

La continuità dell'assistenza come fattore ineludibile di qualità: nuovi risultati e ostacoli residui

29° Congresso Nazionale ANIARTI
Rimini, 10 novembre 2010



1/ La continuità assistenziale nell'Italia che cambia

- L'invecchiamento della popolazione
- L'indebolimento delle reti familiari
- L'aumento delle cronicità
- L'impovertimento e il crescere delle diseguaglianze



La continuità assistenziale nell'Italia che cambia

L'INVECCHIAMENTO

- L'Italia è ai primi posti per l'invecchiamento in Europa e nel mondo
- Al 1 gennaio 2009, le persone con più di 65 anni sono il 20,1% della popolazione (il 17,8% nel 1999); i minori soltanto il 17%
- L'età media dei residenti è di 43 anni, circa due anni in più rispetto a dieci anni fa

(fonte ISTAT)



La continuità assistenziale nell'Italia che cambia

LE RETI FAMILIARI

- Su 60 milioni di residenti, le famiglie sono oggi più di 24 milioni (il 10% in più rispetto a 10 anni fa)
- Sono sempre più piccole (2,4 componenti in media).
- Il 26% delle famiglie è composto da una sola persona; le famiglie con un solo genitore sono l'8,6%.

(fonte Istat)



La continuità assistenziale nell'Italia che cambia

L'AUMENTO DELLE CRONICITA'

- Le malattie croniche e degenerative diventano prevalenti rispetto alle malattie acute ed infettive
- Circa un italiano su dieci soffre di malattie croniche
- Una sanità altamente tecnologica in molti casi *salva ma non guarisce*: si stabilizzano situazioni di estrema precarietà.

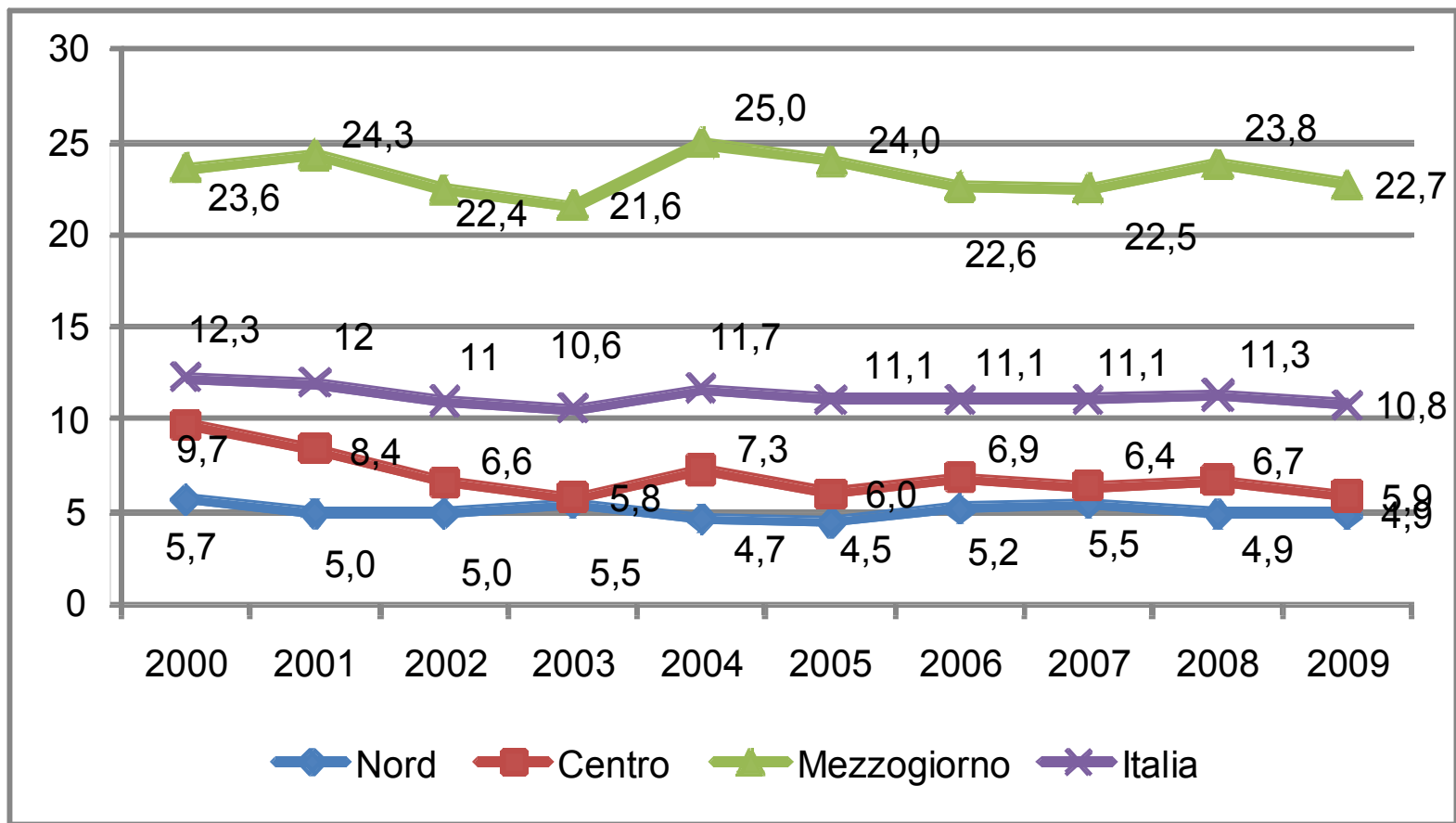
La continuità assistenziale nell'Italia che cambia

L'IMPOVERIMENTO E LA CRESCITA DELLE DISEGUAGLIANZE

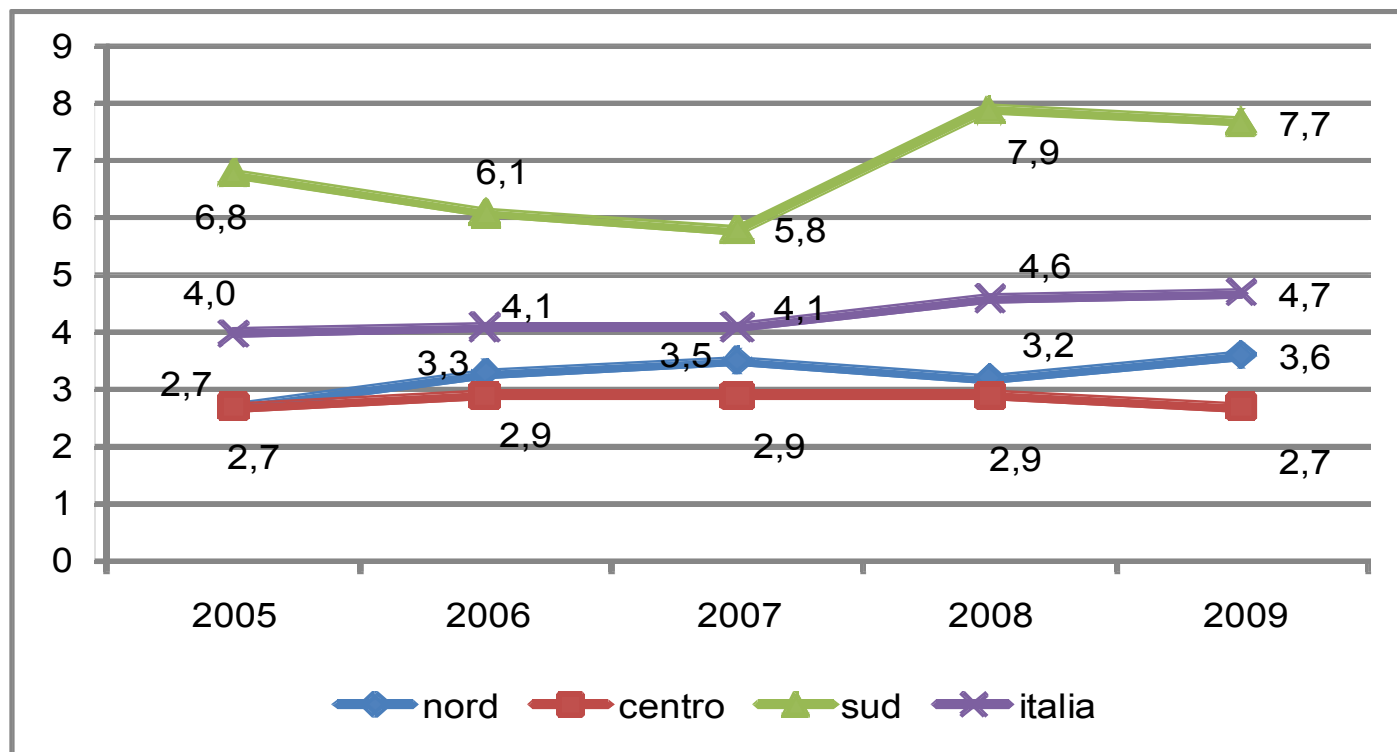
- In Italia, nel 2009, le famiglie in condizioni di povertà relativa sono 2 milioni 657, il 10,8% delle famiglie residenti
- 1.162 mila famiglie (il 4,7%) risultano in condizione di povertà assoluta
- Il 10% delle famiglie più ricche possiede il 45% della ricchezza totale delle famiglie. L'Italia ha uno dei tassi di diseguaglianza più alti d'Europa

(fonti: Istat e Banca d'Italia)

La povertà relativa in Italia e per ripartizione geografica, 2000-2009



Povert  assoluta in Italia e per ripartizione geografica, 2005-2009 (valori percentuali)





2/ I nodi critici

- Il mancato decollo della continuità assistenziale: una cartina al tornasole dei problemi strutturali del nostro sistema di welfare



I nodi critici

TRE DIMENSIONI

- Dimensione istituzionale e normativa
- Dimensione economico finanziaria
- Dimensione professionale organizzativa



I nodi critici

2.1/ IL QUADRO ISTITUZIONALE E NORMATIVO

- La legge 328/2000 e il 229/99: l'attivazione di un sistema integrato, una riforma incompiuta
- La “ridefinizione dei confini” tra servizi sociali e sanitari; il problema della attribuzione delle competenze tra Comuni e Aziende sanitarie e la necessità di una programmazione congiunta



L'organizzazione dei servizi sociali in Italia

- La risorsa del volontariato, di reti civiche e professionali
- L'impronta familistica
- La “stratificazione” storica dei servizi: poco coordinati e molto differenziati nei territori
- La assenza dei livelli essenziali di assistenza (mancata esigibilità dei diritti)
- Lo scarso investimento di risorse e la mancanza di programmazione
- La disparità di accesso tra nord e sud e tra fasce socio economiche diverse

La legge di riforma 328/2000

“Realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali”

- Definizione dei Livelli essenziali di assistenza
- Superamento delle “categorie” di disagio e personalizzazione della cura
- Programmazione territoriale - i Piani di zona
- Un nuovo modello di governance: integrazione e coinvolgimento degli attori sociali

Strumenti: Fondo sociale nazionale; Sistema informativo sociale; riforma delle professioni sociali



La riforma del Titolo V della Costituzione (2001)

- alle Regioni potestà legislativa esclusiva sulle politiche sociali
- allo Stato determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale



I nodi critici

2.2/ LE RISORSE

- La mancata applicazione del Titolo V della Costituzione per la determinazione dei livelli essenziali
- Il decremento della spesa sociale e la crisi di quella sanitaria
- Le disparità nella spesa sociale: minor spesa dove c'è più bisogno

Le risorse dello Stato oggi per il welfare locale

Sulla base del ddl C. 3778 (legge di stabilità 2011), allegato 1 Tabella C, risultano infatti assegnati per l'anno 2011:

Fondo nazionale per le politiche sociali: 75,297 milioni di euro (69,954 milioni per il 2012; 44,590 per il 2013); il FNPS è la principale linea di finanziamento statale per la realizzazione sul territorio del sistema integrato di interventi e servizi sociali, lo stanziamento per il 2010 era pari a 380,22 milioni; nel 2009 il Fondo ammontava a 518,226 milioni.

Non risultano invece assegnate risorse finanziarie a favore del **Fondo per la non autosufficienza**, a fronte di uno stanziamento per il 2010 pari a 400 milioni di euro, destinati all'attivazione o al rafforzamento della rete territoriale ed extra-ospedaliera di offerta di servizi alla persona non autosufficiente ed alla sua famiglia, anche attraverso eventuali trasferimenti monetari.

(fonte ANCI)

La disparità nell'accesso ai servizi

Spesa corrente procapite per la funzione sociale nelle città metropolitane e nel complesso dei comuni della regione di appartenenza. Anno 2007 - Euro

	Città metropolitana	Complesso dei comuni della regione	Differenza città - regione
Bari	145,2	70,0	75,2
Bologna	291,1	188,9	102,2
Cagliari	244,6	204,0	40,6
Firenze	234,5	133,0	101,5
Genova	138,6	137,8	0,8
Messina	92,4	93,4	-1,0
Milano	291,4	150,0	141,4
Napoli	133,8	79,8	54,0
Palermo	94,4	93,4	1,0
Reggio Calabria	61,3	39,3	22,0
Roma	195,7	152,9	42,8
Torino	284,6	131,4	153,2
Trieste	367,1	249,2	117,9
Venezia	307,3	110,1	197,2

Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Certificato di conto di Bilancio

N.B. al netto dei servizi necroscopici e cimiteriali



I nodi critici

2.3/ LE CULTURE PROFESSIONALI ED I MODELLI ORGANIZZATIVI

- Un' attenzione quasi totalizzante sulla cura delle acuzie e poca pratica di long term care
- Necessità di nuovi modelli organizzativi di cura territoriale/domiciliare non solo per la bassa, ma anche per l'alta intensità assistenziale.
- Necessità di assicurare dignità e buona qualità della vita ai tanti per i quali la prospettiva di guarigione è tramontata, ma che comunque hanno bisogno di cure adeguate



3/ Le leve della trasformazione

1- L'alleanza con i malati, le famiglie, le comunità



3/ Le leve della trasformazione

2 - Una nuova governance territoriale



3/ Le leve della trasformazione

3 - Le comunità di pratiche



3/ Le leve della trasformazione

**4 - Tecnologie innovative per
*prendersi cura***



3/ Le leve della trasformazione

5 - Il passaggio dalla spesa storica ai costi standard?

