52	2,81	3,89	8,28	4,00 (2,46)
2009	1,56	3,81	5,07	4,04	9,27	4,75 (2,83)
2010 (1° semestre)	1,33	3,57	4,99	2,63	7,05	3,91 (2,20)

Per quanto riguarda gli effetti riconducibili al progetto “Veniamo a trovarvi” le Tabelle 41 e 42 riportano sinteticamente le stime realizzate ricorrendo rispettivamente alla regressione multipla e al metodo della differenza nelle differenze.

La regressione multipla considera la serie storica della spesa farmaceutica procapite del solo Comune di Bernezzo articolata in semestri (Y), lungo un arco temporale compreso tra il primo semestre del 2008 e il primo semestre del 2010, adottando come variabile dipendente l'incidenza degli anziani con almeno 80 anni sul complesso degli anziani residenti con almeno 70 anni (X1) oltre all'attivazione o meno per ciascun semestre del progetto “Veniamo a trovarvi” (X2)³³. Il

generali per uso sistemico”, “farmaci antineoplastici ed immunomodulatori”, “sistema muscolo-scheletrico”, “sistema nervoso”, “farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti”, “sistema respiratorio”, “organi di senso”, “vari”.

³³ La variabile X2 è una variabile dummy: essa assume valore 0 nei periodi in cui il progetto “Veniamo a trovarvi” non è presente e valore 1 nei periodi in cui il progetto è in corso di implementazione.

“Veniamo a trovarvi”

metodo della differenza nelle differenze si concentra sul momento di discontinuità rappresentato dal passaggio tra il 2008 (ultimo anno in cui il progetto “Veniamo a trovarvi” non è attivo”) e il 2009 (unico anno di cui sono a disposizione integralmente i dati di spesa e per cui il progetto risulti in corso di implementazione), confrontando i trend della spesa pro-capite di Bernezzo con il trend mediamente registrato negli altri quattro comuni.

Tabella 41 - Stima degli effetti sulla spesa farmaceutica con la regressione multipla

	Quota ultraottantenni (X1)	"Veniamo a trovarvi" (X2)	Costo prestazioni farmaceutiche pro-capite in Euro (Y)
1° semestre 2008	38%	0	293,26
2° semestre 2008	38%	0	307,45
1° semestre 2009	40%	1	318,55
2° semestre 2009	40%	1	308,55
1° semestre 2010	43%	1	311,00
Esito della regressione	$Y = 333,15 \text{ Euro} - 85,26 \text{ Euro} \cdot X1 + 14,15 \text{ Euro} \cdot X2$		

Tabella 42 - Stima degli effetti sulla spesa farmaceutica con il metodo della differenza nelle differenze

	Bernezzo	Caraglio, Cervasca, Dronero, Vignolo (Media)
2008	600,70	592,33
2009	627,11	603,63
Differenza	+ 26,41	+ 11,30
Errore standard	31,73	
Differenza nella differenza	+ 15,11 Euro (Intervallo tra - 16,62 Euro e + 46,85 Euro)	

L'effetto del progetto “Veniamo a trovarvi” sulla spesa farmaceutica è stimato dalla regressione multipla in un incremento di 14,15 Euro procapite (ossia per ciascun anziano con almeno 70 anni residente) per semestre, ossia di 28,30 Euro procapite su base annuale. Si tratta peraltro di una stima che risulta poco solida, non essendo in grado di superare i test di affidabilità statistica³⁴.

Il metodo della differenza nelle differenze conduce a stimare un effetto di incremento della spesa farmaceutica pari a 15,11 Euro procapite su base annuale, posto che la spesa farmaceutica

³⁴ Più precisamente il coefficiente di determinazione è pari a 0,55: ciò indica che la regressione approssima in termini discreti l'andamento della spesa effettivamente registrato. Essa tuttavia non supera né il test sulla correlazione casuale basato sulla statistica f (il valore che assume è 1,24, di molto inferiore al valore soglia che in questo caso è pari a 19) né il test di Student relativo ai coefficienti delle variabili dipendenti (il valore assunto dalla variabile X1 è pari a 0,24 e il valore assunto dalla variabile X2 è pari a 1,29, al di sotto del valore soglia che assumendo alfa pari a 0,05 è pari a 4,3).

“Veniamo a trovarvi”

a Bernezzo tra il 2008 e il 2009 è aumentata di 26,41 Euro pro capite a fronte di un incremento pari mediamente a 11,30 Euro negli altri quattro comuni. Questa stima è comunque soggetta ad un margine di errore piuttosto ampio, pari a 31,73 Euro, da legarsi alla dispersione dei valori di spesa dei quattro comuni³⁵: l'effetto è dunque più correttamente stimabile in un intervallo compreso tra un decremento pari a 16,62 Euro procapite all'anno e un incremento pari a 46,85 Euro procapite all'anno.

2.3 La spesa per prestazioni specialistiche: andamenti e stime degli effetti

La Tabella 43 e la Tabella 44 illustrano l'andamento della spesa per prestazioni specialistiche, rispettivamente in termini assoluti e procapite (con riferimento ai soli anziani con almeno 70 anni residenti) a partire dal 2005.

Considerando i Comuni nel loro complesso, la spesa media pro-capite è pari a circa 346,00 Euro nel 2005: dopo aver segnato un picco nel 2006, salendo a poco meno di 354,00 Euro procapite, essa scende a livelli inferiori allo stesso dato del 2005 collocandosi tra circa 325,00 euro procapite nel 2007 e i circa 317,00 Euro procapite nel 2009, anno che individua il punto di minimo. Gli andamenti registrati nello stesso periodo nei singoli comuni sono tuttavia piuttosto differenziati: se il Comune di Cervasca segna un andamento continuo di crescita, Vignolo sembra piuttosto caratterizzarsi per il decremento che registra tra il 2005 e il 2008, mentre Dronero e Caraglio presentano le oscillazioni minori. A Bernezzo, che per tutto il periodo si colloca costantemente sotto alla media complessiva, ad una dinamica decrescente tra il 2005 e il 2007, fa seguito un nuovo incremento della spesa (Cfr. Tabella 44).

Tabella 43 -Spesa totale (in Euro) per le prestazioni specialistiche (residenti >= 70 anni)

	Bernezzo	Caraglio	Cervasca	Dronero	Vignolo
2005	126.017,48	339.703,09	143.146,60	399.832,92	76.327,55
2006	106.848,30	301.627,00	169.297,00	470.743,49	90.406,33
2007	87.414,65	307.334,24	183.356,49	480.252,12	68.548,79
2008	103.059,59	300.990,66	215.139,74	478.494,04	48.645,64
2009	105.096,33	314.165,46	240.288,75	422.180,81	51.752,56
2010 (1° semestre)	64.806,97	207.189,97	136.081,59	214.735,76	30.943,98

Fonte: Asl Cuneo 1; elaborazione nostra.

³⁵ Questo errore corrisponde all'errore standard della differenza tra la spesa media nel 2008 e la spesa media nel 2009 dei quattro comuni adottati come termine di paragone per Bernezzo. Esso è stato calcolato in questi termini: (deviazione standard della spesa media procapite dei 4 Comuni nel 2008 + deviazione standard della spesa media procapite dei 4 Comuni nel 2009)/ radice quadrata (numerosità dei Comuni considerati nella media del 2008+ numerosità dei Comuni considerati nella media del 2009).

Tabella 44 - Spesa (in Euro) per le prestazioni specialistiche pro capite (residenti >= 70 anni)

	Bernezzo	Caraglio	Cervasca	Dronero	Vignolo	Media (Deviazione standard)
2005	337,85	396,85	292,73	335,15	368,73	346,26 (39,13)
2006	286,46	343,54	336,57	384,28	418,55	353,88 (50,15)
2007	231,26	339,60	351,26	389,82	313,01	324,99 (59,24)
2008	264,26	327,88	403,64	386,51	225,21	321,50 (76,75)
2009	273,69	332,45	420,09	334,00	225,01	317,05 (73,30)
2010 (1° semestre)	160,41	219,25	230,65	166,33	129,47	181,22 (42,49)

Fonte: Asl Cuneo 1; elaborazione nostra.

Tra il 2005 e il 2009, inoltre, si registra complessivamente un lieve incremento medio del numero di prestazioni specialistiche erogate, passando da 22 procapite nel 2005, a 23, tra il 2006 e il 2008, a 25, nel 2009 (Cfr. Tabella 45), a cui corrisponde un limitato decremento della spesa media per prestazione, che cala da poco meno di 16,00 Euro nel 2005 a poco più di 12,50 Euro nel 2009 (Cfr. Tabella 46).

Tabella 45 - Numero delle prestazioni specialistiche pro capite (residenti >= 70 anni)

	Bernezzo	Caraglio	Cervasca	Dronero	Vignolo	Media (Deviazione standard)
2005	22	26	19	21	21	22 (3)
2006	24	26	22	21	22	23 (2)
2007	22	27	22	22	22	23 (2)
2008	22	28	25	23	17	23 (4)
2009	25	30	26	24	21	25 (3)
2010 (1° semestre)	12	15	12	13	9	12 (2)

Fonte: Asl Cuneo 1; elaborazione nostra.

"Veniamo a trovarvi"

Tabella 46 - Costo medio (in Euro) per prestazione specialistica residenti >= 70 anni

	Bernezzo	Caraglio	Cervasca	Dronero	Vignolo	Media (Deviazione standard)
2005	15,17	15,31	15,22	15,81	17,27	15,76 (0,88)
2006	11,98	13,20	15,60	18,03	18,71	15,50 (2,93)
2007	10,68	12,71	15,88	17,92	14,02	14,24 (2,80)
2008	11,77	11,70	16,28	16,93	12,87	13,91 (2,51)
2009	11,02	11,24	16,16	13,78	10,55	12,55 (2,38)
2010 (1° semestre)	13,61	14,38	19,14	13,01	14,39	14,91 (2,44)

Fonte: Asl Cuneo 1; elaborazione nostra.

Le Tabelle 48 e 49 riportano sinteticamente le stime degli effetti del progetto "Veniamo a trovarvi" sulla spesa per prestazioni specialistiche calcolate rispettivamente attraverso la regressione multipla e il metodo della differenza nelle differenze.

Tabella 47 - Stima degli effetti sulla spesa per prestazione specialistiche con la regressione multipla

	Quota ultraottantenni (X1)	" Veniamo a trovarvi" (X2)	Costo prestazioni specialistiche pro capite in Euro(Y)
1° semestre 2005	35%	0	182,44
2° semestre 2005	35%	0	155,40
1° semestre 2006	36%	0	165,82
2° semestre 2006	36%	0	120,64
1° semestre 2007	37%	0	123,95
2° semestre 2007	37%	0	107,30
1° semestre 2008	38%	0	129,38
2° semestre 2008	38%	0	134,88
1° semestre 2009	40%	1	131,32
2° semestre 2009	40%	1	142,37
1° semestre 2010	43%	1	160,41
Esito della regressione	$Y = 311,95 \text{ Euro} - 467,69 \text{ Euro} \cdot X1 + 22,54 \text{ Euro} \cdot X2$		

“Veniamo a trovarvi”

Tabella 48 - Stima degli effetti sulla spesa per prestazione specialistiche con il metodo della differenza nelle differenze

	Bernezzo	Caraglio, Cervasca, Dronero, Vignolo (Media)
2008	264,26	335,81
2009	273,69	327,89
Differenza	+ 9,43	- 7,92
Errore standard	56,72	
Differenza nella differenza	+ 17,35 (Intervallo tra - 39,37 e + 74,07)	

La regressione multipla considera la serie storica della spesa per prestazioni specialistiche del solo Comune di Bernezzo articolata in semestri (Y), lungo un arco temporale compreso tra il primo semestre del 2005 e il primo semestre del 2010, adottando come variabile dipendente l'incidenza degli anziani con almeno 80 anni sul complesso degli anziani residenti con almeno 70 anni (X1), oltre all'attivazione o meno, per ciascun semestre, del progetto “*Veniamo a trovarvi*” (X2). Il metodo della differenza nelle differenze confronta i trend della spesa pro-capite di Bernezzo con quella degli altri comuni considerati tra il 2008 e il 2009.

L'effetto del progetto “*Veniamo a trovarvi*” sulla spesa per prestazioni specialistiche è stimato dalla regressione multipla in un incremento di 22,54 Euro procapite (con riferimento ai soli anziani residenti con almeno 70 anni) per semestre, ossia di 45,08 Euro procapite su base annuale. Anche in questo caso si tratta di una stima che appare di scarsa solidità³⁶.

Il metodo della differenza nelle differenze conduce a stimare un effetto di incremento della spesa specialistica pari a 17,35 Euro procapite su base annuale, posto che la spesa per prestazioni specialistiche a Bernezzo tra il 2008 e il 2009 è aumentata di 9,43 Euro pro capite a fronte di un decremento medio pari mediamente a 7,92 Euro negli altri quattro comuni. Questa stima è comunque soggetta ad un margine di errore estremamente ampio, pari a 56,72 Euro: l'effetto è dunque più correttamente stimabile in un intervallo compreso tra un decremento pari a 39,37 Euro procapite all'anno e un incremento pari a 74,07 Euro procapite all'anno.

2.4 La spesa per interventi di Pronto soccorso: andamenti e stime degli effetti

Le Tabelle 49 e 50 evidenziano la spesa totale e procapite a partire dal 2005 per le prestazioni erogate in regime di Pronto soccorso agli anziani con almeno 70 anni nei cinque comuni oggetto di analisi. La spesa media nell'insieme dei Comuni ha un rilevante picco nel 2006, in cui raddoppia rispetto all'anno precedente, passando da poco più di 28 Euro procapite (con riferimento ai soli anziani con almeno 70 anni residenti) a circa 56,50 Euro procapite. Negli anni successivi la spesa media torna su livelli molto simili a quelli del 2005, collocandosi in un range compreso tra poco più di 28 Euro procapite e poco meno di 31,50 Euro procapite. Questo andamento, con il picco di notevole rilievo nel 2006 è seguito in termini assai uniformi da tutti i Comuni e lo stesso Comune di Bernezzo non evidenzia andamenti particolarmente differenziati (Cfr. Tabella 50).

³⁶ Il coefficiente di determinazione è particolarmente basso: è pari a 0,08. Essa inoltre non supera né il test sulla correlazione casuale basato sulla statistica f (il valore che assume è 0,35, di molto inferiore al valore soglia che in questo caso è pari a 19,37) né il test di Student relativo ai coefficienti delle variabili dipendenti (il valore assunto dalla variabile X1 è pari a 0,79 e il valore assunto dalla variabile X2 è pari a 0,81, al di sotto del valore soglia che assumendo alfa pari a 0,05 è pari a 2,31).

Tabella 49 - Spesa totale (in Euro) per le prestazioni in regime di Pronto soccorso (residenti >= 70 anni)

	Bernezzo	Caraglio	Cervasca	Dronero	Vignolo
2005	9.531,15	25.791,65	10.557,95	32.076,60	7.572,20
2006	22.843,10	52.270,00	25.250,20	61.883,75	13.218,35
2007	9.491,80	31.408,85	15.399,90	38.796,75	4.487,00
2008	10.355,80	27.479,90	16.521,55	39.955,90	5.537,15
2009	11.112,85	29.315,15	20.748,50	38.868,20	6.914,50
2010 (1° semestre)	4.912,00	13.648,75	10.464,25	20.863,60	2.705,15

Fonte: Asl Cuneo 1; elaborazione nostra.

Tabella 50 - Spesa (in Euro) per gli interventi in Pronto Soccorso pro capite (residenti >= 70 anni)

	Bernezzo	Caraglio	Cervasca	Dronero	Vignolo	Media (Deviazione standard)
2005	25,55	30,13	21,59	26,89	36,58	28,15 (5,62)
2006	61,24	59,53	50,20	50,52	61,20	56,54 (5,68)
2007	25,11	34,71	29,50	31,49	20,49	28,26 (5,56)
2008	26,55	29,93	31,00	32,27	25,63	29,08 (2,87)
2009	28,94	31,02	36,27	30,75	30,06	31,41 (2,83)
2010 (1° semestre)	12,16	14,44	17,74	16,16	11,32	14,36 (2,68)

Fonte: Asl Cuneo 1; elaborazione nostra.

Il numero di passaggi in Pronto soccorso su base procapite (Cfr. Tabella 51) conferma il picco del 2006 su tutti i Comuni: se infatti nel 2005 mediamente ciascun anziano con più di 70 anni residente nei comuni considerati si è recato al Pronto soccorso 2,3 volte nel corso dell'anno, nel 2006, il ricorso al Pronto soccorso è salito mediamente a 5,2 volte nel corso dell'anno da parte di ciascun anziano, per poi scendere nuovamente ad una quota compresa tra le 2,3 e le 2,6 volte negli anni successivi.

"Veniamo a trovarvi"

Tabella 51 - Numero di passaggi in Pronto Soccorso pro capite (residenti >= 70 anni)

	Bernezzo	Caraglio	Cervasca	Dronero	Vignolo	Media (Deviazione standard)
2005	2,0	2,4	1,7	2,1	3,1	2,3 (0,5)
2006	5,3	5,8	4,7	4,4	5,7	5,2 (0,6)
2007	2,1	2,7	2,5	2,3	1,9	2,3 (0,3)
2008	2,3	2,6	2,6	2,6	2,6	2,5 (0,1)
2009	2,3	2,7	3,0	2,3	2,7	2,6 (0,3)
2010 (1° semestre)	1,3	1,2	1,7	1,4	1,0	1,3 (0,3)

Fonte: Asl Cuneo 1; elaborazione nostra.

La spesa media per ciascun passaggio in Pronto soccorso appare invece sostanzialmente stabile nel corso degli anni, collocandosi costantemente in un intervallo compreso tra poco meno di 11 Euro a passaggio (2006) e poco meno di 12,50 Euro (2005), (Cfr. Tabella 52).

Tabella 52 - Costo medio (in Euro) per passaggio in Pronto Soccorso residenti >= 70 anni

	Bernezzo	Caraglio	Cervasca	Dronero	Vignolo	Media (Deviazione standard)
2005	12,91	12,32	12,45	12,78	11,79	12,45 (0,44)
2006	11,49	10,28	10,69	11,59	10,73	10,96 (0,56)
2007	11,98	12,97	11,77	13,55	10,73	12,20 (1,10)
2008	11,79	11,64	11,96	12,57	9,94	11,58 (0,98)
2009	12,85	11,53	12,18	13,34	11,21	12,22 (0,89)
2010 (1° semestre)	9,56	11,60	10,53	11,87	11,61	11,03 (0,97)

Fonte: Asl Cuneo 1; elaborazione nostra.

Le Tabelle 53 e 54 riportano sinteticamente le stime degli effetti del progetto "Veniamo a trovarvi" sulla spesa per prestazioni in regime di Pronto soccorso calcolate rispettivamente attraverso la regressione multipla e il metodo della differenza nelle differenze.

"Veniamo a trovarvi"

Tabella 53 - Stima degli effetti sulla spesa per gli interventi in Pronto soccorso con la regressione multipla

	Quota ultraottantenni (x1)	" Veniamo a trovarvi" (x2)	Costo prestazioni in pronto soccorso pro capite in Euro (Y)
1° semestre 2005	35%	0	12,62
2° semestre 2005	35%	0	12,93
1° semestre 2006	36%	0	33,30
2° semestre 2006	36%	0	27,95
1° semestre 2007	37%	0	11,94
2° semestre 2007	37%	0	13,17
1° semestre 2008	38%	0	14,15
2° semestre 2008	38%	0	12,40
1° semestre 2009	40%	1	13,96
2° semestre 2009	40%	1	14,98
1° semestre 2010	43%	1	12,16
Esito della regressione	$Y = 70,58 \text{ Euro} - 144,87 \text{ Euro} \cdot X1 + 1,91 \text{ Euro} \cdot X2$		

Tabella 54 - Stima degli effetti sulla spesa per gli interventi in Pronto soccorso con il metodo della differenza nelle differenze

	Bernezzo	Caraglio, Cervasca, Dronero, Vignolo (Media)
2008	26,55	29,71
2009	28,94	32,03
Differenza	2,39	2,32
Errore standard	2,03	
Differenza nella differenza	+ 0,07 (Intervallo tra - 1,96 e + 2,10)	

Anche in questo caso la regressione multipla considera la serie storica della spesa per prestazioni di Pronto soccorso del solo Comune di Bernezzo articolata in semestri (Y), lungo un arco temporale compreso tra il primo semestre del 2005 e il primo semestre del 2010, adottando come variabile dipendente l'incidenza degli anziani con almeno 80 anni sul complesso degli anziani residenti con almeno 70 anni (X1), oltre all'attivazione o meno, per ciascun semestre, del progetto "Veniamo a trovarvi" (X2). Il metodo della differenza nelle differenze confronta i trend della spesa pro-capite di Bernezzo con quella degli altri comuni considerati tra il 2008 e il 2009.

L'effetto del progetto "Veniamo a trovarvi" sulla spesa per prestazioni erogate in regime di Pronto Soccorso è stimato dalla regressione multipla in un incremento di 1,91 Euro procapite (con

riferimento ai soli anziani residenti con almeno 70 anni) per semestre, ossia di 3,82 Euro procapite su base annuale. Si tratta in ogni caso di una stima che appare poco solida sotto il profilo statistico³⁷.

Il metodo della differenza nelle differenze conduce a stimare un effetto di incremento della spesa per prestazioni erogate in regime di Pronto soccorso pari a 0,07 Euro procapite su base annuale, posto che la spesa per il Pronto soccorso a Bernezzo tra il 2008 e il 2009 è aumentata di 2,39 Euro pro capite a fronte di incremento medio pari mediamente a 2,32 Euro negli altri quattro comuni. Questa stima è soggetta ad un margine di errore pari a 2,03 Euro: l'effetto è dunque più correttamente stimabile in un intervallo compreso tra un decremento pari a 1,96 Euro procapite all'anno e un incremento pari a 2,10 Euro procapite all'anno.

2.5 La spesa ospedaliera: andamenti e stime degli effetti

L'andamento in termini assoluti della spesa ospedaliera a partire dal 2005 per gli anziani con almeno 70 anni residenti nei cinque comuni considerati è illustrata dalla Tabella 55, mentre la Tabella 56 che segue propone una lettura normalizzata della spesa, in termine di valore pro capite (per ciascun anziano residente).

La spesa media annuale considerando i comuni nel loro insieme è fortemente stabile nel corso degli anni: tra il 2005 e il 2009 si colloca infatti in un intervallo assai ristretto tra un massimo di circa 1.568,00 Euro procapite ed un minimo di circa 1.513,00 Euro procapite.

La stabilità della media complessiva nasconde tuttavia delle oscillazioni assai più marcate nella spesa dei singoli Comuni. In nessuno di essi infatti la spesa rimane altrettanto stabile nel corso del tempo, ma è soggetta a significative fluttuazioni, sia in crescita che in diminuzione, distribuendo i picchi di spesa in momenti diversi. Se per Caraglio e Dronero il picco è raggiunto nel 2008 (rispettivamente con 1.685,44 Euro procapite e 1.763,87 Euro procapite), nel 2007 è Cervasca a segnare il suo punto di massima (1.704,19 Euro procapite), nel 2006 è Bernezzo (1.588,02 Euro procapite) e nel 2005 è Vignolo (1.993,06 Euro procapite), (Cfr. Tabella 56).

Il tasso di ospedalizzazione, calcolato come numero di ricoveri annuali ogni 100 anziani residenti, segue sostanzialmente l'andamento rilevato per la spesa, con piccole variazioni nella media complessiva – che si colloca in un range compreso tra circa 40 e poco più di 42 ricoveri ogni 100 anziani – e variazioni più ampie nei singoli comuni durante lo scorrere dei diversi anni (Cfr. Tabella 57).

³⁷ Il coefficiente di determinazione è particolarmente basso: è pari a 0,13. Essa inoltre non supera né il test sulla correlazione casuale basato sulla statistica f (il valore che assume è 0,54, di molto inferiore al valore soglia che in questo caso è pari a 19,37) né il test di Student relativo ai coefficienti delle variabili dipendenti (il valore assunto dalla variabile X_1 è pari a 0,77 e il valore assunto dalla variabile X_2 è pari a 0,22, al di sotto del valore soglia che assumendo alfa pari a 0,05 è pari a 2,31).

“Veniamo a trovarvi”

Tabella 55 - Spesa totale (in Euro) per i ricoveri ospedalieri (residenti >= 70 anni)

	Bernezzo	Caraglio	Cervasca	Dronero	Vignolo
2005	446.769,15	1.430.889,53	681.882,23	1.561.732,31	412.562,39
2006	592.332,96	706.284,73	335.918,93	1.000.096,03	150.620,23
2007	571.935,25	520.171,70	356.702,75	805.844,87	235.933,58
2008	450.506,71	1.226.456,43	692.621,68	1.805.940,90	386.553,81
2009	512.347,83	737.436,79	471.121,29	1.114.331,89	186.953,59
2010 (1° semestre)	342.577,65	586.842,72	418.467,03	916.606,53	144.062,50

Fonte: Asl Cuneo 1; elaborazione nostra.

Tabella 56 - Spesa (in Euro) per i ricoveri ospedalieri pro-capite (residenti >=70 anni)

	Bernezzo	Caraglio	Cervasca	Dronero	Vignolo	Media (Deviazione standard)
2005	1.197,78	1.671,60	1.394,44	1.309,08	1.993,06	1.513,19 (320,40)
2006	1.588,02	1.396,88	1.376,98	1.474,24	1.789,60	1.525,14 (169,47)
2007	1.513,06	1.463,29	1.704,19	1.648,49	1.511,49	1.568,10 (102,72)
2008	1.155,15	1.685,44	1.441,37	1.763,87	1.644,10	1.537,99 (244,91)
2009	1.334,24	1.351,56	1.632,18	1.639,83	1.769,75	1.545,51 (192,97)
2010 (1° semestre)	847,96	742,98	1.021,75	837,27	893,87	868,77 (101,59)

Fonte: Asl Cuneo 1; elaborazione nostra.

“Veniamo a trovarvi”

Tabella 57 - Tasso ospedalizzazione ogni 100 residenti >= 70 anni

	Bernezzo	Caraglio	Cervasca	Dronero	Vignolo	Media (Deviazione standard)
2005	35,7	46,8	35	38,9	55,1	42,3 (8,6)
2006	43,2	39,6	36,2	39,8	46,3	41,0 (3,9)
2007	36	39,1	46,6	41,2	45,2	41,6 (4,4)
2008	35,9	44,3	41,8	41,8	42,6	41,3 (3,2)
2009	38,3	38,5	39,2	40,2	44,3	40,1 (2,5)
2010 (1° semestre)	22,3	19,4	23,4	22,5	20,9	21,7 (1,6)

Fonte: Asl Cuneo 1; elaborazione nostra.

Con limitate eccezioni, la durata media dei ricoveri su base annuale si colloca tra gli 11 e i 13 giorni, come evidenzia la Tabella 58, mentre il costo medio per ricovero (Tabella 59) piuttosto stabile tra il 2006 e il 2008, quando si colloca in un intervallo compreso tra circa 3.708,00 Euro per ricovero e circa 3.790,00 Euro per ricovero, sale a poco più di 3.846,50 Euro nel 2009.

Tabella 58 - Giorni di degenza media (ricoveri residenti >= 70 anni)

	Bernezzo	Caraglio	Cervasca	Dronero	Vignolo	Media (Deviazione standard)
2005	10	11	13	11	10	11 (1,2)
2006	14	12	11	12	14	13 (1,3)
2007	15	12	11	13	15	13 (1,8)
2008	12	12	11	12	12	12 (0,4)
2009	11	10	12	13	11	11 (1,1)
2010 (1° semestre)	14	11	12	12	13	12 (1,1)

Fonte: Asl Cuneo 1; elaborazione nostra.

"Veniamo a trovarvi"

Tabella 59 - Costo medio (in Euro) per ricovero (ricoveri residenti >= 70 anni)

	Bernezzo	Caraglio	Cervasca	Dronero	Vignolo	Media (Deviazione standard)
2005	3.359,17	3.568,30	3.987,62	3.365,80	3.618,97	3.579,97 (256,15)
2006	3.679,09	3.524,30	3.805,61	3.708,30	3.865,54	3.716,57 (130,92)
2007	4.205,41	3.740,90	3.660,86	3.997,91	3.343,60	3.789,74 (329,45)
2008	3.217,91	3.801,55	3.445,06	4.215,57	3.860,07	3.708,03 (386,92)
2009	3.485,36	3.508,85	4.167,89	4.080,21	3.990,62	3.846,59 (325,24)
2010 (1° semestre)	3.806,42	3.836,70	4.368,35	3.727,30	4.272,70	4.002,29 (295,18)

Fonte: Asl Cuneo 1; elaborazione nostra.

Le Tabelle 60 e 61 riportano sinteticamente le stime degli effetti del progetto "Veniamo a trovarvi" sulla spesa per i ricoveri ospedalieri calcolate rispettivamente attraverso la regressione multipla e il metodo della differenza nelle differenze.

Tabella 60 - Stima degli effetti sulla spesa per i ricoveri ospedalieri con la regressione multipla

	Quota ultraottantenni (x1)	" Veniamo a trovarvi" (x2)	Costo ospedalizzazione pro capite in Euro (Y)
1° semestre 2005	35%	0	543,53
2° semestre 2005	35%	0	654,25
1° semestre 2006	36%	0	893,61
2° semestre 2006	36%	0	694,42
1° semestre 2007	37%	0	796,14
2° semestre 2007	37%	0	716,92
1° semestre 2008	38%	0	609,85
2° semestre 2008	38%	0	545,29
1° semestre 2009	40%	1	598,04
2° semestre 2009	40%	1	736,20
1° semestre 2010	43%	1	847,96
Esito della regressione	Y = 349,31 Euro + 904,09 Euro*X1 + 11,20 Euro*X2		

“Veniamo a trovarvi”

Tabella 61 - Stima degli effetti sulla spesa per i ricoveri ospedalieri con il metodo della differenza nelle differenze

	Bernezzo	Caraglio, Cervasca, Dronero, Vignolo (Media)
2008	1155,15	1633,70
2009	1334,24	1598,33
Differenza	179,09	-35,37
Errore standard	110,91	
Differenza nella differenza	+ 214,46 (Intervallo tra + 103,54 e + 325,37)	

In analogia alle stime presentate nei paragrafi precedenti, la regressione multipla considera la serie storica della spesa per i ricoveri ospedalieri del solo Comune di Bernezzo articolata in semestri (Y), lungo un arco temporale compreso tra il primo semestre del 2005 e il primo semestre del 2010, adottando come variabile dipendente l'incidenza degli anziani con almeno 80 anni sul complesso degli anziani residenti con almeno 70 anni (X1), oltre all'attivazione o meno, per ciascun semestre, del progetto “*Veniamo a trovarvi*” (X2). Il metodo della differenza nelle differenze confronta i trend della spesa pro-capite di Bernezzo con quella degli altri comuni considerati tra il 2008 e il 2009.

L'effetto del progetto “*Veniamo a trovarvi*” sulla spesa per i ricoveri ospedalieri è stimato dalla regressione multipla in un incremento di 11,20 Euro procapite (con riferimento ai soli anziani residenti con almeno 70 anni) per semestre, ossia di 22,40 Euro procapite su base annuale. Anche in questo caso la stima è comunque poco solida sotto il profilo statistico³⁸.

Il metodo della differenza nelle differenze conduce a stimare un effetto di incremento della spesa per prestazioni erogate in regime di Pronto soccorso pari a 214,46 Euro procapite su base annuale, posto che la spesa per i ricoveri ospedalieri a Bernezzo tra il 2008 e il 2009 è aumentata di 179,09 Euro pro capite a fronte di un decremento medio pari mediamente a 35,37 Euro negli altri quattro comuni. Questa stima è soggetta ad un margine particolarmente esteso, in relazione alla notevole dispersione dei dati come già rilevato anche in sede di commento degli andamenti della spesa, pari a 110,91 Euro: l'effetto è dunque più correttamente stimabile in un intervallo compreso tra un incremento pari a 103,54 Euro procapite all'anno e un incremento pari a 325,37 Euro procapite all'anno.

³⁸ Il coefficiente di determinazione è particolarmente basso: è pari a 0,04. Essa inoltre non supera né il test sulla correlazione casuale basato sulla statistica f (il valore che assume è 0,18, di molto inferiore al valore soglia che in questo caso è pari a 19,37) né il test di Student relativo ai coefficienti delle variabili dipendenti (il valore assunto dalla variabile X1 è pari a 0,28 e il valore assunto dalla variabile X2 è pari a 0,07, al di sotto del valore soglia che assumendo alfa pari a 0,05 è pari a 2,31).

2.6 La spesa per interventi sociosanitari domiciliari: andamenti e stime degli effetti

In questo paragrafo ci occupiamo della spesa per gli interventi di assistenza sociale e sanitaria di carattere domiciliare. Se le voci di spesa considerate nei paragrafi precedenti gravano esclusivamente sull'ASL Cuneo 1, in questo caso la spesa è ripartita tra la stessa asl e il Consorzio per i servizi socio assistenziali delle Valli Grana e Maira. A tal fine abbiamo considerato due fonti: la banca dati Sao-Adi e il Consorzio socio assistenziale.

La banca dati Sao-Adi riguarda l'area dell'integrazione sociosanitaria. Più in particolare essa censisce tutti gli interventi a carattere sanitario svolti a domicilio degli utenti e la quota degli interventi assistenziali a carico del Consorzio assistenziale che risultino integrati con gli interventi sanitari (hanno questa fonte tutte le tabelle comprese tra la Tabella 62 e la Tabella 67). I dati raccolti direttamente presso il Consorzio socio assistenziale riguardano il complesso degli interventi da esso retribuiti, sia nell'area dell'integrazione con l'assistenza sanitaria, che esternamente ad essa.

Le Tabelle 62, 63 e 64 evidenziano l'andamento a partire dal 2005 di tre variabili essenziali relativamente agli interventi domiciliari sociosanitari: il numero di schede, ossia di casi in carico, il numero di accessi, ossia di interventi domiciliari realizzati e il numero totale di prestazioni erogate. Ciascun caso generalmente usufruisce di un certo numero di accessi a domicilio, in ciascuno dei quali possono essere erogate una o più prestazioni di carattere sanitario e assistenziale.

Tabella 62 - Numero totale di schede aperte (residenti >= 70 anni)

	Bernezzo	Caraglio	Cervasca	Dronero	Vignolo
2005	96	251	112	355	57
2006	106	278	132	295	78
2007	123	266	178	223	72
2008	142	344	204	258	87
2009	81	235	147	212	66
2010 (settembre)	107	212	122	193	55

Fonte: Asl Cuneo 1; elaborazione nostra.

“Veniamo a trovarvi”

Tabella 63 - Numero totale di accessi (residenti >= 70 anni)

	Bernezzo	Caraglio	Cervasca	Dronero	Vignolo
2005	1282	3612	2073	4284	691
2006	1390	3515	1822	4104	737
2007	1170	3233	2079	4576	892
2008	1357	3589	1675	4189	970
2009	750	2664	1500	3988	1155
2010 (settembre)	936	2079	1142	2924	615

Fonte: Asl Cuneo 1; elaborazione nostra.

Tabella 64 - Numero totale di prestazioni (residenti >= 70 anni)

	Bernezzo	Caraglio	Cervasca	Dronero	Vignolo
2005	2461	6364	4600	8287	1206
2006	2492	6322	3431	7813	1268
2007	1817	6572	4093	9336	1769
2008	2853	6985	3387	8506	1965
2009	1301	5046	3205	7755	2565
2010 (settembre)	1768	4168	2528	4824	1320

Fonte: Asl Cuneo 1; elaborazione nostra.

La Tabella 65 riporta in termini assoluti il monte ore impiegato nell'attività assistenziale nel loro complesso dagli operatori sanitari e dagli operatori sociali, mentre la Tabella 66 propone la valorizzazione economica delle ore impiegate. La valorizzazione economica si basa su di un sistema di pesi sanitari e sociali in grado di ripartire la spesa complessiva tra l'azienda sanitaria e il consorzio socio assistenziale: come si può notare dalla tabella 66 la quota più rilevante della spesa è in ogni caso coperta dall'azienda sanitaria.

Gli effetti del progetto “*Veniamo a trovarvi*” vanno dunque stimati distintamente, in rapporto alla quota di spesa in capo all'azienda sanitaria e alla quota in capo al consorzio socio assistenziale. A tal fine la Tabella 67 considera esclusivamente la quota di spesa per gli interventi domiciliari in capo all'azienda sanitaria, normalizzandola in funzione degli anziani residenti con almeno 70 anni. Come si può notare, l'oscillazione maggiore nella spesa media pro-capite dell'insieme dei comuni si manifesta tra il 2008 e il 2009, passando da poco più di 84,00 euro procapite a poco meno di 69,00 Euro procapite: particolare rilievo ha in questa diminuzione del valore medio il decremento che si registra nel Comune di Bernezzo, in cui nello stesso periodo si

“Veniamo a trovarvi”

verifica una intensa diminuzione della spesa che passa da 88,40 Euro a 40,66 Euro, più che dimezzandosi.

Tabella 65 - Ore totali di assistenza (residenti >= 70 anni)

	Bernezzo	Caraglio	Cervasca	Dronero	Vignolo
2005	1130	2476	1704	3489	513
2006	1320	3176	1569	3502	672
2007	983	2701	1593	2768	677
2008	1048	2391	1176	2741	700
2009	472	1848	1054	3029	741
2010 (settembre)	753	1550	859	2075	330

Fonte: Asl Cuneo 1; elaborazione nostra.

Tabella 66 - Spesa sociosanitaria totale (in Euro) per l'assistenza di carattere domiciliare (residenti >= 70 anni)

	Bernezzo		Caraglio		Cervasca		Dronero		Vignolo	
	Sanit.	Soc.	Sanit.	Soc.	Sanit.	Soc.	Sanit.	Soc.	Sanit.	Soc.
2005	42810,87		94675,58		63077,08		130914,92		19618,65	
	29667,81	13143,06	75380,71	19294,87	48950,69	14126,39	98680,85	32234,07	16033,09	3585,56
2006	48890,73		113406,83		55390,31		127976,92		23599,94	
	35076,13	13814,60	88223,97	25182,86	46096,63	9293,68	103309,70	24667,21	19738,57	3861,37
2007	40016,77		101678,81		56865,31		104892,62		24319,45	
	29128,18	10888,59	79973,58	21705,23	50197,84	6667,46	97181,87	7710,75	22544,66	1774,79
2008	40232,62		89111,36		43182,62		94099,97		26741,80	
	34476,54	5756,08	78762,41	10348,96	39249,29	3933,32	86784,95	7315,02	22268,85	4472,96
2009	17628,00		68221,58		39261,28		101966,62		30603,18	
	15613,38	2014,63	60642,73	7578,84	35783,65	3477,63	95886,75	6079,86	23096,28	7506,89
2010 (settembre)	25554,61		53123,85		30771,06		73941,69		14965,82	
	24199,53	1355,08	51852,72	1271,14	28516,60	2254,47	68425,44	5516,25	10996,52	3969,30

Fonte: Asl Cuneo 1; elaborazione nostra.

"Veniamo a trovarvi"

Tabella 67 - Stima della spesa sanitaria pro capite (in Euro) per l'assistenza di carattere domiciliare (residenti >= 70 anni)

	Bernezzo	Caraglio	Cervasca	Dronero	Vignolo	Media (Deviazione standard)
2005	79,54	88,06	100,10	82,72	77,45	85,57 (9,05)
2006	94,04	100,48	91,64	84,33	91,38	92,38 (5,80)
2007	77,06	88,37	96,16	78,88	102,94	88,68 (11,08)
2008	88,40	85,80	73,64	70,10	103,10	84,21 (13,11)
2009	40,66	64,17	62,56	75,86	100,42	68,73 (21,80)
2010 (settembre)	59,90	54,87	48,33	53,00	46,01	52,42 (5,48)

Fonte: Asl Cuneo 1; elaborazione nostra.

Il rapporto tra il decremento della spesa sanitaria per gli interventi domiciliari a Bernezzo e l'attuazione del progetto "Veniamo a trovarvi", pur nei limiti che si evidenzieranno di seguito, riceve una sostanziale conferma sia dalla regressione multipla che dal metodo della differenza nelle differenze, i cui esiti sono sinteticamente evidenziati rispettivamente nelle Tabelle 68 e 69.

Tabella 68 - Stima degli effetti sulla spesa sanitaria per l'assistenza di carattere domiciliare con la regressione multipla

	Quota ultraottantenni (x1)	" Veniamo a trovarvi" (x2)	Spesa pro-capite (Y)
2005	35%	0	79,54
2006	36%	0	94,04
2007	37%	0	77,06
2008	38%	0	88,40
2009	40%	1	40,66
Esito della regressione	Y = 49,72 Euro + 96,00 Euro X1 – 47,46 Euro*X2		

“Veniamo a trovarvi”

Tabella 69 - Stima degli effetti sulla spesa sanitaria per l'assistenza di carattere domiciliare con il metodo della differenza nelle differenze

	Bernezzo	Caraglio, Cervasca, Dronero, Vignolo (Media)
2008	88,40	83,16
2009	40,66	75,75
Differenza	-47,74	-7,41
Errore standard	11,45	
Differenza nella differenza	- 40,34 (Intervallo tra - 51,78 e -28,89)	

In questo caso la regressione multipla considera la serie storica della spesa sanitaria per l'assistenza domiciliare del solo Comune di Bernezzo articolata in annualità (Y), non essendo disponibili dati su base semestrale, lungo un arco temporale compreso tra il 2005 e il 2009, adottando come variabile dipendente l'incidenza degli anziani con almeno 80 anni sul complesso degli anziani residenti con almeno 70 anni (X1), oltre all'attivazione o meno, per ciascun anno, del progetto “*Veniamo a trovarvi*” (X2). Il metodo della differenza nelle differenze confronta i trend della spesa pro-capite di Bernezzo con quella degli altri comuni considerati tra il 2008 e il 2009.

L'effetto del progetto “*Veniamo a trovarvi*” sulla spesa sanitaria per interventi domiciliari è stimato dalla regressione multipla in un decremento di 47,46 Euro procapite (con riferimento ai soli anziani residenti con almeno 70 anni) su base annuale. Anche in questo caso la stima è comunque poco solida sotto il profilo statistico³⁹.

Il metodo della differenza nelle differenze conduce a stimare un effetto di decremento della spesa pari a 40,34 Euro procapite su base annuale, posto che la spesa sanitaria per l'assistenza sanitaria di carattere domiciliare a Bernezzo tra il 2008 e il 2009 è diminuita di 47,74 Euro pro capite a fronte di un decremento medio pari mediamente a 7,41 Euro procapite negli altri quattro comuni. Questa stima è soggetta ad un margine di errore pari a 11,45 Euro: l'effetto è dunque più correttamente stimabile in un intervallo compreso tra un decremento pari a 51,78 Euro procapite all'anno e un decremento pari a 28,89 Euro procapite all'anno.

Rivolgendo ora l'attenzione alla spesa per gli interventi domiciliari sostenuta dal Consorzio per i servizi socio assistenziali delle Valli Grana e Maira, il confronto tra i dati relativi al 2008 e al 2009 raccolti presso di esso – riportati in tabella 70 - unitamente alla testimonianza raccolta in un colloquio in profondità con una funzionaria che riveste un ruolo dirigenziale, induce ad attribuire al progetto “*Veniamo a trovarvi*” un significativo effetto di sostituzione della spesa, dell'ordine di 6.020,00 Euro (dato dalla differenza tra la spesa sostenuta nel 2008, pari a euro 19.680,00 e la spesa sostenuta nel 2009, pari a euro 13.660,00).

³⁹ Il coefficiente di determinazione è molto buono: è infatti pari a 0,90. Tuttavia la regressione inoltre non supera né il test sulla correlazione casuale basato sulla statistica f (il valore che assume è 8,61, inferiore al valore soglia che in questo caso è pari a 19,00) né il test di Student relativo ai coefficienti delle variabili dipendenti (il valore assunto dalla variabile X1 è pari a 0,23 e il valore assunto dalla variabile X2 è pari a 2,59, al di sotto del valore soglia che assumendo alfa pari a 0,05 è pari a 4,3).

“Veniamo a trovarvi”

Tabella 70 - Ore e stima di costo dell'assistenza domiciliare erogata dal Consorzio socio assistenziale a Bernezzo

	Assistenza domiciliare (ore)	Spostamento (ore)	Totale ore	Spesa in Euro (stima 20 Euro/ora)
2008	820	164	984	19.680,00
2009	569	114	683	13.660,00

Fonte: Consorzio per i servizi socio assistenziali delle Valli Grana e Maira; elaborazione nostra.

Si tratta peraltro di una stima sicuramente per difetto. Se infatti si considerano i soggetti in carico al Consorzio – i dati sono riportati in tabella 71 – si vede come nelle spese relative al 2009 siano comprese le spese per l'assistenza a 5 adulti, con un incremento di 1 unità, che sicuramente ha comportato un incremento nelle spese.

Purtroppo non siamo in grado di quantificare tale incremento, ma sicuramente, se non vi fosse stata la presa in carico nel 2009 di un adulto non anziano in più rispetto al 2008, il risparmio nella spesa del Consorzio sarebbe stato più alto di quanto da noi stimato.

Tabella 71 - Il numero di assistiti con interventi domiciliari dal Consorzio socio assistenziale a Bernezzo

	Anziani non autosufficienti	Anziani autosufficienti	Adulti	Totale assistiti
2008	5	4	4	13
2009	2	3	5	10

Fonte: Consorzio per i servizi socio assistenziali delle Valli Grana e Maira; elaborazione nostra.

2.7 In sintesi

In sintesi, l'esito dell'analisi condotta in questo capitolo, si può riassumere nella tabella sottostante.

Tabella 72 - Sintesi dei risultati

	Regressione		Differenza nelle differenze			
	Pro-capite	Totale su Bernezzo*	Valore minimo		Valore massimo	
			Pro-capite	Totale su Bernezzo	Pro-capite	Totale su Bernezzo
Spesa farmaceutica	+ 28,3	11433,20	-16,62	-6714,48	+ 46,85	18927,4
Spesa prestazioni specialistiche	+ 45,08	18212,32	-39,37	-15905,48	+ 74,07	29924,28
Spesa Pronto soccorso	+ 3,82	1543,28	-1,96	-791,84	+ 2,1	848,4
Spesa ospedaliera	+ 22,4	9049,60	+ 103,54	41830,16	+ 325,37	131449,48
Spesa sanitaria per interventi domiciliari	-47,46	-19173,84	-51,78	-20919,12	-28,89	-11671,56
		21064,56		-2500,76		169478,00

* spesa procapite*404 anziani attualmente residenti a Bernezzo

Come si nota:

- alcune categorie di spesa - farmaceutica, prestazioni specialistiche, pronto soccorso - registrano risultati discordanti nei due modelli adottati, e peraltro la regressione non supera i test di significatività statistica;
- la spesa ospedaliera registra nei due modelli degli incrementi - seppur anche in questo caso senza superare i test di significatività - ma in presenza, occorre rimarcarlo, di andamenti estremamente erratici nei diversi anni, come mostrato nelle Tabelle 55 e 56;
- la spesa sanitaria per interventi domiciliari mostra una riduzione con tutti i metodi di stima utilizzati, ed anche la “forchetta” registrata tra il minimo ed il massimo stimati con il metodo della differenza-nelle-differenze segnala comunque una diminuzione della spesa.

Il risultato consolidato delle stime in aumento o diminuzione delle diverse voci di spesa (ultima riga della tabella) seppur abbia un valore del tutto relativo, segnala una leggera diminuzione complessiva della spesa sanitaria solo se si accetta l'ipotesi più “ottimistica” del metodo differenza-nelle-differenze.

In conclusione, possiamo affermare che **l'ipotesi che l'attivazione del Progetto Veniamo a Trovarvi determini una riduzione della spesa sanitaria, non trova conferma nelle stime effettuate.** Ovviamente ciò non significa però che sia vero il contrario, cioè a dire che tale spesa aumenti, anche se diversi indizi paiono andare in questa direzione.

Diversamente si pone la questione per la spesa sociale, laddove la diminuzione delle spese da parte del Consorzio è invece un fatto certo, testimoniato dalla diminuzione delle ore dedicate agli anziani del Comune di Bernezzo, e dalla diminuzione dei beneficiari in carico al Consorzio.

In questo caso, è possibile stimare – sicuramente per difetto – una **diminuzione di costi pari almeno a 6.000,00 Euro.**

Occorre peraltro considerare che tale diminuzione risulta da un effetto sostituzione, in quanto i servizi non erogati dal Consorzio sono erogati dal Progetto, così come gli utenti anziani non più in carico al Consorzio sono attualmente in carico al Progetto.

2.8 L'analisi relativa all'utilizzo delle strutture residenziali

Per completare l'analisi, occorre stimare se il Progetto abbia determinato una riduzione del ricorso al ricovero in strutture residenziali.

Per stimare questo dato abbiamo proceduto attraverso una analisi delle condizioni degli utenti del Progetto per verificare in relazione a quali profili fosse più probabile il ricorso a strutture residenziali, nel caso in cui il Progetto non fosse stato attivato.

Di seguito presentiamo i risultati relativi agli assistiti del progetto, iniziando dai dati di tipo quantitativo (schede utente) che saranno successivamente approfonditi in senso qualitativo alla luce di quanto emerso nel corso delle interviste ai tre testimoni privilegiati (e cioè un medico di medicina generale di Bernezzo, la visitatrice itinerante, il direttore della casa don Dalmaso).

2.8.1 Il profilo socio-demografico e sanitario degli utenti dei servizi specifici di “Veniamo a trovarvi”

Come già detto, nel periodo compreso tra il 1 gennaio 2009 e il 30 giugno 2010, la visitatrice itinerante ha fatto visita a tutti gli ultra settantenni residenti nel Comune di Bernezzo per un totale di oltre 1600 incontri. In seguito alle valutazioni emerse nel corso di tali incontri e sulla base della maggiore o minore gravità delle condizioni socio-sanitarie dei visitati, sono state prese in carico dal progetto 44 persone residenti sul territorio, identificate come particolarmente bisognose di assistenza.

“Veniamo a trovarvi”

Nello specifico si tratta di 17 uomini (39.5%) e 26 donne (60.5%)⁴⁰ con un'età compresa tra i 59 e i 101 anni (età media 81 anni, d.s. 9.2 anni). Quasi la metà di queste persone sono celibi/nubili o hanno perso il coniuge (rispettivamente il 5% e 40%) mentre la restante parte può ancora contare sulla presenza di un coniuge o convivente (rispettivamente 42.5% e 12.5%, cfr. Tabella 73).

Tabella 73 - Stato civile degli utenti

		N	%	% Cumulata
Stato civile	Celibe/nubile	2	5,0	5,0
	Vedovo/a	16	40,0	45,0
	Coniugato/a	17	42,5	87,5
	Convivente	5	12,5	100,0
	Tot	40	100,0	
	Missing	4		
	Total	44		

Fonte: Questionario utenti di “Veniamo a trovarvi”; elaborazione nostra.

Ciascuno dei 44 utenti presi in carico dal progetto presenta specifiche condizioni di salute caratterizzate dall'interazione di più o meno marcati fattori di fragilità sociale e da condizioni sanitarie caratterizzate da diversi livelli di gravità e intensità, che appaiono intensificarsi a partire dal 2008, come emerge dalla tabella 74 che riporta la spesa per prestazioni sanitarie (ad esclusione delle sole cure domiciliari) usufruite da questi soggetti nel corso degli ultimi anni.

Tabella 74 - Prestazioni sanitarie e assistenziali utilizzate

	Spesa farmaceutica in Euro	Spesa prestazioni specialistich e in Euro	Spesa interventi Pronto Soccorso in Euro	Spesa ospedaliera in Euro
2005	-	2.520,55	277,20	14.724,80
2006	-	4.311,20	150,05	10.556,72
2007	-	2.507,65	803,65	12.125,22
2008	16.510,01	4.872,31	625,15	24.258,79
2009	19.494,26	7.963,77	1.183,70	64.290,14
2010 (1° semestre)	10.663,74	2.475,53	228,55	36.165,97

Fonte: Asl Cuneo 1; elaborazione nostra.

Questi due ordini di fattori (sociali e sanitari) sono stati rilevati dal nostro questionario rispettivamente attraverso 3 e 8 variabili specifiche⁴¹. Nel primo caso (fattori sociali) si è esplorato l'ambito dell'autonomia intra ed extra domestica e la presenza di reti sociali e familiari di sostegno.

Nel secondo caso (fattori sanitari), sono stati rilevati il numero e la gravità delle patologie presentate, la presenza di deficit linguistici/sensoriali/comportamentali/sfinterici e, infine, l'ambito

⁴⁰In un caso l'informazione relativa al genere dell'utente non è stata riportata sulla scheda.

⁴¹I questionari sono stati compilati dalla “visitatrice itinerante” in collaborazione con gli operatori impegnati nella presa in carico e con il medico di base, nel periodo settembre-ottobre 2010.

“Veniamo a trovarvi”

della mobilità motoria. Rispetto a ciascun fattore considerato, ogni utente preso in carico è stato categorizzato sulla base di 3 codici (verde ●, giallo ● e rosso ●) che rispecchiano la maggiore o minore criticità della situazione. Il codice verde (●) è stato utilizzato per contrassegnare situazioni caratterizzate da un basso livello di criticità; il codice giallo (●) per indicare situazioni mediamente critiche e ad alto rischio di peggioramento e infine il codice rosso (●) contraddistingue situazioni altamente critiche e in fase di ulteriore peggioramento.

La Tabella 75 riportata alla pagina seguente mostra un quadro sinottico dei 44 utenti presi in carico dal progetto e classificati in base ai criteri appena visti rispetto ai fattori socio-sanitari. La prima parte della tabella (prime tre colonne) rappresenta l'insieme dei fattori di fragilità sociale a cui è stato aggiunto lo stato civile dell'utente (quarta colonna: “in coppia”, codice verde ● vs “da solo” codice rosso ●) come importante fattore di protezione da considerare accanto agli altri tre. La seconda parte della tabella riporta le condizioni degli utenti rispetto ai fattori sanitari rilevati (colonne 5-6-7) e infine, l'ultima parte della tabella (colonna 8), vuole classificare i 44 casi presi in carico dal progetto in funzione dell'interazione complessiva tra i fattori socio-sanitari esaminati, restituendo un quadro sintetico dei bisogni degli utenti a cui il progetto ha offerto i propri servizi.

“Veniamo a trovarvi”

Tabella 75 - Utenti per condizioni socio-sanitarie

N	Fattori sociali				Fattori sanitari			
	Autonomia domestica	Autonomia extradomestica	Reti sociali e di aiuto	Stato civile	N. Patologie	Deficit salute	Mobilità	
1	●	●	●	●	●	●	●	Accompagnamento/ decessi
2	●	●	●	●	●	●	●	
3	●	●	●	●	●	●	●	
4	●	●	●	●	●	●	●	
5	●	●	●	●	●	●	●	
6	●	●	●	●	●	●	●	
7	●	●	●	●	●	●	●	
8	●	●	●	●	●	●	●	Sostegno a patologie letali di medio/breve termine (neoplasia e/o ictus)
9	●	●	●	●	●	●	●	
10	●	●	●	●	●	●	●	
11	●	●	●	●	●	●	●	
12	●	●	●	●	●	●	●	
13	●	●	●	●	●	●	●	
14	●	●	●	●	●	●	●	
15	●	●	●	●	●	●	●	
16	●	●	●	●	●	●	●	
17	●	●	●	●	●	●	●	
18	●	●	●	●	●	●	●	
19	●	●	●	●	●	●	●	
20	●	●	●	●	●	●	●	
21	●	●	●	●	●	●	●	
22	●	●	●	●	●	●	●	
23	●	●	●	●	●	●	●	
24	●	●	●	●	●	●	●	Supporto a criticità transitorie (fratture)
25	●	●	●	●	●	●	●	
26	●	●	●	●	●	●	●	
27	●	●	●	●	●	●	●	
28	●	●	●	●	●	●	●	
29	●	●	●	●	●	●	●	
30	●	●	●	●	●	●	●	
31	●	●	●	●	●	●	●	
32	●	●	●	●	●	●	●	
33	●	●	●	●	●	●	●	
34	●	●	●	●	●	●	●	
35	●	●	●	●	●	●	●	Prevenzione/ altro sostegno
36	●	●	●	●	●	●	●	
37	●	●	●	●	●	●	●	
38	●	●	●	●	●	●	●	
39	●	●	●	●	●	●	●	
40	●	●	●	●	●	●	●	
41	●	●	●	●	●	●	●	
42	●	●	●	●	●	●	●	
43	●	●	●	●	●	●	●	Sostegno psichiatrico
44	●	●	●	●	●	●	●	

Codici: ● = emergenza; ● = urgenza; ● = urgenza minore.

Fonte: Scheda utente – Progetto “Veniamo a trovarvi”; elaborazione nostra.

Al di là della lettura caso per caso dei diversi profili socio-sanitari, due sono gli aspetti messi in luce dalla Tabella 75 e particolarmente importanti in funzione della valutazione costi-benefici del progetto “Veniamo a trovarvi”. Vediamoli nel dettaglio.

Il primo aspetto rilevante che emerge dalla Tabella 75 riguarda i cinque casi evidenziati in azzurro che, registrando almeno 4 codici rossi su un totale di 7 fattori esaminati, rappresentano le situazioni più critiche sotto il profilo socio-sanitario. Tali situazioni sembrano particolarmente significative nell’ottica della valutazione costi-benefici poiché costituiscono i cinque casi più gravi e complessi gestiti grazie al progetto in questione attraverso un’assistenza domiciliare

personalizzata e pertanto senza dover ricorrere al ricovero presso una casa di cura. All'interno di questi cinque casi poi, due situazioni si distinguono ulteriormente per gravità (cfr. Tabella 75, casi evidenziati in azzurro scuro), rappresentando i due profili più critici sotto il punto di vista sociale e sanitario. I casi rappresentati da questi utenti risultano particolarmente significativi nell'ottica della valutazione costi-benefici poiché rispetto ad essi è altamente plausibile ipotizzare che, in assenza del progetto di assistenza domiciliare in questione e vista la gravità delle situazioni presentate, un loro ricovero residenziale presso una casa di cura sarebbe stato altamente probabile, con un conseguente aumento dei costi legati alla loro assistenza. Ritorniamo su questo punto nelle pagine successive, dal momento che questi casi sono stati quelli approfonditi in senso qualitativo all'interno delle interviste ai tre testimoni privilegiati.

Il secondo aspetto importante messo in luce dalla Tabella 75 riguarda l'ultima colonna posta all'estrema destra, che vuole classificare i 44 casi presi in carico dal progetto in funzione dell'interazione complessiva tra i fattori socio-sanitari esaminati, restituendo un quadro sintetico dei bisogni degli utenti a cui il progetto ha offerto i propri servizi.

Sulla base dell'interazione tra i vari fattori socio-sanitari esaminati, ci sembra possibile raggruppare i 44 utenti (e i relativi processi di presa in carico domiciliare) in cinque cluster specifici che possono essere letti come cinque ambiti d'azione del progetto “*Veniamo a trovarvi*”, ognuno contrassegnato da particolari e specifiche caratteristiche.

Il primo cluster, cui faremo riferimento con il termine “accompagnamento/ decessi” ed evidenziato col colore grigio all'interno della tabella, raggruppa tutte le situazioni caratterizzate da diversi livelli di gravità socio-sanitaria complessiva ma che, nel corso della presa in carico, sono esitate nel decesso dell'utente. In tali situazioni i servizi offerti dal progetto sembrerebbero configurarsi come una risorsa legata principalmente al sostegno dell'utente negli ultimi mesi di vita.

Il secondo cluster, evidenziato in rosso e denominato “sostegno a patologie letali di medio/breve termine” raggruppa tutti i casi più critici sotto il profilo sanitario che registrano una o due patologie particolarmente invalidanti quali la neoplasia e/o l'ictus. In queste situazioni, le risposte offerte dal progetto si configurano come una presa in carico completa sotto il profilo socio-sanitario e sembrerebbero agire nella direzione di posticipare il più possibile l'ingresso in struttura residenziale, fatto che tuttavia può rappresentarne l'inevitabile e fisiologica evoluzione.

Il terzo cluster, che abbiamo etichettato come “supporto a criticità transitorie/fratture” ed evidenziato con il colore giallo, raggruppa un insieme di situazioni differenziate sotto il profilo della criticità complessiva ma accomunate dal manifestarsi di criticità transitorie o intermittenti sotto il profilo socio-sanitario. In particolare il cluster accomuna gli utenti che, all'interno di condizioni sanitarie differenti (in un caso, quello evidenziato in azzurro, anche molto critiche), si sono trovati a dover gestire una frattura ossea (situazione piuttosto frequente nella popolazione anziana) e che tuttavia presentano nel complesso situazioni sociali abbastanza supportive o comunque non del tutto disgregate. In tali situazioni l'assistenza del progetto si configura in linea di massima come un servizio che può far leva su alcune risorse socio-sanitarie residue e che può far virare la criticità della situazione nella direzione di un miglioramento e del ripristino di una certa autonomia⁴².

Il quarto cluster, denominato “prevenzione/ altro sostegno” ed evidenziato in verde, raggruppa tutti quegli utenti caratterizzati nel complesso da minori livelli di criticità sotto il profilo sociale e sanitario e rispetto ai quali l'assistenza si configura come una vera e propria attività di prevenzione o di sostegno a patologie di minore intensità, volta a monitorare l'evolversi delle situazioni e a promuovere il benessere e la salute, anticipando il presentarsi di criticità attraverso i diversi servizi disponibili.

Il quinto ed ultimo cluster, che abbiamo etichettato con il termine “sostegno psichiatrico” ed evidenziato nuovamente in verde vista la minor criticità socio-sanitaria rispetto agli altri cluster, è costituito da due utenti portatori di una situazione caratterizzata dalla presenza di una patologia psichiatrica. Questo cluster sembrerebbe qualificarsi non tanto per uno specifico pattern di

⁴² In questo senso la presenza all'interno del *cluster* di uno dei cinque soggetti caratterizzati da più elevata criticità deve essere letta come un'eccezione dal momento che, come si è visto e come si vedrà ancor meglio più avanti nel corso dell'approfondimento qualitativo, il caso in questione difficilmente è candidato a tale prognosi.

“Veniamo a trovarvi”

assistenza domiciliare dedicato a soggetti anziani quanto piuttosto per il fatto di non trovare il sostegno necessario all'interno dei canali di assistenza dedicati alle principali problematiche presentate dai soggetti, per l'appunto di tipo psichiatrico⁴³.

Questi cinque cluster, oltre a rappresentare alcuni ipotetici pattern di assistenza domiciliare emergenti dalle osservazioni raccolte, possono essere letti e ordinati lungo un ipotetico continuum evolutivo a 4 stadi. I cluster infatti, muovendo da situazioni caratterizzate complessivamente da una bassa criticità socio-sanitaria (cluster “sostegno psichiatrico” e “prevenzione”; colore verde) e passando attraverso situazioni mediamente critiche di carattere più o meno transitorio (cluster “supporto a criticità transitorie/ fratture”; colore giallo) arrivano a raccogliere situazioni molto critiche sotto il profilo socio-sanitario e potenzialmente letali (cluster “sostegno a patologie letali di medio/breve termine”, colore rosso) che facilmente possono esitare in un exitus (cluster “accompagnamento/ decessi”) o in un ricovero in struttura residenziale.

Sinora abbiamo analizzato le diverse condizioni socio-sanitarie più e meno critiche che interessano i 44 utenti presi in carico dal progetto, individuando cinque soggetti particolarmente significativi ai fini della valutazione costi-benefici e ipotizzando una griglia di lettura relativa al raggio d'azione e ai pattern di assistenza del progetto “*Veniamo a trovarvi*”. Ma a fronte dello stato di salute alla data della presa in carico, qual è stata l'evoluzione delle condizioni sanitarie degli utenti grazie ai servizi erogati dal progetto domiciliare? La Tabella 76 sintetizza i percorsi evolutivi delle condizioni sanitarie degli utenti.

Tabella 76 - Variazioni nelle condizioni sanitarie rilevabili al 30 giugno 2010

Stabile	In miglioramento	In peggioramento
62,0%	28,2%	9,8%

Fonte: Questionario utenti di “*Veniamo a trovarvi*”; elaborazione nostra.

Nel periodo compreso tra il 1 gennaio 2009 e il 30 giugno 2010, i servizi attivati dal progetto “*Veniamo a trovarvi*” hanno favorito lo stabilizzarsi delle criticità rilevate alla data della presa in carico per oltre il 60% dei casi, evitando il peggioramento delle loro condizioni. Nel 28% dei casi l'intervento ha ottenuto non solo lo stabilizzarsi delle situazioni ma una virata nella direzione del miglioramento delle condizioni di salute. Pochi i casi (il 10% circa) in cui si è assistito a un peggioramento delle condizioni registrate al momento della presa in carico.

2.8.2 La stima degli effetti sulla spesa per l'istituzionalizzazione in strutture residenziali

Come emerso dalle considerazioni fatte presentando il profilo socio-sanitario degli utenti alla data della presa in carico e in particolare le situazioni evidenziate in Tabella 75, tra i casi esaminati sembrerebbero essere principalmente cinque quelli più significativi ai fini della valutazione costi-benefici del progetto, rappresentando altrettante situazioni ad alta criticità e complessità assistenziale gestite in regime domiciliare e senza ricorrere all'istituzionalizzazione. Di questi cinque casi poi, due sembrerebbero contraddistinguersi ulteriormente come situazioni spiccatamente invalidanti sia sotto il profilo sociale e delle reti di sostegno sia sotto il profilo sanitario.

Vista la centralità di questi casi ai fini della valutazione costi-benefici del progetto, abbiamo voluto approfondirne maggiormente i dettagli e le traiettorie evolutive, mettendone a fuoco le caratteristiche più significative attraverso l'intervista a tre osservatori privilegiati del progetto: un medico di base, la visitatrice itinerante e il direttore della casa di riposo Don Dalmasso. Il confronto con gli osservatori privilegiati restituisce un quadro piuttosto coerente con quanto

⁴³ In questo senso può essere utile segnalare la presenza di altri due soggetti portatori di una patologia psichiatrica ma che, registrando anche patologie letali di breve/medio termine sono stati raggruppati nel cluster corrispondente.

“Veniamo a trovarvi”

emerso dall'analisi dei questionari. Nel raccontare e approfondire le cinque storie degli utenti più critici, le opinioni dei tre intervistati convergono fortemente nell'affermare che in tali situazioni, e in particolare in due di questi cinque casi, in assenza del progetto “*Veniamo a trovarvi*” il ricovero presso una struttura residenziale per anziani sarebbe stato un evento altamente probabile così come altrettanto probabile sarebbe potuto essere un drastico peggioramento delle situazioni tale da esitare in un ricovero presso un'azienda sanitaria ospedaliera.

Il primo di questi tre casi, C.C., è rappresentato da una donna di 76 anni coniugata con un compagno anch'egli ultra-settantenne il quale, sino alla data di presa in carico della moglie da parte del progetto, provvede in toto alle cure necessarie al benessere della moglie. Sino all'incontro con la visitatrice itinerante del progetto “*Veniamo a trovarvi*” l'uomo gestisce autonomamente (senza ricevere alcun aiuto istituzionale né da parte dei figli) tutte le problematiche correlate con la totale dipendenza intra ed extra-domestica della compagna che presenta una situazione sanitaria invalidante: colpita da una neoplasia e da un ictus, la donna soffre di incontinenza sfinterica costante e da una demenza degenerativa di Alzheimer. Risulta facile comprendere come, in questa situazione, la pratica del bagno della donna sia ormai pressoché ingestibile per il marito (oltre alla fatica si pensi ai forti rischi di caduta sia della donna sia del care-giver ultrasettantenne) e il servizio del bagno assistito in Casa Don Dalmasso, del servizio di manicure/pedicure e del trasporto per la giornata di sollievo, rappresentino oggi un aiuto prezioso per il benessere della donna e di alleggerimento e prevenzione nei confronti del marito e del suo importante ruolo nel mantenimento della donna presso il proprio domicilio.

Il secondo caso significativo, B.T. è rappresentato da una donna settantunenne portatrice di un quadro socio-sanitario particolarmente invalidante. La signora in passato è stata colpita da ictus, ha subito un intervento chirurgico cardio vascolare (pacemaker) e uno ortopedico (frattura), ha difficoltà respiratorie ed è affetta da glaucoma e da un diabete trascurato. Tutte queste problematiche vengono gestite con estrema fatica solo dal convivente (il figlio è lontano per lavoro) il quale, a sua volta, necessita di ricevere ossigeno 24h/24 per far fronte a problematiche mediche meno gravi rispetto a quelle della compagna ma pur sempre invalidanti. In questo panorama, l'incontro con la visitatrice itinerante porta ad attivare un servizio particolarmente articolato che, attraverso la consegna quotidiana dei pasti a domicilio (per equilibrare il problema del diabete e monitorare la situazione), il bagno della donna in struttura, i servizi di segretariato sociale e di accompagnamento alle visite mediche (importanti per monitorare un quadro sanitario particolarmente complesso) e appuntamenti di relazione e socializzazione, consentono oggi alla coppia di continuare a vivere presso il proprio domicilio ricevendo un sostegno personalizzato che ha portato a migliorare il quadro sanitario della paziente per quanto riguarda la mobilità e il diabete.

Il terzo caso particolarmente utile nella valutazione del progetto *Veniamo a trovarvi* è rappresentato dalla signora T.N. di 101 anni, “grande anziana” vedova ma assistita, anche se a fatica, dalla figlia ormai ultra settantenne. La signora è totalmente dipendente nelle attività intra ed extra domestiche, allettata, può essere spostata solamente in sedia a rotelle. Soffre di Alzheimer e di incontinenza sfinterica costante e, in un passato recente, è stata vittima di una frattura del femore. La visita domiciliare dell'operatrice attiva un servizio particolarmente ricco e articolato per rispondere ai bisogni della donna, evitandone il ricovero in struttura e alleviando in parte la figlia dalle incombenze legate al prendersi cura della madre, agendo in questo senso, anche preventivamente nei confronti della figlia. Grazie all'alzata e all'igiene del mattino (periodicamente integrate dal bagno a domicilio), la consegna dei pasti a domicilio (feriale e festiva), l'alzata del pomeriggio e la messa a letto serale, oggi la donna può contare su un sostegno domiciliare quotidiano suddiviso in più momenti che, oltre a offrirle un servizio specifico, porta con sé il beneficio della visita e della relazione interpersonale.

Questi quadri costituiscono tre primi approfondimenti piuttosto emblematici delle situazioni a più elevata criticità e di come esse sono state trattate domiciliarmente o comunque ricorrendo in minima parte all'ingresso in struttura (esclusivamente per il bagno in un caso e per gli appuntamenti di sollievo, relazione e socializzazione negli altri casi). Stando al confronto con i nostri intervistati ancor più significativi sono i restanti due casi i quali rappresentano, senza alcun dubbio, altrettante situazioni che, seppur analizzate retrospettivamente, in assenza del progetto

“Veniamo a trovarvi”

“*Veniamo a trovarvi*” con ogni probabilità sarebbero state candidate al ricovero presso una struttura residenziale.

Il primo dei due casi più gravi è rappresentato da R.M. La signora ha ottantacinque anni ed è del tutto non-autosufficiente; allettata e priva di reti sociali di sostegno, può contare esclusivamente sull'aiuto istituzionale, dal momento che la figlia non se ne può far carico poiché gravemente malata. Sotto il profilo sanitario, la signora è stata colpita da ictus, vittima di una frattura in seguito a una caduta e soffre di incontinenza sfinterica costante, versando in una condizione di forte trascuratezza complessiva. Il quadro già fortemente critico peggiora alla fine del 2009 con l'arrivo della stagione fredda e della malattia della figlia, al punto che la situazione viene segnalata dal medico di base e dall'assistente sociale. L'operatrice itinerante, in seguito alla visita, attiva una rete di servizi molto ricca e articolata che riesce a fronteggiare la criticità della situazione evitando il ricovero della donna in struttura. Il servizio di alzata del mattino e igiene (coinvolti due operatori vista la criticità della situazione), la messa a letto serale, la consegna dei pasti (feriale e festiva) e dei farmaci a domicilio, un servizio di igiene dell'ambiente domestico e di lavanderia e cucito rappresentano i tasselli fondamentali su cui si costruisce l'intervento, oltre ai momenti di socializzazione e del bagno assistito svolto presso Casa Don Dalmasso. Indubbiamente, stando alle parole dei tre testimoni privilegiati intervistati, un caso che sarebbe degenerato e comunque rispetto a cui, in assenza del progetto, il ricovero in struttura avrebbe rappresentato l'unica alternativa percorribile.

Altrettanto emblematico e fortemente significativo ai fini della valutazione costi-benefici del progetto in questione, nel senso di rappresentare un caso di ricovero in struttura altamente probabile ma evitato grazie all'intervento domiciliare, è il caso della signora G.C.

La signora, ormai settantatreenne e del tutto non-autosufficiente, sino alla data della presa in carico da parte del progetto “*Veniamo a trovarvi*” riesce a far fronte alle sue gravissime problematiche sanitarie (neoplasia, frattura, incontinenza sfinterica, demenza di Alzheimer, patologie psichiatriche e dell'apparato genito-urinario) soltanto grazie al sostegno del marito coetaneo. Progressivamente il marito non riesce più a fronteggiare in modo efficace il peggiorare della situazione, trovandosi a dover gestire da solo una situazione fortemente critica. L'inserimento della donna all'interno del progetto grazie all'incontro con la visitatrice itinerante e attraverso la costruzione di una serie di soluzioni domiciliari personalizzate, fa sì che si eviti il ricovero in casa di riposo. Particolarmente importanti, in questo caso, i servizi di alzata del mattino e igiene e la messa a letto serale della donna, interventi che, oltre a promuovere la salute e il benessere della paziente, sgravano il partner di una parte del peso legato all'assistenza dell'anziana compagna, facendo sì che egli riesca a farsi carico della restante parte dell'assistenza contribuendo al mantenimento della donna al proprio domicilio.

Il confronto con gli intervistati, in particolare con l'operatrice itinerante ma soprattutto con il direttore di Casa Don Dalmasso, oltre alle precedenti considerazioni, fa emergere alcuni ulteriori aspetti potenzialmente utili ai fini della valutazione del progetto.

In particolare, interrogati retrospettivamente rispetto ai dati relativi agli ingressi presso la struttura negli anni precedenti all'implementazione del progetto “*Veniamo a trovarvi*” (cfr. Tabella ?) gli intervistati sottolineano la presenza abbastanza costante nel tempo di un piccolo numero di utenti ricoverati presso la struttura e caratterizzati da profili socio-sanitari equiparabili a quelli dei casi appena discussi nel dettaglio.

Tendenzialmente, stando alle affermazioni degli intervistati, per quanto riguarda il biennio 2007-2008 sarebbero rispettivamente tre ed otto i casi con condizioni in larga misura equiparabili a quelle dei cinque appena discussi e che, approssimando un valore medio da interpretarsi con la dovuta cautela, restituirebbero proprio il numero critico da noi registrato, costituito dalle cinque situazioni critiche ormai ben note.

Tirando le somme del nostro ragionamento sembrerebbe allora plausibile affermare che, in **almeno due dei casi** visti, la presa in carico da parte del progetto “*Veniamo a trovarvi*” ha costituito un'effettiva alternativa al ricovero in casa di riposo. Nell'ottica della valutazione costi-benefici, tali casi si tradurrebbero in una quota di risparmio che interessa non tanto la quota relativa al servizio socio-assistenziale — il cui contributo all'integrazione della retta è funzione della

“Veniamo a trovarvi”

condizione economica del beneficiario e pertanto connesso al singolo caso e non prevedibile a priori — quanto piuttosto la quota connessa alla componente sanitaria a carico dell’ASL.

Per avere un ordine di grandezza rispetto a cui trarre alcune caute conclusioni, si tratterebbe di un risparmio nella parte sanitaria di rette residenziali RAF o RSA, quota compresa tra un minimo di circa 36 e un massimo di 42 euro/die, per un totale mensile complessivo che oscilla tra un minimo di 1080 e un massimo di 1260 euro, a seconda del livello di non autosufficienza dei soggetti. Tale quota mensile – se parametrata sull’anno – porta a stimare un risparmio complessivo, relativo a due mancati ricoveri – pari ad una cifra compresa tra 25.920 euro e 30.240 euro.

ALLEGATO. Scheda rilevazione caratteristiche utente

- PROGETTO "VENIAMO A TROVARVI" -

SCHEDA UTENTE

CODICE FISCALE:

GENERE: UOMO DONNA

ANNO DI NASCITA:

STATO CIVILE: CELIBE/NUBILE CONIUGATO/A VEDOVO/A CONVIVENTE

DATA DI PRESA IN CARICO:/...../.....

AUTONOMIA E RETI SOCIALI ALLA DATA DELLA PRESA IN CARICO

AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DOMESTICHE QUOTIDIANE – IGIENE PERSONALE, ABBIGLIAMENTO, ALIMENTAZIONE

- Totalmente indipendente
Necessita di aiuto saltuario
Necessita di aiuto costante ma parziale
Totalmente dipendente

AUTONOMIA NELLA MOBILITA' EXTRADOMESTICA – ACQUISITI NEI NEGOZI, USO DEI MEZZI DI TRASPORTO

- Totalmente indipendente
Necessita di aiuto saltuario
Necessita di aiuto costante ma parziale
Totalmente dipendente

RETI SOCIALI E DI AIUTO

- Può contare regolarmente su parenti di primo grado
Può contare regolarmente su parenti non di primo grado e/o amici
Parenti, amici o volontari sono disponibili solo in caso di bisogno
Può contare solo sull'aiuto istituzionale

CONDIZIONI DI SALUTE ALLA DATA DELLA PRESA IN CARICO

MOBILITA'

- Cammina autonomamente senza aiuto
Cammina o si sposta con aiuto saltuario di altre persone
Si sposta con aiuto costante di altre persone o con sedia a rotelle
Allettato, deve essere alzato

CONTROLLO SFINTERICO

- Presente
Incontinenza urinaria e/o fecale saltuaria
Incontinenza urinaria costante
Incontinenza urinaria e fecale costante

FUNZIONI DEL LINGUAGGIO

- Parla e comprende normalmente
Ha un linguaggio menomato, ma riesce ad esprimere il suo pensiero
Non riesce ad esprimere il suo pensiero, ma comprende
Non comprende e non si esprime

"Veniamo a trovarvi"

DEFICIT SENSORIALI (UDITO E VISTA)

- Nella norma
- Deficit correggibili con l'aiuto di apparecchi acustici/occhiali
- Grave deficit non correggibile dell'udito o della vista
- Cecità e/o sordità completa

DISTURBI COMPORTAMENTALI

- Assenti
- Disturbi dell'umore (aspetto triste, melanconico, ansioso)
- Disturbi di carattere cognitivo (non riesce a gestire i propri compiti)
- Costante atteggiamento aggressivo/violento

MEDICAZIONI DI TIPO CHIRURGICO

- Non necessarie
- Necessarie per ulcerazioni/distrofie cutanee
- Necessarie per catetere a permanenza
- Necessarie per piaghe da decubito

PRESENZA DI PATOLOGIE CONCLAMATE

- Neoplasie
- Ictus
- Altre malattie cardiovascolari
- Traumi e fratture
- Altre malattie dell'apparato locomotore
- Incontinenza sfinterica
- Cecità/sordità
- Malattie della'apparato respiratorio
- Malattie dell'apparato genito-urinario
- Malattie di carattere psichiatrico
- Malattie croniche degenerative
- Altro:.....

NECESSITA' DI PRESTAZIONI MEDICHE

- Necessità di controlli medici di routine
- Necessità di prestazioni mediche specialistiche ambulatoriali puntuali
- Necessità di terapie mediche specialistiche ambulatoriali di carattere prolungato
- Necessità di prestazioni e terapie mediche specialistiche anche in regime di ricovero ospedaliero

SERVIZI FRUITI ALLA DATA DELLA PRESA IN CARICO AL 30 GIUGNO 2010

TIPO DI SERVIZIO E NUMERO DEGLI INTERVENTI EFFETTUATI

- Alzata del mattino e igiene	<input type="checkbox"/>	N°interventi
- Messa a letto	<input type="checkbox"/>	N°interventi
- Accoglienza alla mensa	<input type="checkbox"/>	N°interventi
- Consegna pasti feriali	<input type="checkbox"/>	N°interventi
- Consegna pasti festivi	<input type="checkbox"/>	N°interventi
- Cura e igiene dell'ambiente	<input type="checkbox"/>	N°interventi
- Bagno a domicilio	<input type="checkbox"/>	N°interventi
- Bagno assistito in struttura	<input type="checkbox"/>	N°interventi
- Relazione e socializzazione	<input type="checkbox"/>	N°interventi
- Segretariato sociale	<input type="checkbox"/>	N°interventi
- Accompagnamento alle visite mediche	<input type="checkbox"/>	N°interventi
- Consegna della spesa	<input type="checkbox"/>	N°interventi
- Consegna dei farmaci	<input type="checkbox"/>	N°interventi
- Servizio di lavanderia e cucito	<input type="checkbox"/>	N°interventi
- Servizio di manicure e pedicure	<input type="checkbox"/>	N°interventi
- Trasporto per giornata di sollievo	<input type="checkbox"/>	N°interventi
- Partecipazione all'animazione e alle attività	<input type="checkbox"/>	N°interventi
- Partecipazione alle uscite sul territorio	<input type="checkbox"/>	N°interventi
- Altro (specificare).....	<input type="checkbox"/>	N°interventi

MONTE ORE COMPLESSIVO DI SERVIZI FRUITI:

VARIAZIONI NELLE CONDIZIONI DI SALUTE DALLA DATA DELLA PRESA IN CARICO AL 30 GIUGNO 2010

	STABILE	PEGGIO	MEGLIO
MOBILITA'			
CONTROLLO SFINETRICO			
FUNZIONI DEL LINGUAGGIO			
DEFICIT SENSORIALI (UDITO E VISTA)			
DISTURBI COMPORTAMENTALI			
NECESSITA' DI MEDICAZIONI DI TIPO CHIRURGICO			
PRESENZA DI PATOLOGIE COMCLAMATE			
NECESSITA' DI PRESTAZIONI MEDICHE			

DETTAGLIARE I MOTIVI DEI MIGLIORAMENTI/PEGGIORAMENTI NELLE CONDIZIONI DI SALUTE EVIDENZIANDO GLI EVENTUALI RECOVERI OSPEDALIERI E SEGNALANDO L'EVENTUALE DECESSO:

“Veniamo a trovarvi”

CONCLUSIONI

Andrea Silvestri, Fondazione CRC

1. Le Fondazioni di origine bancaria (F.O.B.) e il nuovo Welfare

In una fase di contrazione delle risorse pubbliche statali, regionali e locali per i servizi di welfare, le Fondazioni di Origine Bancaria (F.O.B.) italiane sono sempre più sollecitate a compensare questa riduzione attraverso i propri interventi erogativi. In realtà, un esame anche rapido delle cifre in gioco mostra che, per quanto ingenti siano le risorse erogative delle F.O.B. in valore assoluto, queste non sarebbero assolutamente sufficienti a sostenere l'erogazione di servizi ai cittadini in modo generalizzato.

A titolo di esempio si consideri che la Fondazione CRC, ottava in Italia per patrimonio, ha erogato nel 2011 circa 23 milioni di euro su 7 settori di intervento, di cui 4,2 milioni ai settori della salute e del sociale, al netto degli impegni pluriennali. Allo stesso tempo in Piemonte la spesa 2011 per i servizi sociali, limitatamente alle cifre a disposizione degli enti gestori, e dunque senza considerare gli ulteriori interventi realizzati direttamente dai Comuni, è di oltre 500 milioni di euro; La spesa sanitaria nella nostra Regione supera gli 8 miliardi di euro.

Se dunque le F.O.B. non sono in grado di sostituirsi al pubblico per reintegrare il sostegno a servizi ridotti, occorre interrogarsi su quale intervento possano compiere a sostegno di quel “secondo welfare” che molti auspicano possa svilupparsi, soprattutto ad opera della società civile e del privato sociale, in affiancamento al welfare pubblico in affanno

Possibili azioni delle F.O.B. nel nuovo welfare

Le F.O.B. potrebbero innanzitutto aumentare la propria selettività, scegliendo solo alcuni segmenti di welfare su cui intervenire in modo mirato, in base a criteri elaborati da ciascun organo direttivo in funzione delle specifiche caratteristiche della comunità in cui operano, adottando ad esempio criteri quali la gravità del disagio o l'urgenza dell'intervento.

E' facile comprendere che questo approccio ridurrebbe il valore aggiunto dell'intervento erogativo, trattandosi di sostegni non risolutivi, rivolti ad una percentuale ridotta dei target bisognosi di supporto, con scelte difficili da compiere ed un rischio sempre presente di frammentazione degli interventi.

Vi sono invece due ruoli che le F.O.B. già oggi svolgono, e potrebbero rilanciare con maggiore impegno, attraverso i quali il valore aggiunto fornito alla comunità di riferimento è più elevato perché pone le basi per l'autosostenibilità delle iniziative:

- l'accompagnamento ed il rafforzamento delle realtà del Terzo Settore che operano sul territorio (associazioni, cooperative sociali, ...) ed il coinvolgimento dei cittadini nella realizzazione di nuovi servizi di welfare;
- l' "Innovazione sociale", per ideare e sperimentare soluzioni di welfare migliori con le risorse disponibili.

Le fasi dell'innovazione sociale

L'innovazione sociale è un'azione a cui ben si prestano le F.O.B. a causa delle loro caratteristiche peculiari che le differenziano in particolare dagli enti pubblici: la flessibilità, l'assenza del vincolo di universalità dei servizi, la possibilità di sperimentare, e dunque di rischiare un fallimento, grazie ad un'ottica di medio-lungo periodo.

Le fasi dell'innovazione sociale sono le seguenti:

- l'identificazione di un bisogno oggi non adeguatamente soddisfatto;
- l'ideazione e la progettazione di un servizio innovativo rispetto all'esistente, che consenta di erogare un servizio migliore allo stesso costo, o di erogare lo stesso livello di servizio ad un costo minore;
- la sperimentazione in scala contenuta;
- la valutazione degli effetti;
- la valutazione della sostenibilità;

“Veniamo a trovarvi”

- la proposta, qualora i risultati siano positivi, di adozione del modello su larga scala, da parte degli enti preposti.

Gli enti locali, le ASL, i Consorzi socio assistenziali, gli Enti gestori dei servizi oggi si trovano impegnati a gestire servizi attesi dai cittadini con risorse ridotte. Supportarli nell'individuazione di modi innovativi di erogazione di servizi e di coinvolgimento della comunità locale ci pare un sostegno di forte valenza perché guarda in prospettiva alla realtà dei prossimi anni.

2. I risultati e gli effetti del progetto

L'esperienza realizzata a Bernezzo con il progetto *Veniamo a Trovarvi*, ha assunto le seguenti caratteristiche:

- la presa in carico di tutta la popolazione con più di 70 anni residente nel Comune;
- la presenza della figura della visitatrice itinerante, che ha visitato periodicamente tutti gli anziani di Bernezzo, con frequenze differenti, ma garantendo la “copertura” di tutta la popolazione anziana;
- la centralità della Casa di Riposo di Bernezzo, che ha garantito la fornitura diretta di alcuni servizi (la preparazione dei pasti, ad esempio) ma soprattutto ha consentito la necessaria flessibilità delle soluzioni assistenziali, in una varia gamma di soluzioni intermedie tra “tutto-domicilio” e “tutto-casa di riposo”;
- la presenza di una cooperativa sociale, che ha erogato una vasta gamma di servizi;
- la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi stessi, a partire dal secondo anno della sperimentazione;
- una buona integrazione tra il Progetto ed il Consorzio socio-assistenziale, con riunioni mensili dell'equipe di Progetto con gli operatori del Consorzio operanti sul territorio di Bernezzo per una valutazione congiunta dei casi e le relative scelte sulle modalità assistenziali più opportune nei diversi casi.

In termini generali, il Progetto ha determinato un forte ampliamento della platea dei soggetti assistiti e la possibilità per un buon numero di essi di rimanere a casa propria, con tutte le conseguenze psico fisiche positive che questa condizione comporta, determinando un sistema di welfare locale profondamente differente dal precedente.

Basti segnalare come si passi da 9 casi in carico al Consorzio nel 2008, precedentemente all'avvio del progetto, ai 44 casi in carico al Progetto.

In relazione a questo significativo ampliamento della platea degli assistiti, ed alle caratteristiche dei beneficiari, illustrate ai paragrafi precedenti, è possibile sostenere che il Progetto abbia assolto a **diverse funzioni**:

- una prima funzione di sostituzione rispetto al Consorzio socio-assistenziale, con la presa in carico di anziani precedentemente assistiti a domicilio dal Consorzio;
- una seconda funzione di alternativa alla Casa di Riposo per un numero piccolo ma significativo di anziani, in linea con l'obiettivo strategico della Fondazione di sostenere la domiciliarità per gli anziani – ed è peraltro da questa funzione che derivano i più significativi risparmi netti sul piano della spesa di ASL e Consorzio;
- una terza funzione di erogazione di servizi ad una platea di anziani autosufficienti ma con diverse gradazioni di fragilità – intendendo per fragilità la condizione di rischio di passaggio alla non-autosufficienza - che diversamente non avrebbero goduto di alcuna forma di assistenza;
- una quarta funzione, infine, di supplenza rispetto a servizi di competenza di altre articolazioni del sistema sanitario ed assistenziale – ci riferiamo ad esempio ai soggetti con problemi di natura psichiatrica, assistiti dal Progetto pur non avendo sempre le caratteristiche di età dei rimanenti beneficiari.

“Veniamo a trovarvi”

Si può segnalare come, ad ognuna di queste differenti funzioni, corrispondano **categorie differenti di benefici**:

- per la prima funzione, cui corrisponde una definita categoria di utenti, il beneficio principale è probabilmente nei termini di maggiore flessibilità del servizio rispetto a quello offerta dal Consorzio, per esempio in termini di continuità del servizio nelle giornate festive e prefestive, garantita con più difficoltà dal servizio pubblico;
- per la seconda categoria, si tratta dei benefici derivanti dalla assistenza presso il proprio domicilio come alternativa al ricovero in Casa di Riposo;
- per la terza e quarta tipologia di utenti, semplicemente, i benefici derivano dall'usufruire di servizi dai quali diversamente rimarrebbero esclusi.

Le funzioni svolte dal progetto ed i risultati ottenuti appaiono importanti e rendono interessante la prospettiva di diffusione del modello di intervento. Per procedere in tal senso occorre riflettere sulla sostenibilità economica dello stesso.

3. La sostenibilità del progetto

Sotto il profilo strettamente economico – al di là dei risultati di alto gradimento dell'iniziativa espressi attraverso un questionario da assistiti e loro famigliari, il Progetto *Veniamo a Trovarvi* ha prodotto, una serie di conseguenze:

- ha generato dei costi per l'erogazione di servizi funzionali alla domiciliarità, incluse le spese farmaceutiche, le prestazioni sanitarie specialistiche e l'attività del visitatore itinerante, sostenuti, il primo anno, interamente dalla Fondazione, il secondo anno per metà dalla Fondazione e per metà dalle famiglie, e dal terzo anno interamente a carico delle famiglie;
- non ha portato ad una riduzione della spesa sanitaria (ad esclusione della spesa per i ricoveri in struttura residenziale di cui diremo dopo), nelle diverse categorie di spesa ricostruite: spesa farmaceutica, spesa ospedaliera, prestazioni specialistiche, pronto soccorso; seppur non sia possibile affermare con evidenza statistica quale sia stato l'impatto del progetto sull'andamento della spesa sanitaria, risulta però **non confermata l'ipotesi di una riduzione della spesa sanitaria**, complessiva e nelle singole voci. Vi sono anzi elementi che sembrerebbero suggerire un innalzarsi della spesa sanitaria;
- ha ridotto la spesa sociale in ragione di un effetto sostituzione – sia i dati di spesa del Consorzio socio-assistenziale su Bernezzo, sia i dati SAO-ADI, testimoniano di una riduzione della spesa per l'assistenza domiciliare; si tratta tuttavia di una riduzione determinata dalla presa in carico da parte del progetto *Veniamo a Trovarvi* di alcuni beneficiari precedentemente in carico all'attore pubblico; non si tratta pertanto di risparmi netti, ma piuttosto di una differente modalità di presa in carico, che ha consentito, peraltro, il conseguente spostamento di una quota parte del tempo-lavoro delle risorse precedentemente dedicate dal Consorzio a Bernezzo, sui Comuni limitrofi; possiamo stimare un risparmio nell'ordine di almeno 6.000 Euro;
- ha indotto risparmi netti nella spesa assistenziale e sanitaria configurandosi, in diversi casi, come **alternativa effettiva al ricovero in Casa di Riposo**. Come abbiamo mostrato nelle pagine precedenti, per almeno 2 casi si può ragionevolmente sostenere che la presa in carico da parte del progetto ha costituito una effettiva alternativa al ricovero in casa di Riposo, con i costi che questo determina, non tanto a carico del servizio socio-assistenziale – il cui contributo alla integrazione della retta è funzione della condizione economica del beneficiario e pertanto connesso al singolo caso e non prevedibile a priori - quanto nella quota connessa alla componente sanitaria a carico della ASL; possiamo stimare in questo caso un risparmio di almeno 25.900-30.000 euro.

“Veniamo a trovarvi”

Ora, una delle difficoltà da superare per la diffusione del modello di intervento sta nel fatto che i costi del progetto sono “visibili”, perché aggiuntivi rispetto alla situazione precedente, mentre i risparmi generati dallo stesso sono “invisibili” in quanto, seppure molto verosimili e concretamente analizzati, si configurano come mancati costi potenziali (mancati ricoveri in casa di riposo, mancati ricoveri in ospedale) e risultati di un’azione sostanzialmente preventiva (prevenzione dell’ingravescenza delle patologie), e dunque misurabili in un arco di tempo più lungo rispetto alla sperimentazione realizzata.

Questa considerazione guida il ragionamento svolto nel successivo paragrafo riguardo alla possibile ripartizione dei costi del progetto.

Possibile ripartizione dei costi

L’esperienza della sperimentazione dimostra che i costi dei servizi erogati possono essere addebitati alle persone e alle famiglie beneficiarie degli stessi, come realizzato nel progetto *Veniamo a Trovarvi* in modo graduale tra il primo ed il terzo anno, senza osservare una riduzione nel numero degli anziani aderenti al servizio. Le famiglie coinvolte si trovano a sostenere spese di gran lunga inferiori alle rette medie di una casa di riposo, con il proprio congiunto anziano sostenuto da servizi, in molti casi quotidiani, che gli consentono di vivere con dignità e benessere nel proprio ambiente domestico.

Un discorso diverso è necessario rispetto ai costi legati all’attività del visitatore itinerante. Questi non dovrebbero essere addebitati alle persone che beneficiano del servizio perché:

- si escluderebbero proprio le persone in maggiore situazione di disagio, principali target dell’attività preventiva;
- essendo un’attività preventiva (oltre che di animazione sociale) e senza servizi concreti erogati è difficile far accettare a beneficiari e famiglie i costi legati alla stessa.

Innanzitutto occorre lavorare per minimizzare tali costi ottimizzando il **carico di lavoro del visitatore itinerante**, assegnandogli un compito a cavallo tra più Comuni, destinandolo part time all’azione preventiva, con il tempo restante dedicato all’erogazione concreta di servizi sul territorio o in struttura, ma soprattutto limitando il numero degli utenti da visitare periodicamente, dopo uno screening iniziale che individui soggetti più fragili in collaborazione in particolare con i medici di famiglia del territorio.

Tuttavia, seppur minimizzati, resta il problema di come sostenere i costi del visitatore itinerante.

I risparmi “invisibili” per il sistema sanitario, nella stima effettuata, ammontano nel caso di Bernezzo ad una cifra tra i 26.000 e i 30.000 euro /anno. Questa cifra sarebbe (quasi) sufficiente a retribuire un visitatore itinerante⁴⁴ dedicato a tempo pieno al progetto.

Una **compartecipazione, almeno parziale delle aziende sanitarie** è dunque una prima leva utilizzabile.

Poiché, tuttavia, che in questa fase non è facile ottenere un simile impegno da enti che stanno fronteggiando esigenze di efficienza della spesa, occorre considerare anche altre opportunità:

- **parte dell’attività di visita domiciliare svolta da volontari**, formati e coordinati da un operatore professionista (OSS o Assistente Sociale). Questa scelta opzione presenta il pro del costo nullo, del maggior numero di persone raggiungibili, della maggiore frequenza delle visite e della più intensa attività relazionale; per contro porta con sé il rischio di diffidenza e timore di perdere la privacy interagendo con non professionisti, la difficoltà a garantire una reperibilità continua, la mancanza di “occhio clinico” nell’identificazione dei bisogni;

⁴⁴Il visitatore itinerante può essere indifferentemente dipendente della casa di riposo, dell’ente gestore dei servizi, dell’ASL, a seconda dell’opportunità territoriale.

“Veniamo a trovarvi”

- **ricavare dal pagamento dei servizi erogati un margine** che copra (almeno parzialmente) la retribuzione del visitatore itinerante;
- **raccogliere fondi** da parte dei diversi soggetti coinvolti (enti gestori, Comuni, parrocchie, donazioni di privati ...).

4. Le condizioni per l'estensione del progetto ad altri ambiti territoriali

In conclusione, queste appaiono le condizioni per l'estensione del progetto ad altri territori.

Innanzitutto la presenza di una **casa di riposo attiva**, dotata di spazi e strutture (centro diurno, bagno assistito, cucina con potenziale di più pasti etc.), disponibile ad aprirsi al territorio.

La motivazione della dirigenza dell'istituto è fondamentale: il progetto può costituire una fonte di ricavi, e in misura contenuta anche di reddito, aggiuntiva per la casa di riposo: ma occorre una sensibilità verso la domiciliarità degli anziani, lungimiranza e disponibilità ad impegnarsi fortemente nell'interazione quotidiana con gli altri soggetti del territorio che interagiscono con la comunità degli anziani.

In secondo luogo occorre la creazione di un **comitato di progetto**, con ASL (in particolare Distretto e Medici di famiglia), ente gestore dei servizi, Comune, casa di riposo, volontariato locale, realtà ecclesiastiche. Poiché è fondamentale l'integrazione di questi servizi con quelli già esistenti sul territorio, il soggetto capofila naturale del Comitato è l'ente gestore dei servizi; tuttavia, a seconda del territorio, chiunque dei soggetti indicati può essere il promotore dell'iniziativa.

La replica dell'iniziativa appare dunque alla portata di tutti i territori della nostra provincia e non solo. La sua concretizzazione rappresenterebbe una vera, innovativa **esperienza di welfare di comunità, non solo utile ai cittadini beneficiari del servizio, ma fondamentale per il rilancio di quel coinvolgimento attivo della società civile nell'erogazione e nel sostegno del welfare di cui ci sarà sempre più bisogno nei prossimi anni.**

Indice delle figure

Figura 1 - La distribuzione dei residenti nelle due ASL della provincia di Cuneo – 2009	16
Figura 2 – Percentuale di anziani – Piemonte e provincia di Cuneo – 1991 – 2025	22
Figura 3 - Percentuale di anziani disabili sul totale degli anziani in Italia – vari anni.....	23
Figura 4 - Posti letto ospedalieri e posti letto in strutture residenziali socio sanitarie per anziani negli ultimi 20 anni – provincia di Cuneo	27
Figura 5 - L'evoluzione dell'Assistenza domiciliare per anziani non autosufficienti (numero di casi per 100 anziani) in provincia di Cuneo e in Piemonte dal 1999 al 2009.....	38
Figura 6 - L'evoluzione dell'Assistenza Residenziale per Anziani non autosufficienti (numero di casi per 100 anziani) in provincia di Cuneo e in Piemonte dal 1999 al 2009	38
Figura 7 – Cure domiciliari, assistenza residenziale e assistenza semiresidenziale per gli anziani non autosufficienti in provincia di Cuneo – 2009 – valori percentuali.....	39
Figura 8 – Tipologie di cure domiciliari – Numero di casi ogni 100 anziani – 2009	40
Figura 9 – Tipologie di cure domiciliari – Spesa per 100 anziani – migliaia di euro - 2009	41
Figura 10– Percentuale di casi che hanno usufruito di interventi economici a sostegno della domiciliarità per tipologia di assistenza – provincia di Cuneo e Piemonte - 2009	47
Figura 11 – Percentuale di interventi economici a sostegno della domiciliarità –differenti tipologie – provincia di Cuneo e Piemonte - 2009	48
Figura 12 - Posti letto autorizzati e posti letto convenzionati nelle ASL del Piemonte.....	52
Figura 13 – Diffusione e incremento delle cure domiciliari per anziani non autosufficienti	59
Figura 14 – Diffusione e incremento dell'assistenza residenziale per anziani non autosufficienti ..	60

Indice delle tabelle

Tabella 1 - Le due ASL della provincia di Cuneo – Caratteristiche del territorio	17
Tabella 2 - I distretti dell’ASL CN1 – Caratteristiche del territorio	18
Tabella 3 - I distretti dell’ASL CN1 – Caratteristiche del territorio	19
Tabella 4 - I distretti dell’ASL CN2 – Caratteristiche del territorio	19
Tabella 5 – Residenti in provincia di Cuneo e in Piemonte – Valori assoluti – 2009	20
Tabella 6 – Residenti e indici demografici in provincia di Cuneo e in Piemonte – 2009.....	21
Tabella 7 – Profili di salute in provincia di Cuneo (mortalità 2006, speranza di vita e comportamenti a rischio 2009)	24
Tabella 8 – Dati di contesto del servizio sanitario in provincia di Cuneo – 2009	26
Tabella 9 – Quadro d’insieme delle prestazioni per anziani – 2009	36
Tabella 10 - L’evoluzione dell’assistenza domiciliare e residenziale in provincia di Cuneo e in Piemonte dal 1999 al 2009	37
Tabella 11 – Casi e giornate di cure domiciliari – 2007 e 2009	40
Tabella 12 – Casi e giornate di assistenza domiciliare integrata – 2007 e 2009.....	42
Tabella 13 – Casi e giornate di assistenza domiciliare integrata cure palliative -2007 e 2009	42
Tabella 14 – Casi e giornate di SID – 2007 e 2009	43
Tabella 15 – Casi e giornate di ADP – 2007 e 2009.....	43
Tabella 16 – Casi e giornate di Lungoassistenza (LA) – 2007 e 2009.....	44
Tabella 17 – Le diverse tipologie di cure domiciliari nei distretti delle ASL cuneesi – valori assoluti	45
Tabella 18 – Le diverse tipologie di Cure Domiciliari nei distretti delle ASL cuneesi – Valori percentuali sul totale delle cure domiciliari	45
Tabella 19 – Interventi economici a sostegno della domiciliarità – 2009.....	45
Tabella 20 - Numero di anziani non autosufficienti che hanno usufruito di interventi economici a sostegno della domiciliarità per le diverse tipologie di intensità - 2009.....	47
Tabella 21 – Interventi domiciliari erogati dagli EEGG – 2009.....	49
Tabella 22 – Posti letto in RSA– 2007 e 2009.....	50
Tabella 23 – Posti letto in RAF – 2007 e 2009	50
Tabella 24 – Posti letto in Nuclei per Alzheimer Temporanei – 2007 e 2009	51
Tabella 25 – Le prestazioni erogate nel percorso di cura per anziani non autosufficienti –2009 – casi seguiti.....	53
Tabella 26 – Le prestazioni erogate nel percorso di cura per anziani non autosufficienti –2009 – Le giornate erogate.....	54
Tabella 27 – Le prestazioni erogate nel percorso di cura per anziani non autosufficienti –2009 – spesa	55
Tabella 28 – Il percorso di cura per anziani non autosufficienti – Gli utenti – 2009.....	56
Tabella 29 - La spesa destinata agli anziani non autosufficienti in provincia di Cuneo – 2009	57
Tabella 30 - La spesa per cure domiciliari sul totale della spesa sostenuta per anziani non autosufficienti – 2009	58
Tabella 31 - Cure domiciliari ASL CN1, CN2 e Piemonte – 2008 – Percentuale spesa per i diversi fattori produttivi	58
Tabella 32 – Costi per caso e per giornata — 2009.....	61
Tabella 33 - Rapporto di sostituzione tra ricoveri non appropriati e giornate di assistenza domiciliare – 2009.....	62
Tabella 34 - Servizi usufruiti e interventi effettuati all’interno del progetto “ <i>Veniamo a trovarvi</i> ”	70
Tabella 35 - Comune di Bernezzo: popolazione anziana e incidenza dei “grandi” anziani.....	74
Tabella 36 - Popolazione anziana residente nei Comuni considerati nell’indagine	75
Tabella 37 - Spesa totale (in Euro) per le prestazioni farmaceutiche (residenti \geq 70 anni)	76
Tabella 38 - Spesa (in Euro) delle prestazioni farmaceutiche pro-capite (residenti \geq 70 anni).....	76
Tabella 39 - Numero delle prestazioni farmaceutiche pro-capite (residenti \geq 70 anni).....	77
Tabella 40 - Costo medio in Euro delle prestazioni farmaceutiche (residenti \geq 70 anni).....	77
Tabella 41 - Stima degli effetti sulla spesa farmaceutica con la regressione multipla	78

Tabella 42 - Stima degli effetti sulla spesa farmaceutica con il metodo della differenza nelle differenze	78
Tabella 43 - Spesa totale (in Euro) per le prestazioni specialistiche (residenti >= 70 anni).....	79
Tabella 44 - Spesa (in Euro) per le prestazioni specialistiche pro capite (residenti >= 70 anni).....	80
Tabella 45 - Numero delle prestazioni specialistiche pro capite (residenti >= 70 anni)	80
Tabella 46 - Costo medio (in Euro) per prestazione specialistica residenti >= 70 anni	81
Tabella 47 - Stima degli effetti sulla spesa per prestazione specialistiche con la regressione multipla	81
Tabella 48 - Stima degli effetti sulla spesa per prestazione specialistiche con il metodo della differenza nelle differenze	82
Tabella 49 - Spesa totale (in Euro) per le prestazioni in regime di Pronto soccorso (residenti >= 70 anni).....	83
Tabella 50 - Spesa (in Euro) per gli interventi in Pronto Soccorso pro capite (residenti >= 70 anni)	83
Tabella 51 - Numero di passaggi in Pronto Soccorso pro capite (residenti >= 70 anni).....	84
Tabella 52 - Costo medio (in Euro) per passaggio in Pronto Soccorso residenti >= 70 anni.....	84
Tabella 53 - Stima degli effetti sulla spesa per gli interventi in Pronto soccorso con la regressione multipla	85
Tabella 54 - Stima degli effetti sulla spesa per gli interventi in Pronto soccorso con il metodo della differenza nelle differenze	85
Tabella 55 - Spesa totale (in Euro) per i ricoveri ospedalieri (residenti >= 70 anni)	87
Tabella 56 - Spesa (in Euro) per i ricoveri ospedalieri pro-capite (residenti >=70 anni)	87
Tabella 57 - Tasso ospedalizzazione ogni 100 residenti >= 70 anni.....	88
Tabella 58 - Giorni di degenza media (ricoveri residenti >= 70 anni)	88
Tabella 59 - Costo medio (in Euro) per ricovero (ricoveri residenti >= 70 anni)	89
Tabella 60 - Stima degli effetti sulla spesa per i ricoveri ospedalieri con la regressione multipla ...	89
Tabella 61 - Stima degli effetti sulla spesa per i ricoveri ospedalieri con il metodo della differenza nelle differenze	90
Tabella 62 - Numero totale di schede aperte (residenti >= 70 anni)	91
Tabella 63 - Numero totale di accessi (residenti >= 70 anni).....	92
Tabella 64 - Numero totale di prestazioni (residenti >= 70 anni).....	92
Tabella 65 - Ore totali di assistenza (residenti >= 70 anni).....	93
Tabella 66 - Spesa sociosanitaria totale (in Euro) per l'assistenza di carattere domiciliare	93
Tabella 67 - Stima della spesa sanitaria pro capite (in Euro) per l'assistenza di carattere domiciliare (residenti >= 70 anni)	94
Tabella 68 - Stima degli effetti sulla spesa sanitaria per l'assistenza di carattere domiciliare con la regressione multipla.....	94
Tabella 69 - Stima degli effetti sulla spesa sanitaria per l'assistenza di carattere domiciliare con il metodo della differenza nelle differenze	95
Tabella 70 - Ore e stima di costo dell'assistenza domiciliare erogata dal Consorzio socio assistenziale a Bernezzo	96
Tabella 71 - Il numero di assistiti con interventi domiciliari dal Consorzio socio assistenziale a Bernezzo	96
Tabella 72 - Sintesi dei risultati	96
Tabella 73 - Stato civile degli utenti.....	98
Tabella 74 - Prestazioni sanitarie e assistenziali utilizzate	98
Tabella 75 - Utenti per condizioni socio-sanitarie	100
Tabella 76 - Variazioni nelle condizioni sanitarie rilevabili al 30 giugno 2010	102