

 <p>SIQuAS Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p align="center">RACCOMANDAZIONE 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p align="center">Bozza Rev.0 del 16.03.2012</p>
--	---	---

Allegato 12 - Definizione di Area di attività sanitaria e sociale .

D. Quale norma disciplina l’assistenza socio sanitaria?

Decreto Presidenza Consiglio Ministri

*Atto di indirizzo e coordinamento sull’integrazione socio-sanitaria,
a norma dell’Art. 2, comma 1, lettera n) della legge 30 novembre 1998, n. 419*

Definisce che l’assistenza sociosanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali. Le Regioni possono disciplinare le modalità ed i criteri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati.

Le prestazioni sociosanitarie di cui all’art.3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni sono definite tenendo conto dei seguenti criteri:

- la natura del bisogno,
- la complessità e l’intensità dell’intervento assistenziale,
- nonché la sua durata.

Ai fini della determinazione della natura del bisogno si tiene conto degli aspetti inerenti a:

- funzioni psicofisiche;
- natura delle attività del soggetto e relative limitazioni;
- modalità di partecipazione alla vita sociale;
- fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.

L’intensità assistenziale è stabilita in base a fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato, così definite:

- la fase intensiva , caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari;
- la fase estensiva , caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito;
- la fase di lungo assistenza , finalizzata a mantenere l’autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi.

La complessità dell’intervento è determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura), e alla loro articolazione nel progetto personalizzato.

Sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle Aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell’ambito di strutture residenziali o semiresidenziali.

Sono da considerare prestazioni sociali a rilevanza sanitaria tutte le attività del sistema sociale che hanno l’obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

Tali attività, di competenza dei Comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi e si esplicano attraverso:

- Gli interventi di sostegno e promozione a favore dell’infanzia, dell’adolescenza e delle responsabilità familiari;
- Gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o



sociali;

- Gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti ;
- Gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio;
- Gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili;

Ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente.

Dette prestazioni, inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungo assistenza.

Sono da considerare prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all'art. 3-septies, comma 4 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative.

Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle Aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario.

Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno sociosanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungo assistenza.

La Regione nell'ambito della programmazione degli interventi sociosanitari determina gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni sociosanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento, tenendo conto di quanto espresso nella Tabella allegata.

A tal fine si avvale del concerto della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale di cui all'art.2, comma 2-bis del decreto legislativo 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni o di altri organismi consultivi equivalenti previsti dalla legislazione regionale.

La Regione con il concorso della stessa Conferenza, svolge attività di vigilanza e coordinamento sul rispetto di dette indicazioni da parte delle Aziende sanitarie e dei Comuni al fine di garantire uniformità di comportamenti a livello territoriale.

La programmazione degli interventi sociosanitari avviene secondo principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, nonché di continuità assistenziale

Al fine di favorire l'integrazione con i servizi di assistenza primaria e con le altre prestazioni sociosanitarie, la programmazione dei servizi e delle prestazioni ad elevata integrazione sanitaria rientra nel Programma delle attività territoriali, di cui all'art. 3-quater, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni. I comuni adottano sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa e al rapporto con i cittadini per consentire l'esercizio del diritto soggettivo a beneficiare delle suddette prestazioni.

Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti.

La Regione emana indirizzi e protocolli volti ad omogeneizzare a livello territoriale i criteri della valutazione multidisciplinare e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato vigilando sulla loro corretta applicazione al fine di assicurare comportamenti uniformi ed omogenei a livello territoriale.

Le Regioni e i Comuni predispongono, di concerto con gli organismi rappresentativi del Terzo Settore, azioni di promozione, sostegno e qualificazione dei soggetti del Terzo Settore mediante politiche formative, fiscali e interventi per l'accesso agevolato al



credito e ai Fondi Europei, avvalendosi anche delle realtà e delle competenze da loro espresse.

<i>Area</i>	<i>Prestazioni-Funzioni</i>	<i>Fonte Legislativa</i>	<i>Criteri Di Finanziamento (% Di Attribuzione Della Spesa)</i>
<i>Materno infantile</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Assistenza di tipo consultoriale alla famiglia, alla maternità, ai minori attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche, riabilitative2. Attività assistenziali inerenti l'interruzione volontaria di gravidanza attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche3. Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni4. Interventi di sostegno per le famiglie di minori in situazione di disagio di disadattamento o di devianza5. Interventi per minori soggetti a provvedimenti penali, civili, amministrativi.6. Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi	<p>L. 29 luglio 1975, n. 405</p> <p>L. 22 maggio 1978, n. 194</p> <p>Norme nazionali in materia di diritto di famiglia, affidi e adozioni nazionali ed internazionali</p> <p>L. 28 agosto 1997, n. 285 Leggi regionali</p> <p>L. 15 febbraio 1996, n. 66</p> <p>L. 3 agosto 1998, n. 269</p> <p>D.M. 24 aprile 2000: P.O. Materno Infantile</p>	<p>100% a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)</p> <p>100% a carico del SSN</p> <p>100% a carico del SSN le prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche, di indagine diagnostica sui minori e sulle famiglie adottive e affidatarie.</p> <p>100% a carico dei Comuni le prestazioni di supporto sociale ed economico alle famiglie, di supporto educativo domiciliare e territoriale ai minori, compresa l'indagine sociale sulla famiglia.</p> <p>100% a carico dei Comuni l'accoglienza in comunità educative o familiari</p> <p>100% a carico del SSN</p>
<i>Disabili</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e tramite prestazioni domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e assistenza protesica.2. Tutela del disabile attraverso prestazioni di riabilitazione, educative e di socializzazione, di facilitazione dell'inserimento scolastico e lavorativo, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, nella fase di lungo assistenza, compresi gli interventi e servizi di sollievo alla famiglia	<p>L. 23 dicembre 1978, n. 833- art.26</p> <p>Provvedimento 7 maggio 1998: linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione</p> <p>L. 5 febbraio 1992, n. 104</p> <p>L. 21 maggio 1998, n. 162 Leggi regionali</p>	<p>100% a carico del SSN l'assistenza in fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione della fase estensiva e nei casi di responsività minimale</p> <p>100% a carico del SSN l'accoglienza in strutture terapeutiche di minori affetti da disturbi comportamentali o patologie di interesse neuropsichiatrico.</p> <p>100% a carico del SSN le prestazioni diagnostiche, riabilitative e di consulenza specialistica</p> <p>70% a carico del SSN e 30% a carico dei Comuni, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale, l'assistenza in strutture semiresidenziali e residenziali per disabili gravi, in strutture accreditate sulla base di standard regionali.</p> <p>40% a carico del SSN e 60% a carico dei Comuni, fatta salva la</p>



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 16.03.2012

			<p>compartecipazione d parte dell’utente prevista dalla disciplina regionale e comunale, l’assistenza ai disabili gravi privi del sostegno familiare, nei servizi di residenza permanente.</p> <p>100% a carico dei Comuni l’assistenza sociale, scolastica ed educativa e i programmi di inserimento sociale e lavorativo.</p>
<p><i>Anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative</i></p>	<p>1. Cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, tramite servizi residenziali a ciclo continuativo e diurno, compresi interventi e servizi di sollievo alla famiglia</p> <p>2. Assistenza domiciliare integrata</p>	<p>Linee Guida emanate dal Ministero della Sanità del 31/3/1994 L. 11 marzo 1988, n. 67 L. 451/1998 D. Lgs. n. 229/1999 D.P.R. 23 luglio 1998: Piano sanitario 1998/2000 Leggi e Piani regionali</p> <p>P.O. Anziani</p>	<p>100% a carico del SSN l’assistenza in fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva.</p> <p>Nelle forme di lungo assistenza semiresidenziali e residenziali il 50% del costo complessivo a carico del SSN, con riferimento ai costi riconducibili al valore medio della retta relativa ai servizi in possesso degli standard regionali, o in alternativa il costo del personale sanitario e il 30% dei costi per l’assistenza tutelare e alberghiera, il restante 50% del costo complessivo a carico del Comune, fatta salva la compartecipazione da parte dell’utente prevista dalla disciplina regionale e comunale.</p> <p>100% a carico del SSN le prestazioni a domicilio di medicina generale e specialistica, di assistenza infermieristica e di riabilitazione.</p> <p>50% a carico del SSN e 50% a carico dei Comuni, fatta salva la compartecipazione da parte dell’utente prevista dalla disciplina regionale e comunale, l’assistenza tutelare.</p> <p>100% a carico dei Comuni l’aiuto domestico e familiare</p>
<p><i>Dipendenze da droga, alcool e farmaci</i></p>	<p>1. Tutela delle persone dipendenti da alcool e da droga tramite prestazioni di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, di riabilitazione e reinserimento sociale</p>	<p>D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 L. 18 febbraio 1999, n. 45</p> <p>Accordo Stato-Regioni 21.01.1999</p>	<p>100% a carico del SSN le prestazioni terapeutico-riabilitative e i trattamenti specialistici, compreso il periodo della disassuefazione in comunità terapeutica.</p> <p>100% a carico dei Comuni i programmi di reinserimento sociale e lavorativo, allorché sia superata la fase di dipendenza.</p>
<p><i>Patologie psichiatriche</i></p>	<p>1. Tutela delle persone affette da disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e</p>	<p>D.P.R. 10 novembre 1999:</p>	<p>100% a carico del SSN</p> <p>Nella fase di lungo assistenza,</p>



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 16.03.2012

	riabilitative di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale 2. Accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale e programmi di reinserimento sociale e lavorativo	P.O Tutela della salute mentale 1998/2000	ripartizione della spesa tra ASL e Comuni secondo quote fissate a livello regionale prevedendo, nei parametri di ripartizione, una quota minima di concorso alla spesa non inferiore al 30% e non superiore al 70% fatta salva la eventuale compartecipazione da parte dell’utente prevista dalla disciplina regionale e comunale.
<i>Patologie per infezione da HIV</i>	1. Cura e trattamenti farmacologici particolari per la fase di lungoassistenza ed accoglienza in strutture residenziali 2. eventuali programmi di reinserimento sociale e lavorativo		
<i>Pazienti terminali</i>	1. Prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale	L. 28 febbraio 1999, n. 39	100% a carico del SSN

D. Cosa si intende per bisogno e complessità del bisogno?

In campo sanitario e sociale per bisogno si intende lo scarto tra ciò che esiste e ciò che è desiderabile in termini di stato di salute e di disponibilità di servizi sanitari.

Un bisogno è sempre, implicitamente o esplicitamente, correlato ad un’attesa.

Il bisogno percepito è la situazione di carenza e/o di perdita di equilibrio o di integrità bio-psico-sociale.

Il bisogno di salute della persona deve essere valutato nelle sue diverse dimensioni (clinico-cognitiva, comportamentale, sociale ecc.).

Il bisogno diventa *complesso* quando richiede una risposta che coinvolge le diverse dimensioni ed è, pertanto, sempre sociosanitario.

Lo “*stato di bisogno*”, da un punto di vista psicologico, genera un vissuto sgradevole di tensione, pressione, sofferenza nella persona.

Il bisogno viene anche descritto operativamente come l’insieme di un preciso obiettivo da raggiungere, una distanza misurabile da tale obiettivo, e dei mezzi per poter colmare tale distanza.

Si distinguono bisogni percepiti e non percepiti; inoltre, alcuni bisogni di rilevanza collettiva sono normativi, cioè espressamente individuati da norme o da indicazioni tecniche.

Talora vengono espressi “*bisogni indotti*” dallo stesso sistema di offerta e di prestazioni.

D. Come viene svolta l’analisi dei bisogni (o valutazione dei bisogni)?

Esiste un metodo sistematico per identificare i bisogni di salute e di assistenza sanitaria, nonché per individuare i cambiamenti necessari a soddisfarli. Si possono riconoscere tre soggetti che intervengono nella valutazione dei bisogni: *l’individuo* che manifesta bisogni percepiti ed espressi, *l’esperto* di epidemiologia e di sanità pubblica, *il sistema dei servizi socio-sanitari*. In letteratura, Costa descrive tre impostazioni per condurre le analisi di bisogni: *l’approccio concertato*, *l’approccio comparativo* e *l’approccio epidemiologico*:

- *l’approccio concertato* dà voce a tutti i soggetti portatori di interesse (*stakeholder*) scelti tra il pubblico, tra gli esperti e nel sistema dei servizi; esso mostra buona sensibilità alla percezione locale dei bisogni, ma risulta potenzialmente distorto dai determinanti della domanda e dalle circostanze politiche;



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
“La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”

Bozza
Rev.0
del 16.03.2012

- *l’approccio comparativo* è quello che, in assenza di solide informazioni su un ragionevole *standard* di riferimento per definire un bisogno, cerca ispirazione dal confronto con quanto accade in altre popolazioni e altre comunità;
- *l’approccio epidemiologico*, invece, parte dalle misure di occorrenza dei problemi di salute, identifica gli interventi di efficacia provata e servizi disponibili a realizzarli; seppur in linea di principio più oggettivo, è limitato dalla disponibilità di informazioni necessarie.

La *valutazione dello stato di salute* è una indispensabile premessa alla valutazione dei bisogni, quest’ultima essendo caratterizzata dalla ricerca di soluzioni efficaci e dall’individuazione delle priorità su cui agire.

La valutazione dello stato di salute serve come supporto per decisioni di politica sanitaria, per la definizione di obiettivi, per valutazione dei bisogni delle popolazioni e per la valutazione delle attività svolte.

La valutazione dello stato di salute viene riferita attraverso documenti che assumono varie denominazioni.

La più tradizionale *Relazione sanitaria* prevede sia l’analisi dello stato di salute, sia la rendicontazione dell’attività svolta e degli obiettivi raggiunti.

La necessità di una valutazione più partecipata e intersettoriale dei problemi di salute ha dato avvio ai *Profili di salute* nei quali si indagano anche i determinanti di salute, compresi quelli ambientali e socioculturali e si ricorre ad indicatori trasversali (Indicatori dello stato di salute di una comunità, quali ad esempio il tasso di abortività tra le minorenni, la morbosità attribuibile al livello di inquinamento ambientale, ecc.).

Infine, l’apertura ad una programmazione condivisa con gli enti locali e con altri *stakeholder* ha fatto coniare l’espressione *Profili di Comunità*, coi quali la Comunità locale, circoscritta al livello più piccolo (distretto), oltre che oggetto di valutazione è anche soggetto partecipe della valutazione stessa, nonché apportatrice di risorse culturali, sociali, educative, ecc. che influiscono sul benessere e sulla salute.

D. Come nei LEA sono individuate le aree di attività?

Il DPCM 14 febbraio 2001 “Atto di Indirizzo e coordinamento alle regioni in materia di prestazioni socio-sanitarie” individua i LEA in relazione alle seguenti *aree di attività*:

- materno-infantile;
- disabili;
- anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative;
- patologie psichiatriche;
- dipendenze da alcool, droga e farmaci;
- patologie per infezioni da HIV;
- pazienti in fase terminale.

Ha come finalità: la definizione delle modalità e delle aree di attività per una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali; la disciplina della partecipazione dei comuni alle spese connesse alle prestazioni sociali.

I destinatari dell’assistenza socio-sanitaria sono: le persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali prestate da operatori del sociale e della sanità.

I criteri di individuazione e caratterizzazione delle prestazioni socio-sanitarie: la natura del bisogno: viene determinata tenendo conto delle funzioni psicofisiche, della natura dell’attività del soggetto e relative limitazioni; delle modalità di partecipazione alla vita sociale e dei fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e al suo superamento; la complessità dell’intervento: è determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura) ed alla loro articolazione nel progetto personalizzato; l’intensità dell’intervento: l’intensità assistenziale è stabilita in base a fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato.

Il DPCM 29 novembre 2001 all’Allegato 1C) definisce i LEA per l’area dell’integrazione socio-sanitaria e stabilisce i riferimenti normativi tra cui l’Atto di indirizzo e coordinamento sull’Integrazione sociosanitaria (DPCM 14 febbraio 2001).

D. Come viene definita l’intensità e la complessità degli interventi (socio-sanitari)?



L’art. 2 del DPCM 14 febbraio 2001 precisa che le prestazioni sociosanitarie di cui all’art. 3 *septies* del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. sono definite tenendo conto dei seguenti criteri: la *natura del bisogno*, la *complessità* e l’*intensità dell’intervento assistenziale*, nonché la sua *durata*.

L’intensità assistenziale è stabilita in base a fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato, così definite:

- la *fase intensiva*, caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari;
- la *fase estensiva*, caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito;
- la *fase di lungo assistenza*, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi.

La complessità dell’intervento è determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura), e alla loro articolazione nel progetto personalizzato.

D Quali sono i fattori di crescita della domanda di assistenza sociosanitaria?

(Fonte:Giorgio Banchieri e Veronica Sabatini ¹)

La domanda di servizi di assistenza sociosanitaria è in continua crescita in Italia, come nel resto dei paesi economicamente sviluppati, e, prevedibilmente, continuerà a crescere nel corso dei prossimi anni.

Ciò è inferibile da una serie di fattori di carattere demografico, sociale, economico ed epidemiologico strettamente connessi l’uno all’altro.

In particolare Moini [2001] individua quali elementi principali: le trasformazioni demografiche; le trasformazioni epidemiologiche; la trasformazione della domanda di servizi; la trasformazione della struttura familiare.

D. Quali sono le trasformazioni demografiche in atto?

Dinamica della popolazione

La dinamica di crescita costante e accelerata della popolazione osservata a partire dagli anni 2000, a fronte di una ripresa delle nascite e a seguito dei processi di regolazione degli immigrati, continua a seguire un andamento positivo. Il tasso di variazione medio annuo, calcolato dall’ISTAT, fra il 2001 e il 2008, si attesta allo +0,7 % e la popolazione è cresciuta nello stesso periodo da quasi 57 a oltre 60 milioni di residenti.

Nel 2001-2008 l’Italia occupa la settima posizione rispetto al tasso di variazione medio annuo della popolazione complessiva e si colloca, con lo +0,75%, nettamente al di sopra della media UE a 27 (0,48%).

Oltre un terzo della popolazione italiana è concentrata in tre regioni: Lombardia (16,2%), Campania (9,7%) e Lazio (9,4%). Con riferimento alle quattro grandi ripartizioni geografiche il Mezzogiorno è ancora l’area più popolata del Paese con il 34,7% degli abitanti, seguita dal Nord-ovest con il 26,5%. Il Mezzogiorno è l’area che, nel periodo considerato, è cresciuta meno (+0,2%), mentre è la ripartizione del Centro che fa registrare il maggiore tasso medio annuo di crescita (+1,1%). Il Lazio è la regione con i maggiori incrementi medi annui (+1,4%), seguita dalla Provincia Autonoma di Trento e dall’Emilia Romagna (entrambe +1,2%). Si rilevano poi alcune differenziazioni di genere. Anche se numericamente le donne sono più degli uomini (30,7 milioni contro 29,0 milioni), la popolazione maschile cresce più di quella femminile: +0,8% contro il +0,7%.

L’invecchiamento della popolazione

Probabilmente il fattore più incidente nelle dinamiche demografiche della popolazione, sia a livello italiano che a livello europeo, è l’invecchiamento della popolazione dovuto all’allungamento della vita media e alla ridotta natalità.

¹ Responsabile del l’Osservatorio sulle pratiche della sanità italiana, www.osservatoriosanita.it. ; socio SIQUAS, Società Italiana per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria; Docente di Sistemi di qualità in sanità al Biennio di Specializzazione del Corso di Laurea in Sociologia, Coordinatore Didattico e Docente Master MIAS, Management e Innovazione nelle Aziende Sanitarie, Università “La Sapienza”, Roma; Docente Business School, Università LUISS, Roma.
Ricercatrice di www.osservatoriosanita.it.



A tal riguardo l'Italia con *un'aspettativa di vita media* per gli uomini di 78,7 anni e di 84,2 anni per le donne si piazza ben al di sopra della media europea² rispettivamente pari al 75,4 per gli uomini e al 82,2 per le donne. Complessivamente il Mezzogiorno si colloca poco al di sotto della media nazionale e delle altre ripartizioni geografiche. Alcune regioni fanno però eccezione positiva a questa regola: Abruzzo, Molise e Puglia per gli uomini (78,7 e 79,1 anni); Abruzzo, Molise (84,7 anni) e Sardegna per le donne (84,4 anni).

Il *differenziale tra uomini e donne*, che è di 5,3 anni su base nazionale, aumenta fino a 6,2 anni per la provincia di Bolzano e si riduce invece a 5,0 anni in Sicilia, Puglia e Toscana. Tra il 2001 e il 2008 l'incremento medio nazionale è pari a 1,2 anni per le donne e 1,7 per gli uomini: la variazione positiva più consistente si rileva per gli uomini in Lombardia (2,1 anni), e per le donne in Sicilia (1,8 anni). Tali dati potrebbero essere spiegabili alla luce delle più precarie condizioni socioeconomiche e culturali che caratterizzano la situazione campana e siciliana, con conseguente impatto, come si chiarirà in seguito, sugli stili di vita della popolazione.

Nel confronto internazionale *sui livelli di fecondità* l'Italia, con 1,41 figli per donna, si colloca nel 2008 in una posizione molto lontana da quella di importanti paesi europei, quali Francia (2,02) e Regno Unito (1,94). L'attuale numero medio di figli per donna corrisponde tuttavia al più elevato livello registrato in Italia dal 1991 ed è il risultato dell'andamento crescente iniziato dopo il 1995, anno in cui la fecondità italiana ha toccato il minimo storico con un valore di 1,19 figli per donna. Le stime a livello sub nazionale mostrano lievi incrementi per le regioni del Centro-Nord, mentre il Mezzogiorno presenta lievi flessioni in quasi tutte le regioni della ripartizione.

I tradizionali *differenziali nel tasso di fecondità* – che negli anni Ottanta distinguevano le regioni del Mezzogiorno, con valori superiori alla media nazionale – si sono ormai invertiti. Il Mezzogiorno, secondo le stime ISTAT del 2008 (1,36 figli per donna), si attesta leggermente al di sotto della media nazionale, a fronte del Nord che la supera (1,45). Complessivamente, negli ultimi anni, la variabilità regionale nei tassi di fecondità mostra una marcata tendenza alla riduzione, anche se la forbice tra le regioni che si collocano agli estremi della graduatoria non è irrilevante (0,5).

La struttura per età della popolazione

Confrontando i dati relativi al 1985 e al 2009, emerge come il numero dei giovanissimi (0-14) sia passato da circa 11 milioni del 1985 a circa 8,5 milioni nel 2009, mentre gli individui con oltre 75 anni sono aumentati di 3 milioni (Tabella 1). Considerando la composizione della popolazione per età si osserva come la popolazione tra 0 e 14 anni sia passata dal 19,6% del 1985 al 14% nel 2009, di contro gli individui con più di 75 anni sono passati dal 5,3% al 9,8%. Nel periodo osservato sono soprattutto le popolazioni delle Regioni del Sud a registrare un aumento dell'età media. In Liguria l'età media raggiunge i 47 anni, seguita dai 45 in Piemonte, Friuli Venezia Giulia e Toscana.

L'*invecchiamento della popolazione* coniugato alla *bassa natalità* ha impatti sulla struttura demografica del Paese che tutti i principali indici statistici evidenziano. In primo luogo l'incremento dell'incidenza della popolazione anziana in Italia è fenomeno ormai assodato. Il rapporto tra ultra 64enni e giovani ha assunto proporzioni notevoli e supera, al 1° gennaio 2009, quota 143; in altre parole nel nostro Paese gli anziani sono circa il 43 per cento in più dei giovani. Questo valore, non lontano da quello dell'anno precedente, colloca l'Italia al secondo posto nella classifica dei paesi europei. In termini più generali, permangono rilevanti differenze tra il Centro-Nord e il Mezzogiorno, a favore di quest'ultimo, dove si rileva una minore incidenza delle età anziane (indice di vecchiaia pari, rispettivamente, a 158,4 e 118,3). L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno in crescita. Tra il 2002 e il 2009 l'indice, su base nazionale, ha fatto registrare una variazione positiva di 12 punti percentuali.

² La media è calcolata sull'Europa allargata a 27 membri.



Nel 2015 la percentuale di popolazione sopra i 65 anni d’età sarà pari al 22% sul totale; nel 2030 gli anziani saranno oltre un quarto della popolazione totale (27%), comportando una sorta di “ribaltamento” della piramide della popolazione. Gli indici di vecchiaia e di dipendenza rendono ancora più lampante il progressivo “ribaltamento” della piramide della popolazione: nel 2030 ci saranno 222 anziani per ogni 100 individui al di sotto dei 15 anni d’età; mentre il carico sulla popolazione dai 15 ai 64 anni sarà di 44 anziani per ogni 100 unità di popolazione produttiva³.

E’ evidente come simili trasformazioni dell’assetto demografico comportino una serie di potenti retroazioni sui sistemi di *welfare* in generale e sui servizi sociosanitari in particolare.

In primo luogo l’invecchiamento della popolazione comporterà una maggior richiesta di prestazioni in termini quantitativi poiché, come si approfondirà in seguito: *“la dinamica demografica è considerata una ragionevole proxy della domanda potenziale, sanitaria e socio-assistenziale, in quanto il progressivo invecchiamento della popolazione è spesso associato alla presenza di patologie ad esito cronico-degenerativo, che comportano una limitazione di autosufficienza individuale e il bisogno di assistenza”*.

Pertanto nel nostro Paese l’andamento demografico: *“dovrebbe indurre, quindi, una maggiore propensione ai consumi socio-sanitari al Nord, con una progressiva convergenza delle Regioni del Sud, permanendo le attuali tendenze nei fenomeni migratori e di natalità”* [Formez, 56; 2007].

Ma tale spinta comporta anche una *“complessificazione qualitativa”* [Moini,39;2001] delle prestazioni richieste, ad esempio nel caso del socio sanitario in termini di nuovi servizi integrati che impongono un ripensamento delle tradizionali forme istituzionali ed organizzative a cui ne è demandata l’erogazione. Infine non è da sottovalutare che, in termini di fiscalità, tali dinamiche imporranno una pressione sempre maggiore sui ceti medi e su di una base impositiva via via sempre più ristretta.

Tabella 2. Proiezioni delle dinamiche demografiche Italiane
Anno 2006-2030

ANNO	% di soggetti anziani (>64)	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza
2006	19,9	141,0	30,1
2010	20,5	146,4	31,3
2015	22,0	159,4	34,2
2020	23,2	176,0	36,4
2025	24,7	197,6	39,2
2030	27,0	222,1	44,4

Fonte: Elaborazione propria dati ISTAT

Natalità e mortalità

Il nostro Paese permane in una sostanziale condizione di crescita zero.

Nel 2008 i tassi di natalità e di mortalità si attestano su livelli pari rispettivamente a 9,6 e 9,8 ogni mille abitanti; il tasso di crescita naturale si è ridotto di circa 0,1 punti percentuali. Nel contesto europeo l’Italia, insieme a Malta, Austria e Germania, si colloca in coda alla classifica Ue per tasso di natalità.

Il ventiquattresimo posto occupato nel 2007 nella graduatoria comunitaria per tasso di natalità pone il nostro Paese sensibilmente al di sotto della media Ue27 (10,6 nati ogni mille abitanti). Il *tasso di mortalità* risulta invece allineato a quello medio europeo, e pari a 9,7 morti ogni mille abitanti; l’Italia si colloca al quindicesimo posto nella graduatoria dell’Unione. Irlanda, Francia e Regno Unito occupano i primi tre posti per tasso di natalità (rispettivamente 16,2, 12,9 e 12,7 nati ogni mille abitanti).

Il bilancio naturale della popolazione permane diversificato tra Centro-Nord e Mezzogiorno anche nel 2008: è infatti di segno positivo, anche se con un andamento decrescente, il tasso di crescita naturale del Sud del Paese, che rimane invece negativo al Centro-Nord.

³ Tali dati non considerano gli effetti mitigatori del saldo migratorio sulla struttura d’età della popolazione.



Presenza straniera

In Italia la popolazione residente straniera (poco meno di 4 milioni di persone) rappresenta al 1° gennaio 2009 il 6,5 per cento del totale dei residenti ed è più che raddoppiata tra il 2001 e il 2008. Nel periodo 2002-2008 i valori del tasso migratorio estero passano da 3,1 a 8,1 ogni mille abitanti.

Con riferimento al 31 dicembre 2007, data più recente per cui sono disponibili dati per tutti i paesi europei, l’Italia presenta un’incidenza della popolazione straniera del 5,8%: il valore la colloca poco al di sotto della media europea (6,2%), al dodicesimo posto della graduatoria dei paesi per quote di stranieri residenti. L’incidenza per l’Italia è in costante ascesa: rispetto al 2005 (+4,5% di residenti stranieri), il nostro Paese ha guadagnato tre posizioni nella graduatoria europea (dal 15° al 12° posto). L’incremento complessivo della popolazione residente italiana tra il 2001 e il 2008, pari al 5,4%, va attribuito principalmente alla crescita della popolazione straniera: il contributo dei residenti italiani è stato, infatti, appena dello 0,9% contro il 4,5% degli stranieri. La popolazione straniera si concentra nelle regioni del Centro-Nord (87,2%), dove si presentano anche le maggiori opportunità di lavoro, mentre nel Mezzogiorno risiede appena il 12,8% del totale, con un’incidenza che è leggermente diminuita rispetto al 2001.

D. Quali sono le trasformazioni epidemiologiche in atto nel Paese?

La transizione epidemiologica

I fenomeni demografici poc’anzi descritti, caratterizzati dall’incremento dei soggetti anziani sul totale della popolazione sono intimamente connessi con le trasformazioni del quadro epidemiologico che ha caratterizzato i paesi sviluppati nell’ultimo secolo e che, a sua volta, sta comportando una più generale ridefinizione della domanda di servizi da parte della popolazione.

Sembra particolarmente utile, per evidenziare la stretta interconnessione tra spinte demografiche, epidemiologiche e le trasformazioni della domanda di servizi, il concetto di *transizione epidemiologica* elaborato nei primi anni ’70 dal demografo americano Abdel Omran [Moini, 2001]. Omran ha messo in evidenza come alla diminuzione della mortalità e all’incremento della natalità si sia associato una modificazione della morbilità della popolazione.

In particolare ciò sarebbe avvenuto in tre fasi:

- la prima era la fase in cui le principali cause di morbilità e di morte erano associabili alle epidemie di malattie infettive;
- la seconda si è contraddistinta per il contenimento di tali malattie attraverso le vaccinazioni di massa con il conseguente allungamento della vita media;
- infine la fase attuale in cui il quadro epidemiologico è costituito da malattie di carattere degenerativo e/o cronico.

Pertanto l’incremento della vita media è accompagnato da un passaggio da un quadro epidemiologico ad alta mortalità ad uno ad alta morbilità, ossia da malattie che pur non sfociando in un esito mortale richiedono cure per periodi assai lunghi, spesso per il resto della vita. Tutto queste dinamiche comportano una richiesta di servizi non solo sanitari ma socio-sanitari capaci di farsi carico globalmente del malato per lungo tempo, soprattutto se in assenza di adeguate reti familiari

D. Quale è la diffusione della cronicità nel nostro Paese?

L’Italia, in linea con gli altri paesi avanzati, mostra tutte le caratteristiche del processo di cronicizzazione degli stati morbosi. Per definire in termini più precisi la situazione italiana faremo riferimento ai principali dati ISTAT⁴ per dare misura dell’incidenza dei fenomeni interconnessi della morbilità cronica e della disabilità oltre che per dare una prima idea della portata del nuovo orientamento della domanda di servizi. Dalla lettura della Tabella 5 si riscontra che una percentuale del 13,1% sulla popolazione totale, a livello nazionale, dichiara di avere almeno una malattia cronica, mentre una percentuale moderatamente superiore (13,8%) dichiara tre o più patologie. Nella sottopopolazione degli over 65 è lampante l’impennata percentuale dovuta all’invecchiamento per cui il 32,0% dichiara almeno una patologia, mentre il 34,2% ne dichiara almeno tre.

⁴ La fonte dei dati è l’indagine multiscopo “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”, periodo di riferimento anno 2005, I’ISTAT



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
**“La qualità nell’integrazione tra sociale e
sanitario”**

Bozza
Rev.0
del 16.03.2012

Tabella 5. Popolazione per presenza e numero di malattie croniche dichiarate per classe di età, Anno 2007 (per 100 persone dello stesso sesso e della stessa età) Fonte Istat

CLASSI DI ETÀ	Persone con almeno una malattia cronica grave*	Persone con tre o più malattie croniche
	Popolazione Totale	
0-14	1,2	0,4
15-24	1,9	1,0
25-34	2,2	2,5
35-44	4,3	5,2
45-54	9,2	11,1
55-64	21,0	22,6
65-69	32,0	34,2
70-74	37,9	41,0
75-79	45,9	45,2
80 e più	53,3	53,7
TOTALE	13,1	13,8

D Come si definisce il concetto di disabilità?

Sono 191 i Paesi partecipanti che alla 54° Assemblea Mondiale della Sanità che hanno accettato la nuova Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (*International Classification of Functioning, Disability and Health -ICF*) come “standard di valutazione e classificazione di salute e disabilità”.

La nuova Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) è una delle classificazioni internazionali, sviluppate dall’ Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Esse utilizzando un linguaggio comune standardizzato favoriscono la comunicazione, in materia di salute e assistenza sanitaria, tra gli operatori in tutto il mondo e tra varie scienze e discipline. Nelle classificazioni internazionali dell’OMS le condizioni di salute in quanto tali (malattie, disturbi, lesioni, ecc) vengono classificate principalmente nella Classificazione Internazionale delle Malattie (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD*) che viene periodicamente rivista ed aggiornata.

Attualmente è in uso l’ICD-10 (OMS, 1992-94), tradotta in italiano nel 2000.

Oltre alla classificazione Internazionale delle Malattie, vi sono altri sistemi classificatori che si concentrano su gruppi di patologie. Ad esempio per quanto riguarda le malattie mentali il principale riferimento, dopo l’ICD-10, è dato dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM IV TR) realizzata dall’*American Psychiatric Association*.

La Classificazione Internazionale delle Malattie e la Classificazione Internazionale sul Funzionamento, sulla Disabilità e sulla Salute vanno considerate come complementari.

L’ICD-10 si basa sulla sequenza Eziologia -> Patologia -> Manifestazione Clinica e fornisce una “diagnosi” delle malattie mentre l’ICF classifica il funzionamento e la disabilità associati alle condizioni di salute.

D. Quali sono i concetti di base dell’ICIDH?

I concetti a base della struttura dell’ICIDH sono i seguenti:

- **Menomazione:** qualsiasi perdita o anormalità a carico di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche; essa rappresenta l’esteriorizzazione di uno stato patologico e in linea di principio essa riflette i disturbi a livello d’organo.
- **Disabilità:** qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a una menomazione) della capacità di compiere un’attività nel modo o nell’ampiezza considerati normali per un essere umano. La disabilità rappresenta l’oggettivazione

* Malattie croniche gravi: diabete, infarto del miocardio, angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus, emorragia cerebrale, bronchite cronica, enfisema, cirrosi epatica, tumore maligno (inclusi linfoma/ leucemia), Parkinsonismo, Alzheimer, demenze senili.



della menomazione e come tale riflette disturbi a livello della persona. La disabilità si riferisce a capacità funzionali estrinsecate attraverso atti e comportamenti che per generale consenso costituiscono aspetti essenziali della vita di ogni giorno.

- *Handicap*: condizione di svantaggio vissuta da una determinata persona in conseguenza di una menomazione o di una disabilità che limita o impedisce la possibilità di ricoprire il ruolo normalmente proprio a quella persona (in base all’età, al sesso e ai fattori socio-culturali). Esso rappresenta la socializzazione di una menomazione o di una disabilità e come tale riflette le conseguenze – culturali, sociali, economiche e ambientali – che per l’individuo derivano dalla presenza della menomazione e della disabilità. Lo svantaggio deriva dalla diminuzione o dalla perdita delle capacità di conformarsi alle aspettative o alle norme proprie dell’universo che circonda l’individuo.

Il concetto fondamentale dell’ICIDH è basato sulla sequenza:

Menomazione -> Disabilità -> Handicap.

A seguito di un evento morboso, sia esso una malattia (congenita o meno) o un incidente, una persona può subire una menomazione, ovvero la perdita o anomalia strutturale o funzionale, fisica o psichica.

La menomazione può poi portare alla disabilità, ovvero alla limitazione della persona nello svolgimento di una o più attività considerate “normali” per un essere umano della stessa età. Infine, la disabilità può portare all’handicap, ovvero allo svantaggio sociale che si manifesta a seguito dell’interazione con l’ambiente.

La sequenza descritta non è comunque sempre così semplice: l’handicap può infatti essere conseguenza di una menomazione, senza la mediazione di uno stato di disabilità.

Una menomazione può ad esempio dare origine ad ostacoli nei normali tentativi di instaurare dei rapporti sociali; essa determina l’handicap ma non la disabilità.

Inoltre, la sequenza può essere interrotta: una persona può essere menomata senza essere disabile e disabile senza essere handicappata.

D. Quali sono i concetti base e la struttura dell’ICF?

La differenza della precedente Classificazione ICIDH, l’ICF non è una classificazione delle "conseguenze delle malattie" ma delle "componenti della salute".

Nel primo tipo di classificazione l’attenzione viene posta sulle "conseguenze" cioè sull’impatto delle malattie o di altre condizioni di salute che ne possono derivare mentre nel secondo tipo si identificano gli elementi costitutivi della salute.

In tal senso l’ICF non riguarda solo le persone con disabilità ma tutte le persone proprio perché fornisce informazioni che descrivono il funzionamento umano e le sue restrizioni.

Inoltre, essa utilizza una terminologia più neutrale in cui Funzioni e Strutture Corporee, Attività e Partecipazione vanno a sostituire i termini di menomazione, disabilità e handicap.

La sequenza Menomazione -> Disabilità -> Handicap, alla base dell’ICIDH, nella nuova Classificazione viene superata da un approccio multi prospettico alla classificazione del funzionamento e la disabilità secondo un processo interattivo ed evolutivo.

La classificazione integra in un approccio di tipo “*biopsicosociale*” (in cui la salute viene valutata complessivamente secondo tre dimensioni: biologica, individuale e sociale) la concezione medica e sociale della disabilità. È in sostanza il passaggio da un approccio individuale ad uno socio-relazionale nello studio della disabilità.

La disabilità viene intesa, infatti, come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, fattori personali e fattori ambientali che rappresentano le circostanze in egli vive.

Ne consegue che ogni individuo, date le proprie condizioni di salute, può trovarsi in un ambiente con caratteristiche che possono limitare o restringere le proprie capacità funzionali e di partecipazione sociale.

L’ICF correlando la condizione di salute con l’ambiente promuove un metodo di misurazione della salute, delle capacità e delle difficoltà nella realizzazione di attività che permette di individuare gli ostacoli da rimuovere o gli interventi da effettuare perché l’individuo possa raggiungere il massimo della propria auto-realizzazione.

La Tabella seguente presenta una visione d’insieme dell’ICF:

Componenti	Parte 1: Funzionamento e disabilità		Parte 2: Fattori contestuali	
	Funzione e strutture corporee	Attività e partecipazione	Fattori ambientali	Fattori personali
<i>Domini</i>	Funzioni corporee Strutture corporee	Aree di vita (compiti, azioni)	Influenze esterne su funzionamento e disabilità	Influenze interne su funzionamento e disabilità
<i>Costrutti</i>	Cambiamento delle funzioni corporee (fisiologico) Cambiamento nelle strutture corporee (anatomico)	Capacità eseguire compiti in un ambiente standard Performance eseguire compiti nell’ambiente attuale	Impatto facilitante o ostacolante nelle caratteristiche del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti	Impatto sulle caratteristiche della persona
<i>Aspetto positivo</i>	Integrità funzionale e strutturale	Attività partecipazione	Facilitatori	Non applicabile
	Funzionamento			
<i>Aspetto negativo</i>	Menomazione	Limitazione dell’attività	Barriere/ostacoli	Non applicabile
	Disabilità			

D. Quale è la trasformazione della struttura familiare in atto?

Nel corso degli ultimi cinquanta anni anche in Italia la tradizionale famiglia allargata sta cedendo il passo, sotto la spinta della diminuzione del numero di figli e delle separazioni coniugali, a strutture familiari mononucleari. Le conseguenze sono chiare: *“La rottura o l’indebolimento della rete delle relazioni primarie attivate dalla famiglia la depotenzia come luogo di assistenza rispetto a situazioni di non autosufficienza dei singoli, principalmente anziani soli, con la conseguenza che gran parte di questi problemi diventano, o dovrebbero diventare, immediatamente problemi collettivi, di rilevanza pubblica.”* [Moini,2001;44]

Fecondità totale

Nel confronto internazionale sui livelli di fecondità l’Italia, con 1,41 figli per donna, si colloca nel 2008 in una posizione molto lontana da quella di importanti paesi europei, quali Francia (2,02) e Regno Unito (1,94).

L’attuale numero medio di figli per donna corrisponde tuttavia al più elevato livello registrato in Italia dal 1991 ed è il risultato dell’andamento crescente iniziato dopo il 1995, anno in cui la fecondità italiana ha toccato il minimo storico con un valore di 1,19 figli per donna. Le stime a livello sub nazionale mostrano lievi incrementi per le regioni del Centro-Nord, mentre il Mezzogiorno presenta lievi flessioni in quasi tutte le regioni della ripartizione.

Nuzialità

Nel nostro Paese il quoziente di nuzialità nel 2007 è stato di 4,2 matrimoni ogni mille abitanti. Inoltre, tra il 2002 e il 2007 il numero complessivo di matrimoni ha subito una contrazione, attestandosi intorno ai 250 mila l’anno. Considerando, invece, i soli matrimoni celebrati con rito civile (circa il 35 per cento del totale), l’andamento è di segno opposto e nello stesso intervallo si registra un aumento pari all’11,1 cento.

Le stime per il 2008 confermano le tendenze del fenomeno. L’Italia presenta uno dei più bassi tassi di nuzialità in Europa (media Ue27 pari a 4,9 matrimoni ogni mille abitanti). L’incidenza dei matrimoni è generalmente più elevata nelle regioni del Mezzogiorno (4,9 matrimoni per mille abitanti contro una media nazionale di 4,2); i quozienti più bassi si registrano nel Nord (3,7 matrimoni per mille abitanti).

Separazioni e divorzi

L’Italia e l’Irlanda sono i Paesi europei con la minore incidenza di divorzi (0,8 ogni mille abitanti nel 2007). In termini assoluti il numero di separazioni è però aumentato dal 2000 del 13 per cento e, nello stesso periodo, i divorzi mostrano una crescita significativa, con un incremento pari al 34,9 per cento. Il numero di divorzi, che nell’intervallo 2000-2005 aveva segnato a livello europeo una continua dinamica incrementale (+11,1 per cento), registra negli anni



più recenti una battuta di arresto scendendo, in rapporto alla popolazione, da 2 a 1,5 per mille abitanti tra il 2005 e il 2007. In Italia le separazioni concesse, primo passo per arrivare alla sospensione degli effetti civili del matrimonio, sono in numero più elevato rispetto ai divorzi (13,7 contro 8,5 ogni diecimila abitanti nel 2007), anche come probabile effetto stabilizzante della condizione di separazione dei coniugi. Questa differenza è in aumento: si passa dai 4,4 punti del 1995 ai 5,2 del 2007.

Incidenza della povertà

L’incidenza delle persone che vivono in famiglie povere rappresenta un indicatore significativo per la valutazione dell’esclusione sociale. In generale, infatti, la povertà è fortemente associata alla struttura familiare, con riferimento sia alla sua dimensione sia alla sua composizione (ad esempio, la presenza di componenti anziani); a bassi livelli di istruzione; a lavori scarsamente qualificati e alla disoccupazione. Nel 2008, in Italia gli individui poveri sono poco più di 8 milioni e corrispondono al 13,6 per cento del complesso della popolazione. Si tratta di 2 milioni 737 mila famiglie, l’11,3 per cento del totale, con una spesa per consumi inferiore alla cosiddetta soglia o linea di povertà (999,67 euro). Il panorama regionale mette in evidenza il forte svantaggio dell’Italia meridionale e insulare, con percentuali di individui che vivono in famiglie povere più che doppie rispetto alla media nazionale e incidenze più contenute solo in Abruzzo (15,2 per cento) e in Puglia (21,1 per cento).

Disuguaglianza nella distribuzione del reddito

Nel 2007 la maggioranza delle famiglie residenti in Italia (circa il 61 per cento) ha conseguito un reddito netto inferiore all’importo medio annuo (29.308 euro, circa 2.440 euro al mese). Considerando anche il valore mediano, il 50 per cento delle famiglie ha percepito meno di 24.036 euro e, quindi, circa 2.000 euro mensili. La disuguaglianza nella distribuzione dei redditi è confermata dall’indice di concentrazione di Gini che, escludendo dal calcolo i fitti imputati, è pari a 0,309. Attraverso i dati relativi al 2007 dell’indagine sul reddito e le condizioni di vita (Eu-Silc), condotta in modo armonizzato in ambito europeo, l’indice di concentrazione dei redditi colloca l’Italia sul livello medio comunitario (0,31) con valori simili a Spagna e Germania. Sempre con riferimento al 2007, l’indice di disuguaglianza dei redditi sul territorio italiano varia da un minimo di 0,244 nella provincia autonoma di Trento a un massimo di 0,334 in Campania. Tra le regioni in cui l’indice di concentrazione è superiore alla media nazionale si trovano anche Calabria, Sicilia e Lazio.

Bibliografia consultata

- Moini G. 2001, *Welfare e Salute*, SEAM, Roma.
- Formez 2007, *I Sistemi di Governance dei Servizi Sanitari Regionali*, Quaderni Formez.
- Negri N. Saraceno C. 1996, *Le Politiche Contro la Povertà in Italia*, il Mulino, Bologna.
- Istat Rapporto annuale *La situazione nel Paese nel 2009*
- CEIS *Rapporto sanità 2009*
- Colasanti R. Geraci S. Pittau F. “Immigrati e salute” Edizioni Lavoro, Roma 1991
- Payne M “Case Management e servizio sociale” Erikson, Trento 1998
- Marini M.G. Castelli N. “Le organizzazioni aperte in sanità: innovare per gestire la complessità del mondo della sanità” Edizioni il SOLE 24ORE 2006.