

ISSN 0017-0305



Organo ufficiale  
della Società Italiana  
di Gerontologia e Geriatria



# GIORNALE DI GERONTOLOGIA

Il *long-term care* nell'Italia che invecchia

Danneggiamento delle funzioni  
strumentali extra-mnesiche

Sorveglianza nutrizionale e prevenzione  
della malnutrizione

Scompenso cardiaco nel paziente anziano

Studio pilota sullo *step training system*

Terapia ripercussiva dello STEMI

Trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica

Esiste l'ictus criptogenetico?

Ottobre 2012

Volume LX

Numero 5

GIORNALE DI GERONTOLOGIA, LX/5, 251-319, 2012

*Indexed in Embase, Excerpta Medica Database  
and Scopus Elsevier Database*

Periodico bimestrale - POSTE ITALIANE SPA - Spedizione in Abbonamento Postale  
D.L. 353/2003 conv.in L.27/02/2004 n°46 art.1, comma 1, DCB PISA - Taxe perçue - Tassa riscossa - Pisa (Italy)  
Aut. Trib. di Firenze n. 705 del 29 gennaio 1953



## Il *long-term care* nell'Italia che invecchia

### Long-term care in Italy

L.J.DOMINGUEZ, M. BARBAGALLO

U.O.C. di Geriatria e Lungodegenza, Dipartimento di Medicina Interna e Specialistica (DIMIS),  
Università di Palermo

**Parole chiave:** *Long-term care* • Malattie croniche • Invecchiamento • Assistenza domiciliare • Residenze sanitarie assistenziali

**Key words:** *Long-term care* • Chronic disease • Aging • Home care • Residential care • Nursing home

L'invecchiamento della popolazione rappresenta una onerosa sfida nei paesi industrializzati, in particolare nei settori relativi alle cure a lungo termine (*long-term care*, LTC) di un numero sempre maggiore di persone anziane. Ciò è aggravato dal calo della disponibilità dei caregiver di fronte ad un aumento della domanda a causa di una serie di fattori, tra cui un aumento del tasso di occupazione delle donne, una tendenza crescente alle famiglie isolate, e ad un aumento dell'aspettativa di vita degli anziani disabili. La recente crisi economica aumenta ancora la preoccupazione per i costi di LTC.

### Le tendenze demografiche e l'aumento della domanda di LTC in Italia

Come nella maggior parte dei paesi europei, la piramide demografica italiana dal 1950 alla situazione prospettata per il 2030 tende a un'inversione con un numero crescente di persone oltre i 65 anni accompagnato da una sostanziale diminuzione dei componenti più giovani della popolazione<sup>1,2</sup>. Secondo dati dell'ISTAT, attualmente l'aspettativa di vita alla nascita in Italia è di 84,5 anni per le donne e 79,4 anni per gli uomini, con una tendenza a un divario di genere in diminuzione<sup>2</sup>. L'Italia è tra i più vecchi paesi al mondo. I dati del 2010 mostrano che, insieme con il Giappone e la Germania, oltre il 20% della popolazione italiana ha più di 65 anni<sup>3</sup>. È previsto che la popolazione ultrasessantacinquenne in tutte le nazioni europee aumenterà drasticamente entro il 2050 e l'Italia, è uno dei paesi con il maggiore aumento prospettato (fino al 35% della popolazione)<sup>4</sup>.

Una delle preoccupazioni principali della popolazione anziana è il crescente tasso di disabilità. Una conseguenza importante della longevità è l'aumento di frequenza delle malattie croniche, spesso presenti contemporaneamente

nella stessa persona, tale da mettere a rischio la capacità di svolgere autonomamente le normali attività della vita quotidiana (ADL). Questo porta ad una quota maggiore della popolazione anziana che richiede assistenza, con vari gradi di gravità. Anche se la percentuale di persone con disabilità aggiustata per età è diminuita in Italia negli ultimi decenni, il numero assoluto di anziani disabili è costantemente in aumento<sup>2</sup>. Coloro confinati a casa in numeri assoluti sono aumentati di oltre il 35% dal 1994 al 2005<sup>5</sup>. Attualmente in Italia, circa 1 su 5 ultrasessantacinquenni ha almeno una disabilità per le ADL. Inoltre, il grado di disabilità è cambiato notevolmente: i casi più gravi (più frequenti tra i grandi anziani) sono aumentati notevolmente negli ultimi dieci anni. Oggi stiamo assistendo a una crescita esponenziale di una nuova categoria di persone, con un carico sociale complesso e oneri di assistenza che pongono seri problemi sia agli operatori sanitari che all'intero sistema di welfare. Di conseguenza, le tendenze demografiche minacciano la sostenibilità del sistema di welfare italiano esistente, in particolare nei servizi di cure croniche, per i quali la domanda è in gran parte aumentata e si prevede che continuerà ad aumentare nei prossimi decenni.

Il modello per l'erogazione dei servizi geriatrici in Italia, si è basato inizialmente sui Servizi Geriatrici Britannici proposti dal 1947<sup>6</sup>. Le interconnessioni tra i diversi servizi della cosiddetta rete integrata propongono una unità di valutazione geriatrica a contatto con il medico di medicina generale e con altri settings geriatrici, per decidere qual è il luogo o il servizio più appropriato per gli anziani in difficoltà. L'integrazione socio-sanitaria comporta la necessità della valutazione di supporto sociale, che in Italia è fornito principalmente dalle autorità comunali, dalle organizzazioni non governative (ONG) e dalle associazioni di volontariato. La realtà non è così ideale come nella programmazione sulla carta, con la rete che spesso è frammentata e le agenzie che spesso sono carenti di fondi. Tuttavia, in alcune zone italiane, una rete funzionale ed un'adeguata integrazione dei servizi sono state raggiunte, ma questo modello ideale è limitato ad alcuni luoghi, perché, come sarà discusso in seguito, la disponibilità dei servizi geriatrici è molto variabile nelle diverse regioni italiane.

Ai fini di far fronte alla domanda di assistenza cronica, il sistema italiano di LTC pubblico si basa su due tipi di servizi: uno, e più rilevante, comprende i programmi di rimborsabilità (il

cosiddetto "cash-for-care", come indennità per disabilità e accompagnamento), il secondo comprende i servizi residenziali e l'assistenza domiciliare (con programmi sociali e sanitari, spesso non ben integrati), erogati dagli enti sanitari e sociali locali. Oltre ai servizi pubblici, le cure croniche sono ampiamente sostenute con i servizi informali forniti dalla famiglia; oppure dai vicini e dalle organizzazioni di volontariato nel caso degli anziani che vivono da soli, o fornito dai lavoratori immigrati pagati dalla famiglia. Il principale dilemma è se la erogazione di assistenza corrisponde alla domanda della stessa; questa corrispondenza è molto variabile da regione a regione.

### Assistenza formale in Italia

La spesa pubblica per il LTC nei paesi europei è in genere bassa come percentuale del PIL, i.e. inferiore al 4% anche nei paesi con la più alta disponibilità di servizi<sup>7</sup>, soprattutto se confrontata con le altre spese come quella delle pensioni e dell'assistenza acuta. La spesa pubblica per LTC in Italia ammontava nel 2007 all'1,13% del PIL<sup>8</sup>. Considerando i servizi residenziali e domiciliari, l'Italia si trova tra i paesi europei con una più bassa disponibilità di servizi. Nei paesi europei con maggiore disponibilità, si enfatizza l'uso dell'assistenza domiciliare, mentre l'assistenza istituzionale è limitata a una minoranza di utenti. La percentuale di persone sopra i 65 anni che sono utenti dell'assistenza residenziale in Italia è di circa il 2% e gli utenti dell'assistenza domiciliare, anche nelle regioni più efficienti non raggiunge il 4% della popolazione anziana<sup>9</sup>. Negli ultimi decenni vi è stato un maggiore impegno verso la cura degli anziani disabili con oneri di assistenza complessi in strutture residenziali sociali e sanitarie. Si è avuta una progressiva riduzione del numero di posti letto pubblici per ricoveri acuti (circa il -33% dal 1997 al 2007), solo in parte compensato da un aumento inferiore dei letti di lunga assistenza per le cure croniche (aumento massimo 1999-2005 del +11,9%)<sup>10</sup>.

In Italia, la disponibilità di servizi residenziali per LTC è molto variabile tra le diverse regioni, dividendo il paese in diverse sezioni, con alcune regioni del nord che hanno una disponibilità di servizi di LTC fino a 6 volte superiore rispetto alle regioni meridionali e centrali del paese. Una

situazione simile avviene nel settore dei servizi domiciliari <sup>11</sup>.

Esaminando il rapporto tra il tasso standardizzato di ospedalizzazione per acuti e i posti letto disponibili per gli anziani nelle strutture di LTC, le differenze tra le regioni sono molto evidenti, con alcune regioni, dove l'uso degli ospedali è più basso e adeguato in parallelo ad un aumento degli investimenti nelle strutture per anziani nel territorio (soprattutto al nord), e altre regioni, (soprattutto al centro e sud), con pochi schemi efficienti di LTC, dove l'erogazione dei servizi si concentra negli ospedali per acuti, con una elevata possibilità di ricoveri inappropriati <sup>11</sup>.

Per quanto riguarda i componenti della spesa di LTC, rispetto ad altri paesi europei, l'Italia è fortemente sbilanciata verso i trasferimenti monetari, che rappresentano circa la metà del totale della spesa di LTC <sup>8</sup>. L'altra metà è dedicata all'assistenza residenziale e domiciliare.

Se si mette a confronto la percentuale di utenti dei servizi di assistenza domiciliare e residenziali vs. gli utenti dei trasferimenti monetari per regione, ancora una volta, le notevoli differenze nord-sud sono evidenti: le regioni in cui vi è una maggiore presenza di servizi (nord) registrano la percentuale più bassa di trasferimenti monetari, mentre nelle regioni nelle quali i servizi sono scarsi, la pressione per ottenere l'indennità per invalidità e per accompagnamento è più alta <sup>11</sup>.

### Disponibilità delle cure informali (i caregivers)

Indipendentemente dal regime di cura, la maggior parte dei caregivers nei paesi europei sono donne. In Italia, circa il 75% dei caregivers sono donne. Il numero di donne disponibili a prendersi cura delle persone anziane è costantemente diminuito negli ultimi decenni a causa, almeno in parte, della continua crescita del tasso di occupazione femminile. Il cosiddetto "rapporto di supporto", che corrisponde al numero di donne di età compresa tra 45-64 anni per ogni ultraottantenne, era di 3,8 in Italia nel 1999, e dovrebbe scendere a 1,5 nel 2050 <sup>12</sup>, ponendo l'Italia tra i paesi con il rapporto più basso di supporto potenziale. In tutti i paesi europei, i giovani sono in diminuzione, ma questo è particolarmente evidente in Italia, dove già nel 1995 la percentuale di persone di età superiore ai 60 anni ha superato quelli di età compresa tra 0-19 anni <sup>2</sup>. L'impatto dei cambiamenti demografici

e della riduzione della tradizionale capacità assistenziale delle famiglie <sup>11</sup> sulle necessità delle cure sono attesi, ed avranno delle conseguenze sulla disponibilità delle cure, in particolare in Italia, dove la responsabilità dell'assistenza degli anziani al domicilio è stata in gran parte delegata alle reti dei familiari.

Questo fenomeno, combinato con la persistenza di una quantità limitata di servizi pubblici di LTC, ha favorito una crescita continua del numero di lavoratori stranieri per l'assistenza al domicilio, che è aumentato di 4 volte dal 1991 al 2008. Tredici per cento delle famiglie italiane hanno un lavoratore migrante per l'assistenza al domicilio, di cui il 71,3% convive con la famiglia. Questo significa lavorare oltre 50 ore a settimana, anche di notte, con un alto rischio di problemi fisici e psicologici tra cui una alta frequenza di depressione. È preoccupante la possibilità di abusi sulle persone anziane a seguito di sovraccarichi di lavoro e isolamento delle badanti. Un altro dato inquietante è che circa il 61% delle badanti straniere in Italia non hanno dei contratti regolari <sup>11</sup>.

### Conclusioni

L'attuale configurazione del LTC italiano sembra del tutto inadeguata (sia in termini di efficienza che di equità), per far fronte alle tendenze demografiche ed all'evoluzione prevista della domanda, con una spesa pubblica dedicata a LTC molto bassa. Sono inoltre preoccupanti le grandi differenze nella disponibilità di LTC tra le regioni italiane, dove quelle con minore disponibilità di LTC hanno un maggiore utilizzo di trasferimenti monetari. Altro punto critico è la distribuzione inadeguata delle spese di assistenza con il 50% delle spese di LTC dedicata ai trasferimenti monetari, mentre sarebbe ragionevole incrementare i fondi per l'assistenza domiciliare e residenziale nelle regioni in cui sono ancora scarse. È da sottolineare anche il ruolo dei lavoratori stranieri e la crescita dei mercati informali di assistenza, che potrebbero essere visti come un'opportunità per creare posti di lavoro. L'immigrazione, in costante crescita in Italia, potrebbe contribuire a compensare la minore disponibilità di operatori sanitari italiani, ma vi è la possibilità di sottrarre le quote di assistenti e caregivers ai paesi di origine. Chi si prenderà cura degli anziani in questi paesi? Ulteriore preoccupazione riguardano le barriere

culturali e linguistiche, e l'abilità ed esperienza limitata dei lavoratori stranieri nelle cure degli anziani. Poiché i lavoratori di LTC sono fondamentali per la qualità delle cure e possono effettivamente ritardare l'istituzionalizzazione o addirittura evitarla, esiste la necessità impellente di aumentare la formazione di questi lavoratori e di migliorare le condizioni di lavoro al fine di

evitare lo sfruttamento e la mancanza di protezione sociale.

Molti paesi europei hanno avviato riforme dei programmi di LTC negli ultimi decenni. I geriatri dovrebbero avere un ruolo di primo piano nella formazione degli operatori e contribuire ai piani di sviluppo ed implementazione delle politiche sanitarie di riforma del sistema italiano di LTC.

## BIBLIOGRAFIA

- <sup>1</sup> <http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/DSDR/access/> Accessed on September 22, 2012. Human Mortality database.
- <sup>2</sup> [http://www.istat.it/salastampa/comunicati/in\\_calendario/inddemo/20110124\\_00/](http://www.istat.it/salastampa/comunicati/in_calendario/inddemo/20110124_00/) Accessed on September 22, 2012. Indicatori demografici.
- <sup>3</sup> <http://prb.org/> Accessed on September 22, 2012. Population Reference Bureau.
- <sup>4</sup> [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_PUBLIC/3-08062011-BP/EN/3-08062011-BP-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-08062011-BP/EN/3-08062011-BP-EN.PDF) Accessed on September 22, 2012. Eurostat.
- <sup>5</sup> Ranci C, Pavolini E. *Crisis and transformation of the Italian care model: beyond familism? Proceedings of the conference "Transforming elderly care at local, national and international levels"*, Copenhagen, 26-28 June 2008.
- <sup>6</sup> Morley JE. *A brief history of geriatrics*. *J Gerontol A BiolSci Med Sci* 2004;59:1132-52.
- <sup>7</sup> Huber M. *Financing Long Term Care in Europe: how will the public-private mix evolve? The Geneva Association, "Etudes et dossiers"*, 2009, n. 348, p. 16.
- <sup>8</sup> [http://www.rgs.mef.gov.it/\\_Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-d/2010/Mid-long-term-trends-for-the-pension-health-and-long-term-care-systems.pdf](http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-d/2010/Mid-long-term-trends-for-the-pension-health-and-long-term-care-systems.pdf) Accessed on September 22, 2012. Ragioneria Generale dello Stato (2009).
- <sup>9</sup> [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/structural\\_reforms/ageing/health\\_care/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/economy_finance/structural_reforms/ageing/health_care/index_en.htm) Accessed on September 22, 2012. European Commission Economic and Financial Affairs.
- <sup>10</sup> [http://portale.unibocconi.it/wps/wcm/connect/Centro\\_CERGASit/Sanit+in+Italia%3A+dati+e+analisi/OASI++Rapporto+annuale+sul+SSN/Per+anno/Rapporto+OASI+2010/Accessed+on+September+22,+2012.OASI+Rapporto+annual+sul+SSN](http://portale.unibocconi.it/wps/wcm/connect/Centro_CERGASit/Sanit+in+Italia%3A+dati+e+analisi/OASI++Rapporto+annuale+sul+SSN/Per+anno/Rapporto+OASI+2010/Accessed+on+September+22,+2012.OASI+Rapporto+annual+sul+SSN)
- <sup>11</sup> <http://www.maggioli.it/ma/> Accessed on September 22, 2012. Network Non Autosufficienza, Rapporto 2009, 2010.
- <sup>12</sup> <http://www.un.org/esa/population/publications/publications.htm> Accessed on September 22, 2012. UN Population Division.