

Il Welfare come layout del lavoro di comunità

Cristiano Gori

Unicatt & Irs, Milano, Lse, Londra

Convegno regionale Card Veneto

Padova, 7 aprile 2014

Cosa ci dice Card Veneto:

«Vorremmo far comprendere la necessità (e richiedere quindi) che il Distretto diventi la struttura istituzionale esplicitamente e formalmente deputata ad assumere il ruolo specializzato-specialistico nella non autosufficienza e disabilità, a tutto campo, con prestazioni e servizi sociali ad hoc inclusi.

Vogliamo spendere questo Convegno su questi argomenti perché... Non possiamo più accettare che si releghi l'Assistenza Primaria alla popolazione tra i servizi residuali...”.

Obiettivo e percorso

Questa relazione

Obiettivo

Proporre alcuni spunti su opportunità e ostacoli verso gli obiettivi di Card Veneto

Percorso

1. La fase storica attuale
2. Il mix di risposte in Veneto
3. I rischi
4. Le prospettive

1. L'attuale fase storica

Utenti interventi pubblici, Italia,

% di 65+, fonti: Istat, Inps, Minsalute

| | Inizio '2000 | Anno stop crescita | Anno più recente |
|-------------------------------|---------------|--------------------|------------------|
| SAD | 1,6 (2003) | 1,7 (2007) | 1,4 (2010) |
| ADI | 2,0 (2000) | 4,1 (2011) | 4,3 (2012) |
| Strutture residenziali | 2,1 (2000) | 2,4 (2010) | 2,4 (2011) |
| Indennità di accomp. | 7,7 (2000) | 12,5 (2011) | 12,5 (2012) |
| Assegni di cura | + (2000) | +++ (2010) | ++ (2012) |

Tra passato e futuro

2008

- Spesa pubblica per servizi destinati ad anziani e a persone disabili = - 40% di media UE (Eurostat)

Il mutamento

- Da «prospettive (in varia misura) positive»
a «prospettive incerte»

2. Il mix di risposte in Veneto

Dotazione p. letto complessivi e tasso di anziani non autosufficienti ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali al 31/12/ 2010 (% pop. anziana); tasso di anziani seguiti in ADI al 31/12/2012 (% pop. anziana)

| REGIONE | P.I. presidi residenziali | ADI |
|----------------|----------------------------------|------------|
| Piemonte | 4,0 | 2,1 |
| Liguria | 3,0 | 4,0 |
| Lombardia | 3,7 | 2,1 |
| Veneto | 3,6 | 6,3 |
| Emilia-Romagna | 3,3 | 11,9 |
| Toscana | 2,0 | 2,0 |
| Umbria | 1,3 | 7,9 |
| Marche | 2,4 | 3,0 |
| Italia | 2,5 | 4,3 |

Fonte: Istat, 2012 e Istat, 2013

Dotazione p. letto complessivi e tasso di anziani non autosufficienti ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali al 31/12/ 2010 (% pop. anziana); indicatore di sforzo ADI riferito alla pop. anziana in alcune Regioni.

| REGIONE | P.I. presidi residenziali | indicatore di sforzo ADI |
|----------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Piemonte | 4,0 | 29,4 |
| Liguria | 3,0 | 91 |
| Lombardia | 3,7 | 76 |
| Veneto | 3,6 | 55 |
| Emilia-Romagna | 3,3 | 238 |
| Toscana | 2,0 | 44 |
| Umbria | 1,3 | 102,7 |
| Marche | 2,4 | 87 |
| Italia | 2,5 | 86 |

Confronto tra l'evoluzione di residenzialità e ADI in Lombardia, Veneto, E.R. e Toscana

| Regione | Strutture resid. anno 2005, % p.l. ogni 100 a. >75 | Strutture resid. anno 2012, % p.l. ogni 100 a. >75 | ADI anno 2005 % di a.> 65 su totale pop. anziana | ADI anno 2012 % di a.> 65 su totale pop. anziana |
|-----------------------|--|--|--|--|
| Lombardia | 6,6 | 5,9 | 3,2 | 4,0 |
| Veneto | 6,3 | 5,6 | 5,0 | 5,5 |
| Emilia Romagna | 4,2 | 4,1 | 5,4 | 11,9 |
| Toscana | 2,5 (anno 2004) | 2,7 (anno 2010) | 2,1 | 2,0 |

Fonte: ns. elaborazione su dati Istat, anni vari, e su dati regionali, anni vari

Confronto tra l'evoluzione dei servizi SAD e ADI in Lombardia, Veneto, E.R. e Toscana

| Regione | SAD anno 2005, % di a. > 65 su totale pop. anziana | SAD anno 2010, % di a. > 65 su totale pop. anziana | ADI anno 2005 % di a.> 65 su totale pop. anziana | ADI anno 2012 % di a.> 65 su totale pop. anziana |
|-----------------------|--|--|--|--|
| Lombardia | 1,7 | 1,7 | 3,2 | 4,0 |
| Veneto | 1,8 | 1,4 | 5,0 | 5,5 |
| Emilia Romagna | 1,9 | 1,4 | 5,4 | 11,9 |
| Toscana | 1,2 | 0,8 | 2,1 | 2,0 |

Fonte: ns. elaborazione su dati Istat, anni vari

Modalità con cui avviene il processo di valutazione del non autosuff, anche monodimensionale, 2011-12, % dei Comuni, fonte: Sina

| | Comuni | Asl | Asl & Comuni |
|----------------|----------|----------|--------------|
| Emilia-Romagna | 0 | 0 | 100 |
| Liguria | 0 | 78 | 11 |
| Lombardia | 75 | 25 | 0 |
| Marche | 0 | 80 | 20 |
| Veneto | 7 | 0 | 87 |
| Toscana | 0 | 23 | 77 |
| Umbria | 0 | 25 | 75 |

Incidenza della spesa dei Comuni per l'Adi rispetto al totale della loro spesa per la domiciliarità anziani, %, 2010, fonte: Istat

| | % |
|----------------|-----------|
| Emilia-Romagna | 25 |
| Liguria | 4 |
| Lombardia | 2 |
| Marche | 10 |
| Veneto | 46 |
| Toscana | 44 |
| Umbria | 46 |

3. I rischi

| | Le tendenze in atto | Le prospettive per il sistema |
|---|---|---|
| Come sta cambiando il presidio della rete? | <ul style="list-style-type: none">● Interruzione dei miglioramenti ai sistemi di accesso, valutazione, progettazione sul caso● Risorse concentrate sull'assistenza diretta e arretramento delle funzioni di supporto● Aumento dei ricorsi inappropriati agli ospedali, rischi di usi distorsivi della subacuzie | <ul style="list-style-type: none">● Welfare prestazionale e emergenziale● Incapacità di presa in carico complessiva dell'anziano● Risposte individuali inappropriate e inefficienti |

4. Le prospettive

Le priorità di Card Veneto

| | |
|--|---|
| Fare Sistema | la multiprofessionalità e la multidisciplinarietà, la sussidiarietà e il partenariato tra Medici, Infermieri ed Operatori Sociali, «conditio sine qua non» per superare la frammentarietà dell'Assistenza primaria di Comunità nel produrre Salute. |
| Combattere le esternalizzazioni | al massimo ribasso (privato speculativo) o al rialzo (ospedalocentrismo speculativo) documentando la competenza distrettuale su committenza e produzione. |
| Favorire l'accreditamento «sanitario» delle famiglia e delle reti informali | descrivendone il valore nelle attività di care. Il baricentro, ora più di ieri, è il cittadino educato al self care, all'empowerment, a riappropriarsi della sua malattia, alla corresponsabilità nel percorso di salute, come meno deleghe possibili ad altri. |
| Promuovere la cultura della sobrietà | tagliare sul compatibile per investire sul sostenibile (e non il contrario come adesso) a garanzia dell'universalità delle cure |

Tre modi di guardare al futuro

- Il rivendicatore
- Il guru
- L'idealista pragmatico

Spesa sanitaria pubblica per acute *care* e *long term care* sul Pil e sul totale della spesa sanitaria, anni 2000-2012 (%)

(Fonte: elaborazione su dati RGS)

| | 2000 | 2005 | 2010 | 2012 |
|---|------|------|------|------|
| Spesa sanitaria pubblica totale sul Pil | 5,63 | 6,66 | 7,32 | 7,08 |
| Quota <i>acute care</i> della spesa sanitaria | 88,8 | 88,7 | 88,3 | 87,9 |
| Quota <i>long-term care</i> della spesa sanitaria | 11,2 | 11,3 | 11,7 | 12,1 |
| Totale spesa sanitaria pubblica | 100 | 100 | 100 | 100 |

Libertà di scelta

- *Libertà di scelta – 1 generazione*

Liberi di scegliere tra erogatori

- *Libertà di scelta – 2 generazione*

Liberi di scegliere tra percorsi di vita

Ad es:

disabilità

conciliazione lavoro-cura

anziani non autosuff.

cure palliative

Realtà e riforme

- Tutti sanno ciò che bisogna fare:
il punto è riuscire a farlo
- Compiere le scelte necessarie quando è più complicato realizzarle

Grazie per l'attenzione